

CENTRO DE SAÚDE DE BALDIM / PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

NOME: _____ LOCALIDADE: _____ MICROÁREA: _____ MÊS: _____

DATA	Nº PSF	NOME	GRUPO	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS
	1		() HAS () DIA () CÇA Id _____ () GEST () IDOSO	() VISITA () ENTREGA DE EXAME () OUTROS
	2		() HAS () DIA () CÇA Id _____ () GEST () IDOSO	() VISITA () ENTREGA DE EXAME () OUTROS
	3		() HAS () DIA () CÇA Id _____ () GEST () IDOSO	() VISITA () ENTREGA DE EXAME () OUTROS
	1		() HAS () DIA () CÇA Id _____ () GEST () IDOSO	() VISITA () ENTREGA DE EXAME () OUTROS
	2		() HAS () DIA () CÇA Id _____ () GEST () IDOSO	() VISITA () ENTREGA DE EXAME () OUTROS
	3		() HAS () DIA () CÇA Id _____ () GEST () IDOSO	() VISITA () ENTREGA DE EXAME () OUTROS
	1		() HAS () DIA () CÇA Id _____ () GEST () IDOSO	() VISITA () ENTREGA DE EXAME () OUTROS
	2		() HAS () DIA () CÇA Id _____ () GEST () IDOSO	() VISITA () ENTREGA DE EXAME () OUTROS
	3		() HAS () DIA () CÇA Id _____ () GEST () IDOSO	() VISITA () ENTREGA DE EXAME () OUTROS

10/10/20

CENTRO DE SAÚDE DE BALDIM / PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

NOME: _____ LOCALIDADE: _____ MICROÁREA: _____ MÊS: _____

DATA	Nº PSF	NOME	GRUPO	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS
	1		() HAS () DIA () CÇA Id _____ () GEST () IDOSO	() VISITA () ENTREGA DE EXAME () OUTROS
	2		() HAS () DIA () CÇA Id _____ () GEST () IDOSO	() VISITA () ENTREGA DE EXAME () OUTROS
	3		() HAS () DIA () CÇA Id _____ () GEST () IDOSO	() VISITA () ENTREGA DE EXAME () OUTROS
	1		() HAS () DIA () CÇA Id _____ () GEST () IDOSO	() VISITA () ENTREGA DE EXAME () OUTROS
	2		() HAS () DIA () CÇA Id _____ () GEST () IDOSO	() VISITA () ENTREGA DE EXAME () OUTROS
	3		() HAS () DIA () CÇA Id _____ () GEST () IDOSO	() VISITA () ENTREGA DE EXAME () OUTROS
	1		() HAS () DIA () CÇA Id _____ () GEST () IDOSO	() VISITA () ENTREGA DE EXAME () OUTROS
	2		() HAS () DIA () CÇA Id _____ () GEST () IDOSO	() VISITA () ENTREGA DE EXAME () OUTROS
	3		() HAS () DIA () CÇA Id _____ () GEST () IDOSO	() VISITA () ENTREGA DE EXAME () OUTROS

Prefeitura de Baldim

ITEM
02



Administrando para todos

Logo atual

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a)

Sr. (a) _____

Necessita de _____ (_____) dias de afastamento

de suas atividades, a partir desta data, por motivo de doença.

(CID _____).

Data: _____ / _____ / _____

MÉDICO/ODONTOLÓGICO

DIABÉTICO

500

Nome

Endereço

A prevenção é o melhor caminho para o seu bem estar

- Guarde este cartão com cuidado e leve-o sempre que procurar algum serviço de saúde.
- Não interrompa o uso da medicação sem orientação médica e não se automedique.
- Faça caminhadas ou outra forma de exercícios físicos regularmente, mas sempre com orientação médica.
- Evite alimentação com muito sal.
- Siga rigorosamente as dietas prescritas.
- Evite alimentos gordurosos, doces e massas.
- Evite o uso de cigarros.
- Não use chás sem aconselhamento médico.
- Não consuma bebidas alcoólicas.
- Frequente regularmente a reunião de diabéticos.

