

31/05/08

**SECRETARIA MUN. DE SAÚDE DE VENTANIA**

AV. ANACLETO BUENO DE CAMARGO, 1120 - CENTRO  
FONE: (42) 3274-1149 - VENTANIA - PARANÁ

Para:

**1º TRIMESTRE**

- ( ) HEMOGRAMA COMPLETO  
( ) TIPAGEM SANGUÍNEA  
( ) GLICEMIA EM JEJUM  
( ) TOXOPLASMOSE IGG-IGM  
( ) PARCIAL DE URINA  
( ) UROCULTURA  
( ) PARASITOLÓGICO  
( ) TESTE RÁPIDO HIV, HB/C, SÍFILIS (UBS)

Ventania, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.



ESTADO DO PARANÁ  
Secretaria de Estado da Saúde  
Instituto de Saúde do Paraná

**REQUISIÇÃO DE EXAMES**

NOME						PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	PESO	ALTURA	CLÍNICA	ENFERMARIA	LEITO
DADOS CLÍNICOS							
MATERIAL A EXAMINAR							
EXAMES SOLICITADOS							
DATA ____/____/____				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO			



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Anacleto Bueno de Camargo, 1120 - Centro  
Fone: (42) 3274-1149 - Ventania - PR

### Atestado Médico

O(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_

Esteve em consulta hoje às \_\_\_\_\_ horas.

Esteve em tratamento médico das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas.

Em bom estado geral de saúde.

Necessita afastar-se de suas funções habituais no(s)

Dias \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ por motivo de saúde.

Obs.:

Ventania \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico Responsável (carimbo)



## Secretaria Municipal de Saúde

Av. Anacleto B. de Camargo, s/n.

Fone (42) 3274-1149

- Ventania

- PR



## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

**UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E PAM**

CNPJ 95.685.798/0001-69

AV. ANACLETO BUENO DE CAMARGO S/N.

CEP 84345-000 VENTANIA - PR

**Paciente:**

**Endereço:**

**Prescrição:**

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

**Nome:**

**Ident.:**

**Órgão:**

**End.:**

**Cidade:**

**UF:**

**Fone:**

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

**Assinatura do do Farmacêutico**

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

**1ª VIA BRANCA (FARMÁCIA) - 2ª VIA AZUL (PACIENTE)**

## MAPA DE PROCEDIMENTOS DIÁRIO

### SALA DE PROCEDIMENTOS

[illegible]

## MAPA DE PROCEDIMENTOS DIÁRIO

[illegible]

**ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

RIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Endereço

Estado

P R

8 4 3 4 5 0 0 0

PACIENTE

Idade

Data de nascimento

encial (rua, bairro, telefone e ponto de referência)

rcial (rua, bairro, telefone e ponto de referência)

Estado

CEP

RESPONSÁVEL QUANDO MENOR

a do atendimento

Hora do atendimento

Acidente de trabalho

S N

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

Diagnóstico

CID

Procedimentos

Código

Código

Exames complementares

Medicamentos

Encaminhamento

☐ Alta

☐ Internação

☐ P/Amb. do SUS

☐ Óbito

Nome do hospital onde foi encaminhado o paciente

Assinatura do médico ou odontólogo

Carimbo do CRM ou CRO

Assinatura do paciente ou acompanhante

Caso não saiba assinar, aplicar o polegar direito

Instruções:

-Preencha legivelmente todos os campos sob pena de não ser considerado o atendimento.

- Assinale com "X" as quadriculas precedidas de números marcando a alternativa.

- São responsáveis pela informação o médico ou odontólogo assistente e os diretores da entidade conveniente ou contratada.

- A declaração falsa e ou fraude sujeita os infratores as sanções dos artigos 171 e ou 299 do código penal.