Secretaria Municipal de Saúde de Baldim
Administração - 2007

PREFEITURA MUNICIPAL DE BALDIM



PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Um projeto do Ministério da Saúde
 "Abra as portas para a Saúde entrar"

Cartão do HIPERTENSO

Nome: _____

Endereço: _____

A prevenção é o melhor caminho para o seu bem estar

- Guarde este cartão com cuidado e leve-o sempre que procurar algum serviço de saúde.
- Não interrompa o uso da medicação sem orientação médica e não se auto-medique.
- Faça caminhadas ou outra forma de exercícios físicos regularmente, mas sempre com orientação médica.
- Evite alimentação com muito sal.
- Siga rigorosamente as dietas prescritas.
- Evite alimentos gordurosos, doces e massas
- Evite o uso de cigarros.
- Não use chás sem aconselhamento médico.
- Não consuma bebidas alcoólicas.
- Frequente regularmente a reunião de diabéticos

Secretaria Municipal de Saúde de Baldim



Cuidando de nossa gente 

ENTREGA DE MEDICAMENTOS

Data	HCT	Prop. Capto.	Nile	Furo.	AA\$100	Dipolita	Assinatura

Dupla Adulto (Difteria/Tétano)	Influenza (Gripe)	F. Amarela	Outras Vacinas		

BPMN e grupo de supervisão, 15/08/10

Alergia medicamentosa: _____

2 - Intolerância medicamentosa: _____

3 - Medicação associada: _____

4 - Doença associada: _____

CAUSA 1ª 2ª A

ALFABETIZADA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ESTUDOS <input type="checkbox"/> SECUNDÁRIO <input type="checkbox"/> PRIMÁRIO <input type="checkbox"/> UNIVERSITÁRIO	ESTADO CIVIL/UNIÃO CASAD <input type="checkbox"/> ESTÁVEL <input type="checkbox"/> SOLT. <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/>
ANTECEDENTES FAMILIARES Diabetes <input type="checkbox"/> SIM NÃO Hipert. Art. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A. V. C. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mortes Sub. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PESSOAS Sedentarismo <input type="checkbox"/> SIM NÃO Obesidade <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A. V. C. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	FUUMA SEXO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO FEM. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BEBE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Nº de Cigarros por dia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Consulta Nº	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Data										
Idade (anos)										
Peso (Kg)										
Pressão Arterial (Max./Min. (mm Hg))	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Peso (Bat./Minuto)										
F. O.										
Regularidade da Medicação										
Pulsos Pediais										
Assinat. do Médico										

Consulta Nº	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Data										
Idade (anos)										
Peso (Kg)										
Pressão Arterial (Max./Min. (mm Hg))	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Peso (Bat./Minuto)										
F. O.										
Regularidade da Medicação										
Pulsos Pediais										
Assinat. do Médico										

PRESCRIÇÃO / RESULTADO DO EXAME

PREFEITURA MUNICIPAL DE BALDIM - MG
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Controle de atendimento diário - Unidade de Saúde: _____

Profissional: _____ Microárea: _____ Data: ____/____/____

No	Cadastro	Nome	S	ID	Origem	T.C.	Diagnóstico / Conduta
01							1
							2
							3
02							1
							2
							3
03							1
							2
							3
04							1
							2
							3
05							1
							2
							3
06							1
							2
							3
07							1
							2
							3
08							1
							2
							3
09							1
							2
							3

T.C. = Tipo do Consulta: 1 - Urgência 2 - Primeira 3 - Subsequente 4 - Visita Domiciliar
S = Sexo ID = Idade



PREFEITURA MUNICIPAL DE BALDIM - MG
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Controle de atendimento diário - Unidade de Saúde: _____

Profissional: _____

Microárea: _____

Data: ____/____/____

No	Cadastro	Nome	S	ID	Origem	T.C.	Diagnóstico / Conduta
01						1 2 3	1 2 3
02						1 2 3	1 2 3
03						1 2 3	1 2 3
04						1 2 3	1 2 3
05						1 2 3	1 2 3
06						1 2 3	1 2 3
07						1 2 3	1 2 3
08						1 2 3	1 2 3
09						1 2 3	1 2 3

T.C. = Tipo do Consulta: 1 - Urgência
S = Sexo ID = Idade

2 - Primeira

3 - Subsequente

4 - Visita Domiciliar

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0

SISPRENATAL N: _____

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

Data do atendimento: ____/____/____

DADOS DO ESTABELECIMENTO

1 Município do atendimento

2 Código do IBGE 3 Sigla da UF

4 Nome do Estabelecimento de Saúde

5 Código CNES 6 Nº área 7 Nº microárea

8 Nome do profissional CBO

9 Cartão nacional de saúde - CNS profissional

DADOS PESSOAIS

10 Nº do cartão nacional de saúde- CNS da gestante

11 N.º inscrição social - NIS

12 Nome da gestante

13 Data nascimento: ____/____/____

14 Nome da mãe da gestante

15 Idade: ____/____/____
● menor de 15 anos

16 Nome: Representante familiar: (se menor incapaz)

17 Nº NIS

18 Município de residência:

19 UF: 19 Código IBGE

20 Logradouro (Rua avenida):

21 Bairro:

22 Nº 23 Complemento

24 Ponto de referência 25 CEP

PREENCHER COM APENAS UM DOS DOCUMENTOS

Zona :1-urbana/ 2-rural/ 3- periurbana/ 9 ignorado Nacionalidade: 1 - brasileira / 2 - estrangeira Reside no Brasil: 1 - sim / 2 não