## FOLHA Nº:

Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	Cód. CNES UNIDADE	Cód. EQUIPE (INE)	Nº DE PARTICIPANTES	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	RÚBRICA / CARIMBO DO PROFISSIONAL

Obrigatório somente para  
Antropometria

Nº	Nº CARTÃO SUS	DATA DE NASCIMENTO	AValiação ALTERADA	PESO	ALTURA	ASSINATURA
1		/ /	<input type="checkbox"/>			
2		/ /	<input type="checkbox"/>			
3		/ /	<input type="checkbox"/>			
4		/ /	<input type="checkbox"/>			
5		/ /	<input type="checkbox"/>			
6		/ /	<input type="checkbox"/>			
7		/ /	<input type="checkbox"/>			
8		/ /	<input type="checkbox"/>			
9		/ /	<input type="checkbox"/>			
10		/ /	<input type="checkbox"/>			
11		/ /	<input type="checkbox"/>			
12		/ /	<input type="checkbox"/>			
13		/ /	<input type="checkbox"/>			
14		/ /	<input type="checkbox"/>			
15		/ /	<input type="checkbox"/>			
16		/ /	<input type="checkbox"/>			
17		/ /	<input type="checkbox"/>			
18		/ /	<input type="checkbox"/>			
19		/ /	<input type="checkbox"/>			
20		/ /	<input type="checkbox"/>			
21		/ /	<input type="checkbox"/>			
22		/ /	<input type="checkbox"/>			
23		/ /	<input type="checkbox"/>			
24		/ /	<input type="checkbox"/>			
25		/ /	<input type="checkbox"/>			
26		/ /	<input type="checkbox"/>			
27		/ /	<input type="checkbox"/>			
28		/ /	<input type="checkbox"/>			
29		/ /	<input type="checkbox"/>			
30		/ /	<input type="checkbox"/>			
31		/ /	<input type="checkbox"/>			
32		/ /	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>			





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

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Cód. CNES UNIDADE	Cód. EQUIPE (INE)	TURNO	DATA:
				M T N	/ /
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO		

**Local de Atendimento:** 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros

[illegible]

PROCEDIMENTOS ( Quantidade realizada )	Exodontia de dente permanente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Instalação de prótese dentária		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Moldagem dento-gengival p/ construção de prótese dentária		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Orientação de Higiene Bucal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Profilaxia / remoção da placa bacteriana		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pulpotomia dentária		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Radiografia Periapical / Interproximal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente decíduo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente permanente anterior		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente permanente posterior		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Selamento provisório de cavidade dentária		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tratamento de alveolite		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ulotomia / Ulectomia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Outros (SIA)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
FORNECIMENTO	Escova Dental		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Creme Dental		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fio Dental		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CONDUTA	Agendamento p/ Outros Profissionais AB		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ NASF		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ Grupos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ENCAMINHAMENTO	Atendimento à Pacientes c/ necessidades especiais		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Cirurgia BMF		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Endodontia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Estomatologia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Implantodontia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Odontopediatria		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ortodontia / Ortopedia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Periodontia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Prótese Dentária		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Radiologia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outros		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

e-SUS  
Atenção Básica

## CADASTRO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:

DATA:

/ /

CONFERIDO POR

FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL\*

Cód. CNES UNIDADE\*

Cód. EQUIPE (INE)\*

MICROÁREA

DATA:\*

/ /

### IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO

Nº DO CARTÃO SUS

RESPONSÁVEL FAMILIAR

É o responsável?

Nº DO CARTÃO SUS

DATA DE NASCIMENTO:

☐ Sim ☐ Não

/ /

NOME COMPLETO:\*

NOME SOCIAL:

DATA DE NASCIMENTO:\*

/ /

SEXO: \* ☐ Masculino ☐ Feminino

RAÇA / COR: \* ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena

Nº NIS (PIS/PASEP):

NOME COMPLETO DA MÃE:\*

☐ Desconhecido

NACIONALIDADE: \* ☐ Brasileira ☐ Naturalizado ☐ Estrangeiro

PAÍS DE NASCIMENTO:

TELEFONE CELULAR: ( )

MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:\*\*

E-MAIL:

### INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

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

Ocupação

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? \* ☐ Sim ☐ Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