26 Telefone fixo 27 Celular

28 E-mail:

29 Escolaridade 30 Estado civil/união 31 Raça/cor (por autodeclaração):

- [0] Analfabeto
- [1] 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)
- [2] 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)
- [3] 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)
- [4] Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)
- [5] Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
- [6] Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)
- [7] Educação superior incompleta
- [8] Educação superior completa [9] Ignorado [10] Não se aplica

- [0] Convive com companheiro e filho(s)
- [2] Convive com companheiro, com laços conjugais e sem filhos
- [3] Convive com companheiro, com filho(s) e/ou outros familiares
- [4] Convive com familiar(es), sem companheiro
- [5] Convive com outras(s) pessoa(s), sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais
- [6] Vive só

- [1] branca
- [2] preta
- [3] amarela
- [4] parda
- [5] indígena
- [9] Ignorada

ACOLHIMENTO

32 Nome do cartório:

33 Certidão: [1] Nascimento [2] Casamento [3] Separação/Divórcio

34 Livro: 35 Folha: 36 Termo: 37 Data de emissão:

38 Identidade: 39 Data de emissão: 40 Órgão Emissor 41 UF: 42 Carteira de trabalho: 43 Série: 44 UF: 45 CPF:

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE

DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL

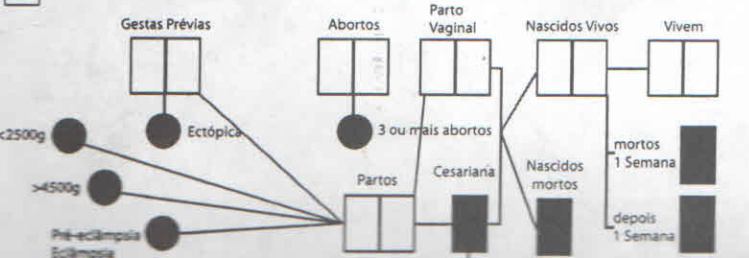
Consulta do: [1] - 1º Trimestre [2] - 2º Trimestre [3] - 3º Trimestre [9] - Ignorado

46 DUM: ____/____/____ 47 DPP: ____/____/____ 48 Altura/cm: ____ 49 Peso/gramas: ____ 50 Precisa de auxílio deslocamento: NÃO SIM

51 Semanas de gestação, se DUM ignorada: ____ 52 Tipo de gravidez: Única Gemelar Tripla ou mais Ignorada

53 Gravidez Planejada: NÃO SIM 54 IG (sem./dias pelo ultrassom) ____/____ 55 Data do ultrassom: ____/____/____

56 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS



ANTECEDENTES CLÍNICOS

Diabetes: NÃO SIM

Pré-eclâmpsia: NÃO SIM

Eclâmpsia: NÃO SIM

Tromboembolismo: NÃO SIM

Doença Mental: NÃO SIM

Hipertensão: NÃO SIM

SISPREENATAL: _____

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE - Continuação

Data do atendimento: ____/____/____

GESTAÇÃO ATUAL	NÃO		SIM		NÃO		SIM		NÃO		SIM	
	<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"/>
57 Trabalho de parto prematuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rotura prematura de membranas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes Gestacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemorragia 1º Trim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Isomunização RH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Incontinência Istmo-Cervical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Se, sim: Insulina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemorragia 2º Trim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Infecção urinária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HIV/AIDS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pré-Eclâmpsia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemorragia 3º Trim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Oligo/polidrâmio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cigarros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Eclâmpsia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hipertensão em uso de medicamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Violência doméstica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pós-Datismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cardiopatia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	CIUR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