☐ Creche ☐ Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 9ª)  
☐ Pré-escola (exceto CA) ☐ Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc)  
☐ Classe Alfabetizada - CA ☐ Ensino Médio Especial  
☐ Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries ☐ Ensino Médio EJA (Supletivo)  
☐ Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries ☐ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado  
☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Alfabetização para Adultos (Mobral, etc)  
☐ Ensino Fundamental Especial ☐ Nenhum  
☐ Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

☐ Empregador  
☐ Assalariado com carteira de trabalho  
☐ Assalariado sem carteira de trabalho  
☐ Autônomo com previdência social  
☐ Autônomo sem previdência social  
☐ Aposentado/Pensionista  
☐ Desempregado  
☐ Não trabalha  
☐ Outro

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? ☐ Adulto Responsável ☐ Outra(s) Criança(s) ☐ Adolescente ☐ Sozinha ☐ Creche ☐ Outro

FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não

PARTICIPA DE ALGUM GRUPO  
COMUNITÁRIO?

☐ Sim ☐ Não

POSSUI PLANO DESAÚDE  
PRIVADO?

☐ Sim ☐ Não

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

☐ Heterossexual ☐ Lésbica ☐ Travesti ☐ Outro  
☐ Gay ☐ Bissexual ☐ Transsexual

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?\*

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL(is)?

☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva ☐ Outra  
☐ Visual ☐ Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO:

☐ Óbito ☐ Mudança de território

### TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

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

# QUESTIONÁRIO AUTO-APLICATIVO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

<b>CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS</b> ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?	
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA / NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe	
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEM OU TEVE CâNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, POR QUAL CAUSA?	
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSIQUIATRA OU TEVE INTERNAÇÃO POR PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEVE AVC / DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM DOENÇA CARDÍACA / DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):	
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE 1 - QUAL? 2 - QUAL? 3 - QUAL?			

<b>CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA</b> ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos		É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):	
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?	
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outros	
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes			
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular			

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

\* Campo Obrigatório

\*\* Campo obrigatório condicionado a pergunta anterior



## CADASTRO DOMICILIAR

DIGITADO POR:

DATA:

/ /

CONFERIDO:

FOLHA:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL

Cód. CNES UNIDADE

Cód. EQUIPE (INE)

MICROÁREA

DATA:

/ /

Legenda: ☐ Opção de Múltipla Escolha ☐ Opção de Única Escolha (Marcar X na opção desejada)**ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA**

TIPO DE LOGRADOURO:

NOME DO LOGRADOURO:

Nº:

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

UF:

CEP:

**TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA**

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

Assinatura

**TELEFONES PARA CONTATO**

TELEFONE RESIDENCIAL: ( )

TELEFONE DE REFERÊNCIA: ( )

**CONDIÇÕES DE MORADIA****SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA**☐ Próprio ☐ Financiada ☐ Alugada ☐ Arrendado ☐ Cedido ☐ Ocupação ☐ Situação de Rua ☐ Outra**LOCALIZAÇÃO**☐ Urbana ☐ Rural**TIPO DE DOMICÍLIO**☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Cômodo ☐ Outro**EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra**☐ Proprietário ☐ Parceiro(a) / Meeiro(a) ☐ Assentado(a) ☐ Posseiro ☐ Arrendatário(a)  
☐ Comodatário(a) ☐ Beneficiário(a) do Banco da Terra ☐ Não se aplica

Nº de Moradores: \_\_\_\_\_ Nº de Cômodos: \_\_\_\_\_

**TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO**☐ Asfalto ☐ Chão Batido ☐ Fluvial ☐ Outro**MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO**

Alvenaria/Tijolo:

☐ Com Revestimento☐ Sem Revestimento

Taipa:

☐ Com Revestimento☐ Sem Revestimento

Outros:

☐ Madeira Aparelhada☐ Material Aproveitado☐ Palha☐ Outro MaterialDisponibilidade de Energia Elétrica? ☐ Sim ☐ Não**ABASTECIMENTO DE ÁGUA**☐ Rede Encanada até o Domicílio ☐ Poço / Nascente no Domicílio ☐ Cisterna  
☐ Carro Pipa ☐ Outro**TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO**☐ Filtração ☐ Fervura ☐ Cloração ☐ Sem Tratamento**FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO**☐ Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial ☐ Fossa Séptica ☐ Fossa Rudimentar  
☐ Direto para um Rio, Lago ou Mar ☐ Céu Aberto ☐ Outra Forma**DESTINO DO LIXO**☐ Coletado ☐ Queimado/ Enterrado ☐ Céu Aberto ☐ Outro**ANIMAIS NO DOMICÍLIO?**☐ Sim ☐ Não

QUAL(IS)?