SITUAÇÃO VACINAL	NÃO		SIM		NÃO		SIM			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
58 Situação da vacina antitetânica	[1] Não vacinada <input type="checkbox"/>		INFORMA DOSE: 1ª: ____/____/____		59 Hepatite B		[1] Sim <input type="checkbox"/>			
	[2] Imunizada a menos de 5 anos		2ª: ____/____/____			[2] Não <input type="checkbox"/>		INFORMA DOSE: 2ª: ____/____/____		
	[3] Imunizada a mais de 5 anos		3ª: ____/____/____			[9] Ignorado		3ª: ____/____/____		
	[4] Vacinação incompleta		Reforço: ____/____/____				60 INFLUENZA		[1] Sim <input type="checkbox"/>	
	[9] Ignorado								[2] Não <input type="checkbox"/>	
									[9] Ignorado	
									DATA: ____/____/____	

61 Unidade de referência pré-natal de alto risco: _____ Código CNES: _____

62 Realizado Atendimento odontológico: [1]- Sim [2]- Não [9]- Ignorado

63 Participação em atividade educativa: [1] SIM - DATA: ____/____/____ [2] NÃO

64 Realizou visita à maternidade: [1]- SIM - Data: ____/____/____ [2]- NÃO

TESTES RÁPIDOS	SOLICITAÇÃO		RESULTADO		SOLICITAÇÃO		RESULTADO	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
65 Gravidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	66 Sífilis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____
			Hora: ____:____:____	Hora: ____:____:____				Hora: ____:____:____
67 HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	68 Dosagem de proteinúria (FITA REAGENTE POSITIVO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____
			Hora: ____:____:____	Hora: ____:____:____				Hora: ____:____:____

EX. DE ROTINA	NÃO		SIM		SOLICITAÇÃO		RESULTADO		NÃO		SIM		SOLICITAÇÃO		RESULTADO	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
69 Tipagem Sanguínea Fator RH negativo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	70 Hemoglobina HB<11g/dl?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____							
71 Glicemia de Jejum maior que 95mg/dL?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	72 VDRL+?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____							
73 Sorologia+ p/ Hep.B (HBsAg)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	74 Toxoplasmose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____							
75 Urina, Alteração?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	IgG Positivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____							
			Tratada? () Sim () Não		IgM Positivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____							
77 Anti-HIV Positivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	76 Urocultura Positiva?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____							
79 Ultrassom Obstétrico			Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	78 Outros informar:			Data: ____/____/____	Data: ____/____/____							

EX. ADICIONAIS	SOLICITAÇÃO		RESULTADO		SOLICITAÇÃO		RESULTADO	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
80 Coombs Indireto positivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	81 Eletroforese de Hemoglobina alterada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____
82 Parasitologia de Fezes+	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____				
83 TOT alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____				

EX. EXAMES ESPECIAIS	SOLICITAÇÃO		RESULTADO		SOLICITAÇÃO		RESULTADO	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
84 Contagem de Plaquetas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	85 Dosagem de Ácido Úrico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____
86 Dosagem de Uréia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	87 Dosagem de Creatinina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____
88 Dosagem de Proteína Urina 24h	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	89 Eletrocardiograma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____
90 Ultrassom Obstétrico com Doppler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	91 Outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____
92 Cardiocardiografia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____				



MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE
SES/MG - DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE DE BALDIM
FICHA INDIVIDUAL PARA EXAME SOROLÓGICO - HIV

ITEM 09

DADOS GERAIS	1	PRÉ-NATAL	DIAGNÓSTICO	PROGRAMA FIQUE SABENDO
	2	Município de Notificação		Código (IBGE)
		Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código

DADOS DO PACIENTE	3	Agravo	HIV		Data Coleta da Amostra		
	4	Nome do Paciente					
	5	Idade	6	Sexo	7	Data Nascimento	Documento de identificação tipo/nº
	8	Nome da mãe					

DADOS DA RESIDÊNCIA	9	Logradouro (rua, avenida, etc.)	10	Número	
	11	Complemento (aptº, casa, etc.)	12	Bairro	
	13	Município de residência	14	Ponto de referência	
	15	Telefone	16	Zona	17

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

EXPOSIÇÃO	18	1 - Homossexual 2 - Bissexual 3 - Heterossexual 4 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			
	19	1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO Assinalar os itens abaixo:			
		<input type="checkbox"/> 1 - Com parceiro(a) bissexual;	<input type="checkbox"/> 4 - Com parceiro(a) transfundido(a);	<input type="checkbox"/> 7 - Com parceiro(a) HIV+/AIDS.	
		<input type="checkbox"/> 2 - Com parceiro(a) usuário(a) de droga EV;	<input type="checkbox"/> 5 - com parceiro(a) hemofílico(a);		
		<input type="checkbox"/> 3 - Com múltiplos(as) parceiros(as);	<input type="checkbox"/> 6 - Com parceiro(a) com múltiplos parceiros;		
20	Usuário de drogas endovenosas <input type="checkbox"/> 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	21	Hemofílico <input type="checkbox"/> 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO		
22	História de transfusão de sangue a partir de 1980 <input type="checkbox"/> 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	23	Sorologia para HIV anteriormente 1-Positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizou 5-Ignorado <input type="checkbox"/>		
24	Relação sexual: Sem camisinha <input type="checkbox"/> Rompimento da camisinha na relação sexual <input type="checkbox"/> 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	25	Mãe HIV + (não se enquadra em exposição à situação de risco/deseja conhecer seu estado sorológico) <input type="checkbox"/>		

HISTÓRIA CLÍNICA	26	Tem sintomas de HIV/Aids 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>			
		Se sim, marcar quais:			
	<input type="checkbox"/>	Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a um mês;	<input type="checkbox"/>	Herpes simples (muco-cutâneo, maior que um mês - esôfago brônquios, pulmão);	
	<input type="checkbox"/>	Caquexia ou perda de peso maior que 10%;	<input type="checkbox"/>	Tuberculose pulmonar;	
	<input type="checkbox"/>	Tosse persistente ou qualquer pneumonia (exceto tuberculose);	<input type="checkbox"/>	Toxoplasmose cerebral;	
	<input type="checkbox"/>	Candidíase (esôfago, traquéia, brônquios, pulmão);	<input type="checkbox"/>	Diarréia maior ou igual a um mês;	
			<input type="checkbox"/>	Outros: _____	

MOTIVO DO TESTE	27	Motivo da realização do Teste:
		<input type="checkbox"/> Decisão pessoal <input type="checkbox"/> Solicitação médica

SOLICITANTE	28	Município / Unidade de Saúde	29	Código da Unidade de Saúde
	30	Nome	31	Função
			32	Assinatura/carimbo



SUS Sistema
Único
de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE BALDIM

GUIA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM:	NOME:	DATA DE NASCIMENTO
--------------------	-------	--------------------

ACOMPANHANTE:	ENDEREÇO:
---------------	-----------

DA CLÍNICA: _____ À CLÍNICA: _____

MOTIVO DA CONSULTA (ESPECIFICAR DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E ENUMERAR PRINCIPAIS SINTOMAS):

TRATAMENTO E/OU EXAMES REALIZADOS:

DATA: ____/____/____ ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO: _____

Blank area for signature and stamp.

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

ITEM
11

IDENTIDADE DO EMITENTE
Secretaria Municipal de Saúde de Baldim
Rua Raimundo Reis - 455 - Centro
Tel: (31) 3718-1377 - Baldim - MG

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

PRESCRIÇÃO:

DATA: ____ / ____ / ____ MÉDICO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR



Prefeitura de Baldim

ITEM
12

RECEITUÁRIO MÉDICO

500 Blines com 100
500 Blines com 100

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA RAIMUNDO REIS, 445 - TEL.: (0XX31) 3718-1377

Notificação de Receita

UF - MG
14

Nº 771651

DATA

PACIENTE

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

Notificação de Receita

UF 14
MG Nº 771651

Data: de de

Paciente

Endereço

Assinatura do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Endereço:

Telefone: Ident. Nº

Órgão Emissor:

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE BALDIM
Rua Raimundo Reis 435 - Baldim

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLOGIA


CARIMBO DO FORNECEDOR

Município do Vendedor _____ Data _____

FORMULÁRIOS GRÁFICOS INDÚSTRIA E COMÉRCIO LTDA - Rua Úrsula Paulino, 137 - Bela Horizonte - MG - Tel.: (31) 3512-1944 - CNPJ: 02.353.928-0001-03 - Insc. Est. 002.421.966-0073 - Insc. Mun. 0.140.195/002-4
AUTORIZAÇÃO EMITIDA PELA VISA Nº 04027 - DATA 20 DE MAIO DE 2020 - NUMERAÇÃO 14070001A B 14072000A - IMPRESSA EM 26 DE MAIO DE 2020.