☐ Gato☐ Cachorro☐ Pássaro☐ De Criação (porco, galinha...)☐ Outros

Quantos: \_\_\_\_\_

**FAMÍLIAS**

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]
		/ /	0 ½ 1 2 4 +		
		/ /	0 ½ 1 2 4 +		
		/ /	0 ½ 1 2 4 +		





Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
essoa com Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
essoa com DPOC/Enisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
essoa com Câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
essoa com outras Doenças Crônicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
essoa com Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
essoa com Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
intomáticos Respiratórios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abagista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
omiciliados / Acamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ondições de Vulnerabilidade Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ondicionalidades do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aúde Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de Ambientes / Vetores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
atividades Coletivas / Campanha de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ão / Prevenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
realizada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
acusada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

**gatório**

**Mapa Diário de Acompanhamento**  
**Módulo de Vigilância Alimentar e Nutricional**

Ministério da Saúde / SAS / DAB / CGPAN

Mês/Ano: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Município:

Código IBGE: \_\_\_\_\_

**Estabelecimento de Assistência à Saúde:** \_\_\_\_\_

Código CNES: \_\_\_\_\_

Nome ou Matrícula do Profissional de Saúde: \_\_\_\_\_

[illegible]

\* Campo Obrigatório

\*\*\* Campo Obrigatório para Criança

\*\* Campo Obrigatório com exceção de criança

\*\*\*\* Campo Obrigatório para gestante



Legenda:

(1) Estado Nutricional

Criança:

- 1) Menor que P0,1 (Peso muito baixo para idade)
- 2) Igual ou maior que P0,1 e menor que P3 (Peso baixo para idade)
- 3) Igual ou maior que P3 e menor que P10 (Risco Nutricional)
- 4) Igual ou maior que P10 e menor que P97 (Normal / Eutrófico)
- 5) Igual ou maior que P97 (Sobrepeso / Obesidade)

Adolescente:

IDADE	Percentil de IMC por idade - Adolescente Sexo Feminino				
	5	15	50	85	95
10	14,23	15,09	17,00	20,19	23,20
11	14,60	15,53	17,67	21,18	24,59
12	14,98	15,98	18,35	22,17	25,95
13	15,36	16,43	18,95	23,08	27,07
14	15,67	16,79	19,32	23,88	27,97
15	16,01	17,16	19,69	24,29	28,51
16	16,37	17,54	20,09	24,74	29,10
17	16,59	17,81	20,36	25,23	29,72
18	16,71	17,99	20,57	25,56	30,22
19	16,87	18,20	20,80	25,85	30,72

- 1) Menor ou igual que P5 (Baixo Peso)
- 2) Maior que P5 e menor que P85 (Normal / Eutrófico)
- 3) Maior ou igual que P85 (Sobrepeso)

Adulto:

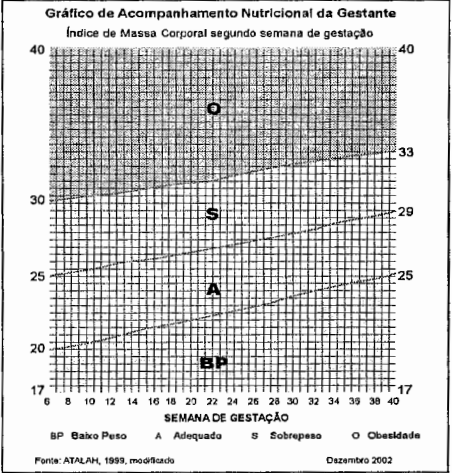
- 1) IMC menor que 18,5 (Baixo peso)
- 2) IMC maior ou igual a 18,5 e menor que 25 (Normal / Eutrófico)
- 3) IMC maior ou igual a 25 e menor que 30 (Sobrepeso)
- 4) IMC maior ou igual a 30 (Obesidade)