ITEM
14

500 Bolas com 100

 Secretaria Municipal de Saúde de Baldim		REQUISIÇÃO / RESULTADO DE EXAMES	
ESF AMBULATÓRIO:		CNS:	
NOME DO PACIENTE:			
IDADE	SEXO () M () F	DN	PRIORIDADE
01 DADOS CLÍNICOS			
02 - MATERIAL A EXAMINAR			
03 - EXAMES SOLICITADOS			
LOCAL/DATA		ASSINATURA / CARIMBO	

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama

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

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS* Sexo Masculino Feminino
 Nome Completo do(a) paciente* Apelido do(a) paciente
 Nome Completo da Mãe*
 CPF Nacionalidade
 Data de Nascimento* / / Idade* Cor/Raça Branca Preta Parda Amarela Indígena/ Etnia
 Dados Residenciais
 Logradouro
 Número Complemento Bairro UF
 Código Município Município
 CEP - DDD Telefone -
 Ponto de Referência
 Escolaridade
 Analfabeto(a) Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?*

Sim, mama direita Sim, mama esquerda Não

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

Sim Não Não sabe

* Risco elevado são:
 Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:
 - câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
 - câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;
 Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
 Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ
 Mulheres com história pessoal de câncer de mama

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

Sim Nunca foram examinadas anteriormente Não sabe

4 - Fez mamografia alguma vez?*

Sim. Quando fez a última mamografia? Ano
 Não Não sabe

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

Sim, mama direita
 Sim, mama esquerda
 Não Não sabe

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

Mama direita		Mama esquerda
<input type="text"/>	Biópsia cirúrgica incisional	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Biópsia cirúrgica excisional	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Centralectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Segmentectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Ductectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia poupadora pele	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia poupadora de pele e complexo aréolo-papilar	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Linfadenectomia axilar	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Biópsia de linfonodo sentinela	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Reconstrução mamária	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastoplastia redutora	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Inclusão de implantes	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Não fez cirurgia		

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

7a. Achados no exame clínico

Mama direita

Lesão papilar

Descarga papilar

Cristalina
 Hemorrágica

Nódulo:

Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Espessamento:

Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Linfonodo palpável Axilar Supraclavicular

Mama esquerda

Lesão papilar

Descarga papilar

Cristalina
 Hemorrágica

Nódulo:

Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Espessamento:

Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Linfonodo palpável Axilar Supraclavicular

7b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita

nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal
 linfonodo axilar

Mama esquerda

7c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita

nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal
 linfonodo axilar

Mama esquerda

7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

Mama direita
 Mama esquerda

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

Mama direita

Categoria 0
 Categoria 3
 Categoria 4
 Categoria 5

Mama esquerda

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

Mama direita

nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal
 Linfonodo axilar

Mama esquerda

8 - Mamografia de rastreamento

8a. População alvo

8b. População de risco elevado (história familiar)

8c. Paciente já tratado de câncer de mama

Data de solicitação*

Responsável*

____/____/____

Número do Exame:

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

7 - Mamografia Diagnóstica

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

7a. Achados no exame clínico

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

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

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

7c - Lesão com diagnóstico de câncer

Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta

7d - Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante

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

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

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

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

8 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos (população alvo) ou maiores de 35 anos com história familiar (População de risco elevado - história familiar) ou histórico pessoal de câncer de mama (pacientes já tratados) Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama

QSL - Quadrante superior lateral
QIL - Quadrante inferior lateral
QSM - Quadrante superior medial
QIM - Quadrante inferior medial
UQlat - União dos quadrantes laterais
UQsup - União dos quadrantes superiores

UQinf - União dos quadrantes inferiores
UQmed - União dos quadrantes mediais
RRA - Região retroareolar
RC - Região central (união de todos os quadrantes)
PA - Prolongamento axilar
NR - Não realizado Localização:

500 + 1000 = 1500
500 + 1000 = 1500

ITEM
16



SUS  Sistema Único de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

NÚMERO DO REGISTRO

SERVIDOR RESPONSÁVEL	DATA	HORA
----------------------	------	------

01 - DADOS DO PACIENTE

NOME	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO
------	--------------------	-------	------