Idoso:

- 1) IMC menor ou igual a 22 (Baixo Peso)
- 2) IMC maior que 22 e menor que 27 (Normal / Eutrófico)
- 3) IMC maior ou igual a 27 (Sobrepeso / Obesidade)

**Gestantes:** Calcule o IMC por meio da fórmula:  
 $IMC = \text{Peso atual} / (\text{Altura})^2$ .  
Realize o diagnóstico segundo norma técnica e o quadro abaixo:

- 1) Baixo Peso
- 2) Adequado
- 3) Sobrepeso
- 4) Obesidade



(2) Aleitamento Materno:

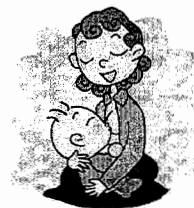
- 1. **Exclusivo:** quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos.
- 2. **Predominante:** quando o lactente recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas e chás.
- 3. **Alimentação Complementar:** recebe além do leite materno, alimentos sólidos e semi sólidos.
- 4. **Não recebe leite materno.**
- 5. **Sem informação.**

(3) Doenças Associadas (CID):

- 1. A09 - Diarréia
- 2. D50 - Anemia Ferropriva
- 3. I10 - Hipertensão
- 4. E46 - Desnutrição Protéico Calórica
- 5. E01 - DDI (Distúrbio por Deficiência de Iodo)
- 6. M81.9 - Osteoporose
- 7. J06 - IRA (Infecção Respiratória Aguda)
- 8. E11 - Diabetes não insulino dependente
- 9. I99 - Cardiovasculares
- 10. A08 - Infecções Intestinais Virais
- 11. E50 - Hipovitaminose A
- 12. Outras doenças e/ou intercorrências
- 13. Sem Intercorrência

# Secretaria Municipal de Saúde - Ventania

## Acompanhamento de Puericultura



Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nome mãe: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
 ACS: \_\_\_\_\_ Local nascimento: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Parto: ( ) Normal ( ) Cesárea ( ) Fórceps Apgar: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Estatura: \_\_\_\_\_ PC \_\_\_\_\_ IG: \_\_\_\_\_ Estratificação Risco: \_\_\_\_\_

<b>Data:</b>	<b>Idade em meses:</b>				<b>Medicações/Exames/Vacinas</b>
FC:	FR:	T <sup>a</sup> ax:	Estatura:	PC:	
Peso:		Aval. Nutricional:			
Orientações:					
<b>Data:</b>	<b>Idade em meses:</b>				<b>Medicações/Exames/Vacinas</b>
FC:	FR:	T <sup>a</sup> ax:	Estatura:	PC:	
Peso:		Aval. Nutricional:			
Orientações:					
<b>Data:</b>	<b>Idade em meses:</b>				<b>Medicações/Exames/Vacinas</b>
FC:	FR:	T <sup>a</sup> ax:	Estatura:	PC:	
Peso:		Aval. Nutricional:			
Orientações:					
<b>Data:</b>	<b>Idade em meses:</b>				<b>Medicações/Exames/Vacinas</b>
FC:	FR:	T <sup>a</sup> ax:	Estatura:	PC:	
Peso:		Aval. Nutricional:			
Orientações:					
<b>Data:</b>	<b>Idade em meses:</b>				<b>Medicações/Exames/Vacinas</b>
FC:	FR:	T <sup>a</sup> ax:	Estatura:	PC:	
Peso:		Aval. Nutricional:			
Orientações:					
<b>Data:</b>	<b>Idade em meses:</b>				<b>Medicações/Exames/Vacinas</b>
FC:	FR:	T <sup>a</sup> ax:	Estatura:	PC:	
Peso:		Aval. Nutricional:			
Orientações:					

<b>Data:</b>	<b>Idade em meses:</b>				<b>Medicações/Exames/Vacinas</b>
FC:	FR:	T <sup>a</sup> ax:	Estatura:	PC:	
Peso:	Aval. Nutricional:				
Orientações:					
<b>Data:</b>	<b>Idade em meses:</b>				<b>Medicações/Exames/Vacinas</b>
FC:	FR:	T <sup>a</sup> ax:	Estatura:	PC:	
Peso:	Aval. Nutricional:				
Orientações:					
<b>Data:</b>	<b>Idade em meses:</b>				<b>Medicações/Exames/Vacinas</b>
FC:	FR:	T <sup>a</sup> ax:	Estatura:	PC:	
Peso:	Aval. Nutricional:				
Orientações:					
<b>Data:</b>	<b>Idade em meses:</b>				<b>Medicações/Exames/Vacinas</b>
FC:	FR:	T <sup>a</sup> ax:	Estatura:	PC:	
Peso:	Aval. Nutricional:				
Orientações:					
<b>Data:</b>	<b>Idade em meses:</b>				<b>Medicações/Exames/Vacinas</b>
FC:	FR:	T <sup>a</sup> ax:	Estatura:	PC:	
Peso:	Aval. Nutricional:				
Orientações:					
<b>Data:</b>	<b>Idade em meses:</b>				<b>Medicações/Exames/Vacinas</b>
FC:	FR:	T <sup>a</sup> ax:	Estatura:	PC:	
Peso:	Aval. Nutricional:				
Orientações:					
<b>Data:</b>	<b>Idade em meses:</b>				<b>Medicações/Exames/Vacinas</b>
FC:	FR:	T <sup>a</sup> ax:	Estatura:	PC:	
Peso:	Aval. Nutricional:				
Orientações:					



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**VENTANIA - PR**

NOME:			Ficha Geral n°:
Cartão SUS	Data Nascim. ____/____/____	Sexo (M) (F)	Documento
Filiação:			
Endereço:			Urbano ( ) Rural ( )
Estado civil:	Escolaridade:	Profissão:	
Cônjuge ou Responsável:			
Área:	Microárea:	ACS:	Bolsa Família NIS:

**REGISTRO DE ATIVIDADES DA EQUIPE DE SAÚDE**

DATA	PRINCIPAIS QUEIXAS	DIAGNÓSTICO
	PA:                      Peso:                      Temp:                      HGT:	
		CONDUTA / TRATAMENTO

Comorbidade: ( ) HA ( ) DM ( ) D. Mental ( ) Tabagismo ( ) Álcool/Droga ( ) Cardiopatia Outros: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ Encaminhamentos (N) (S) Especialidade: \_\_\_\_\_

DATA	PRINCIPAIS QUEIXAS	DIAGNÓSTICO
	PA:                      Peso:                      Temp:                      HGT:	
		CONDUTA / TRATAMENTO

Comorbidade: ( ) HA ( ) DM ( ) D. Mental ( ) Tabagismo ( ) Álcool/Droga ( ) Cardiopatia Outros: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ Encaminhamentos (N) (S) Especialidade: \_\_\_\_\_

DATA	PRINCIPAIS QUEIXAS	DIAGNÓSTICO
	PA:                      Peso:                      Temp:                      HGT:	
		CONDUTA / TRATAMENTO

Comorbidade: ( ) HA ( ) DM ( ) D. Mental ( ) Tabagismo ( ) Álcool/Droga ( ) Cardiopatia Outros: \_\_\_\_\_

DATA	PRINCIPAIS QUEIXAS	DIAGNÓSTICO
	PA:                      Peso:                      Temp:                      HGT:	
		CONDUTA / TRATAMENTO
Comorbidade: ( ) HA ( ) DM ( ) D. Mental ( ) Tabagismo ( ) Álcool/Droga ( ) Cardiopatia    Outros: _____		
Alergias:		Encaminhamentos (N) (S) Especialidade:
DATA	PRINCIPAIS QUEIXAS	DIAGNÓSTICO
	PA:                      Peso:                      Temp:                      HGT:	
		CONDUTA / TRATAMENTO
Comorbidade: ( ) HA ( ) DM ( ) D. Mental ( ) Tabagismo ( ) Álcool/Droga ( ) Cardiopatia    Outros: _____		
Alergias:		Encaminhamentos (N) (S) Especialidade:
DATA	PRINCIPAIS QUEIXAS	DIAGNÓSTICO
	PA:                      Peso:                      Temp:                      HGT:	
		CONDUTA / TRATAMENTO
Comorbidade: ( ) HA ( ) DM ( ) D. Mental ( ) Tabagismo ( ) Álcool/Droga ( ) Cardiopatia    Outros: _____		
Alergias:		Encaminhamentos (N) (S) Especialidade:
DATA	PRINCIPAIS QUEIXAS	DIAGNÓSTICO
	PA:                      Peso:                      Temp:                      HGT:	
		CONDUTA / TRATAMENTO
Comorbidade: ( ) HA ( ) DM ( ) D. Mental ( ) Tabagismo ( ) Álcool/Droga ( ) Cardiopatia    Outros: _____		
Alergias:		Encaminhamentos (N) (S) Especialidade:
DATA	PRINCIPAIS QUEIXAS	DIAGNÓSTICO
	PA:                      Peso:                      Temp:                      HGT:	
		CONDUTA / TRATAMENTO
Comorbidade: ( ) HA ( ) DM ( ) D. Mental ( ) Tabagismo ( ) Álcool/Droga ( ) Cardiopatia    Outros: _____		
Alergias:		Encaminhamentos (N) (S) Especialidade:



## ESTADO DO PARANÁ

Ficha Geral N.º

Nome:		Data de Nascimento:		Sexo ( ) Mas. ( ) Fem.
Naturalidade:		Escolaridade:	Ocupação:	
Situação Previd.	Estado Civil	Nome do Cônjuge ou Responsável		
Filiação:				
Endereço Residencial:				
Ponto de Referência do Endereço Residencial:				
Local de Trabalho:		Endereço:		

[illegible]

[illegible]

# SUS

## SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

### REFERÊNCIA

P A C I E N T E	Nome:	F. Família (geral):
		Idade: Sexo:
D E	Unidade de Saúde	Fone:
	Nome nº do CR do Profissional (carimbo):	Data:
P A R A	Especialidade:	Data da Consulta: ____/____/____
	Nome do Profissional:	Hora:
	Local do Encaminhamento:	
História Clínica (dirigida à causa do encaminhamento):		
Exame Físico:		
Resultados de exames complementares já realizados (com data):		
Impressão Diagnóstica:		
Terapêutica já realizada (com posologia):		



## CONTRA - REFERÊNCIA

Avaliação Clínica:

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo:

Investigação diagnóstica-exames complementares solicitados:

Terapêutica prescrita com posologia:

RETORNO EM:

dias

meses

anos

Desnecessário retorno

Solicitações:

Nome e nº do CR do Profissional (carimbo):

Data:

# Agendamento do Carro

Data			Horário		Observação	
05/04/2013			08:30			
Nº	Nome	Nis	Fone	Endereço/ Bairro		
01	Janete Alex de Oliveira	127 126 62530		St. Antonius	OK	Liberte
02	Carlene Cyp. Deger	130 179 99490		Tranby (monte crest)	OK	11
03	Germirio Pinto de Jesus			Tranby (Cajina nova)	OK	11
04						
05						
06						
Data			Horário			
12/04/2013			08:30			
Nº	Nome	Nis	Fone	Endereço/ Bairro		
01	Roseli Ay. Martins	165 496 415306	88 61 46 17	Quilha Azul (comuna)	OK	Liberte
02	Rosana Mendonça dos Santos	236 011 55 415	88 54 87 87	Rua. Boia	OK	11
03	Josuei Rodrigues de Mela	107 431 88409		AV. Anacleto	OK	11
04						
05						
06						
Data			Horário			
15/04/2012						
Nº	Nome	Nis	Fone	Endereço/ Bairro		
01						
02						
03						
04						
05						
06						
Data			Horário			
16/04/2012			06:30			
Nº	Nome	Nis	Fone	Endereço/ Bairro		
01	Wilson de Almeida	120 662 35670		Rua Henrique Barros	Peruio em corte	
02						
03						
04						
05						
06						

**SINAN**  
**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO**  
**FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL**

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	
	4 UF		5 Município de notificação	
	6 Unidade Notificadora		7 Nome da Unidade Notificadora	
Notificação Individual	8 Unidade de Saúde		9 Data da ocorrência da violência	
	10 Nome do paciente		11 Data de nascimento	
	12 (ou) Idade		13 Sexo	
	14 Gestante		15 Raça/Cor	
Dados de Residência	16 Escolaridade		17 Número do Cartão SUS	
	18 Nome da mãe		19 UF	
	20 Município de Residência		21 Distrito	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)	
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)	
	26 Geo campo 1		27 Geo campo 2	
	28 Ponto de Referência		29 CEP	
	30 (DDD) Telefone		31 Zona	
		32 País (se residente fora do Brasil)		

**Dados Complementares**

Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação	
	35 Situação conjugal / Estado civil		36 Orientação Sexual	
	37 Identidade de gênero:		38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?	
	39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?		40 UF	
Dados da Ocorrência	41 Município de ocorrência		42 Distrito	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)	
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)	
	47 Geo campo 3		48 Geo campo 4	
49 Ponto de Referência		50 Zona		
51 Hora da ocorrência		52 Local de ocorrência		
53 Ocorreu outras vezes?		54 A lesão foi autoprovocada?		

<b>Violência</b>	<b>55</b> Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	<b>56</b> Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
<b>Violência Sexual</b>	<b>57</b> Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro		
	<b>58</b> Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pomografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
<b>Violência Sexual</b>	<b>59</b> Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	<b>60</b> Número de envolvidos 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado <b>61</b> Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)		
<b>Dados do provável autor da violência</b>	<b>62</b> Sexo do provável autor da violência 1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado		<b>63</b> Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
	<b>64</b> Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
<b>Encaminhamento</b>	<b>65</b> Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	<b>66</b> Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <b>67</b> Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <b>68</b> Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX		
<b>Dados finais</b>	<b>69</b> Data de encerramento		
	Informações complementares e observações		

<b>Informações complementares e observações</b>		
Nome do acompanhante	Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
Observações Adicionais:		
<b>Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136</b> <b>TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180</b> <b>Disque Direitos Humanos 100</b>		
Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
Nome	Função	Assinatura
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015		

EMITENTE

NOTA FISCAL DE PRODUTOR

NÚMERO DA NFP

SÉRIE:

1ª VIA  
DESTINATÁRIO

NATUREZA DA OPERAÇÃO		CFOP	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO PRODUTOR
			CNPJ OU CPF

DESTINATÁRIO		CNPJ OU CPF
NOME / RAZÃO SOCIAL		INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO		
MUNICÍPIO	UF	CEP
		FONE/FAX

DATA LIMITE PARA EMISSÃO

DATA DA EMISSÃO
DATA DA SAÍDA / ENTRADA
HORA DA SAÍDA

DADOS DO PRODUTO

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	ALÍQUOTA ICMS

CÁLCULO DO IMPOSTO

GUIA DE RECOLHIMENTO (CÓDIGO DO AGENTE ARRECADADOR E DATA)	BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
	VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE P/ CONTA 1 - EMITENTE 2 - DESTINATÁRIO	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ OU CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

JK ARTES GRÁFICAS • CHAGAS & CARDOSO LTDA. • RUA 24 DE MAIO, 59 • SANTO ANTÔNIO DA PLATINA/PR • FONE: (43) 3534-4399 • CNPJ 09.021.537/0001-02 • I.E. 90414363-41 • N.F.P. • 45.000x5 • NUM. DE: 000.001 à 045.000 • 04/2015 • AJUSTE SINIEF 09/97

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Nº DE CONTROLE DO  
FORMULÁRIO

028500

RECEBEMOS DE (NOME DO PRODUTOR)		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO PRODUTOR	
OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.			
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	DATA	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

NOTA FISCAL DE PRODUTOR