NOME DA MÃE

ACOMPANHANTE	TEL. CONTATO
--------------	--------------

ENDEREÇO

BAIRRO	CIDADE	CS REFERÊNCIA	CEP
--------	--------	---------------	-----

FORMA DE ENCAMINHAMENTO

DEMANDA EXPONTÂNEA CENTRO DE SAÚDE SAMU PM BOMBEIRO OUTROS

02 - PROTOCOLO DE MANCHESTER

QUEIXA PRINCIPAL

NOME DO FLUXOGRAMA	DISCRIMINADOR
--------------------	---------------

PULSO _____ SaO2 _____ TEMP _____ GLICEMIA _____ RÉGUA DOR N° _____ ECG _____

PRIORIDADE

VERMELHO LARANJA AMARELO VERDE AZUL

ENCAMINHAMENTO

CLÍNICA MÉDICA PEDIATRIA CIRURGIA ORTOPEDIA ODONTOLOGIA OUTROS

CENTRO DE SAÚDE OUTRA UNID. URGÊNCIA EMERGÊNCIA SERVIÇO SOCIAL

DATA	HORA	SERVIDOR RESPONSÁVEL
------	------	----------------------

03 - REAVALIAÇÃO DE MANCHESTER

QUEIXA PRINCIPAL

NOME DO FLUXOGRAMA	DISCRIMINADOR
--------------------	---------------

PULSO _____ SaO2 _____ TEMP _____ GLICEMIA _____ RÉGUA DOR N° _____ ECG _____

PRIORIDADE

VERMELHO LARANJA AMARELO VERDE AZUL

ENCAMINHAMENTO

CLÍNICA MÉDICA PEDIATRIA CIRURGIA ORTOPEDIA ODONTOLOGIA OUTROS

CENTRO DE SAÚDE OUTRA UNID. URGÊNCIA EMERGÊNCIA SERVIÇO SOCIAL

DATA	HORA	SERVIDOR RESPONSÁVEL
------	------	----------------------

04 - HISTÓRIA CLÍNICA

05 - EXAME FÍSICO

06 - EXAMES COMPLEMENTARES

LABORATORIAL

RADIOLÓGICO

ECG

07 - DIAGNÓSTICO

CLÍNICA HORA / DATA	TRATAMENTO / PRESCRIÇÃO MÉDICA NA UNIDADE

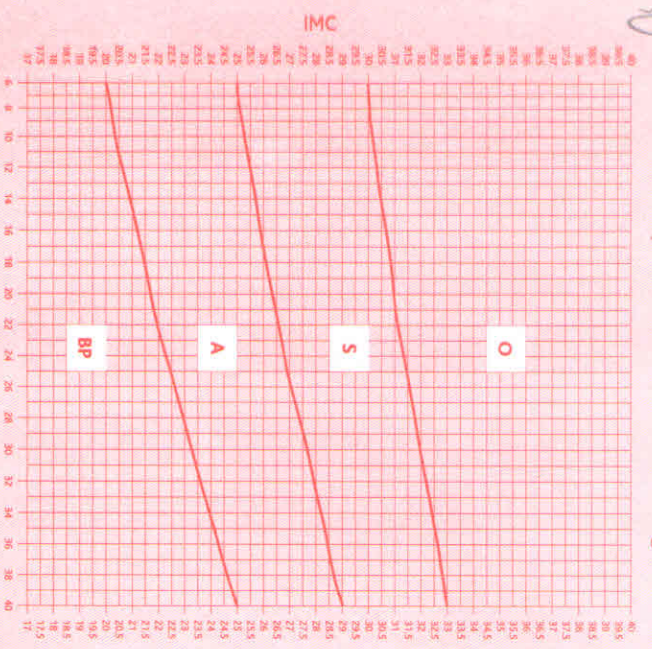
HORA / DATA	OBSERVAÇÃO / EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

08 - CONDUTA

<input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> EVASÃO	REFERIDO PARA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRA UNID. URG. <input type="checkbox"/> ESPECIALIDADE <input type="checkbox"/> CENTRO SAÚDE
MÉDICO	CRM N°
HORA DA SAÍDA	ATENDIMENTO DE <input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> URGÊNCIA <input type="checkbox"/> NÃO URGÊNCIA

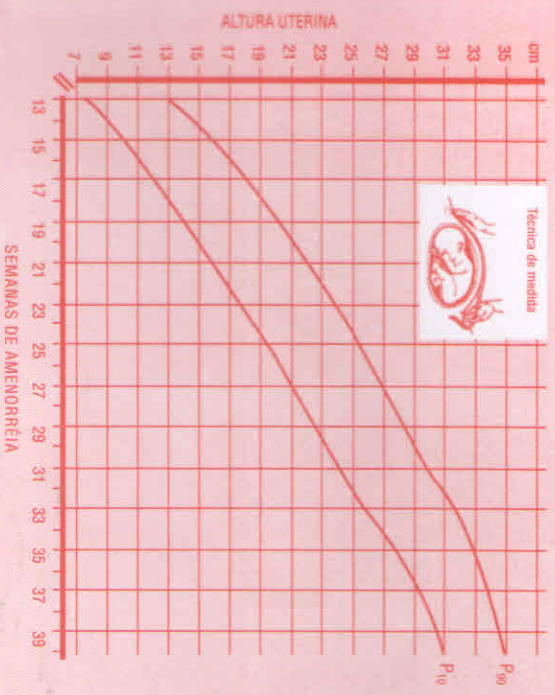
Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Orientação/condução
ABO-RH					
Hb/Ht					
Glicemia de jejum					
VDRL					
Urina 1					
Anti-HIV					
HBsAg					
Toxoplasmose					
Combs. indireto					
Outros					
Suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico – registrar semana de gestação					
Sulfato ferroso					
Ácido fólico					
Ultra-sonografia					
Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido

Primeira e Única
Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante



BP – baixo peso A – adequado S – sobrepeso O – obesidade

Gráfico de curva altura uterina/idade gestacional



Cartão da Gestante

Nome: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Município: _____

Cadastro no SIS – pré-natal _____

Agendamento

Data	Hora	Nome do profissional	Sala

Hospital/maternidade de referência: _____

Você precisa fazer no mínimo 6 consultas. É um direito seu. Leve este cartão com você e mostre-o todas as vezes em que for ao Centro de Saúde ou ao hospital.

Ministério da Saúde

IDADE ANOS	Nº DE PRONTUÁRIO										ALFABETIZADA	ESTUDOS	ANOS COMPLETOS	ESTADO CIVIL / UNIÃO
MENOR DE 15 MAIOR DE 35											<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL <input type="checkbox"/> MÉDIO <input type="checkbox"/> SUPERIOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> ESTÁVEL <input checked="" type="checkbox"/> SOLTEIRA <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO
COR (INFORMADA POR AUTO DECLARAÇÃO)														
<input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> PARDA <input checked="" type="checkbox"/> AMARELA <input checked="" type="checkbox"/> INDÍGENA														
ANTECEDENTES FAMILIARES GEMELARES <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DIABETES <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO HIPERT. ART. <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO MÁ FORMAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO OUTROS <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO														
PESSOAIS INFECÇÃO URINÁRIA <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO INFERTILIDADE <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO CARDIOPATIA <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DIABETES <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO HIPERT. ART. <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO CIRURG. PÉLV. UTERINA <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO MÁ FORMAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO OUTROS <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO														
OBSTÉTRICOS (Anotar o número de) GESTAÇÕES: <input checked="" type="checkbox"/> ABORTOS <input checked="" type="checkbox"/> PARTOS NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS <input type="checkbox"/>														
VAGINAIS <input type="checkbox"/> CESÁREAS <input checked="" type="checkbox"/> NASC. VIVOS <input type="checkbox"/> NASC. MORTOS <input checked="" type="checkbox"/> VIVEM <input type="checkbox"/> MORRERAM NA 1ª SEMANA <input checked="" type="checkbox"/> MORRERAM APÓS 1ª SEMANA <input checked="" type="checkbox"/>														
DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO MÊS: <input type="checkbox"/> ANO: <input type="checkbox"/> AMAMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ALGUM RN PESOU MENOS DE 2.500 g <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM NASCIMENTO COM MAIOR PESO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g														
GRAVIDEZ ATUAL DIA: <input type="checkbox"/> MÊS: <input type="checkbox"/> ANO: <input type="checkbox"/> PESO ANTERIOR <input type="checkbox"/> kg ESTATURA <input type="checkbox"/> cm DUM: <input type="checkbox"/> DPP: <input type="checkbox"/> DÚVIDAS <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ANTITÉTICA PRÉVIA <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ATUAL 1ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/> 3ª <input type="checkbox"/> HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> DIAS GRUPO Rh: <input type="checkbox"/> SENSIB. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO TRANSF. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO LOCAL: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DIA MÊS ANO														
EX. CLÍNICO NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO EX. DAS MAMAS NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO EX. ODONTOLÓGICO NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO PÉLVIS NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO COLPOSCÓPIA NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO EX. CLÍNICO CERVIX <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO VDRL <input type="checkbox"/> + <input checked="" type="checkbox"/> - FUMA <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO Nº DE CIGARROS AO DIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>														
CONSULTA Nº 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 DATA														

IG SEMANAS																				
PESO (kg)																				
I M C																				
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)/ EDEMA (+3 4+)																				
ALTURA UTERINA (cm) APRESENTAÇÃO																				
BCF / MOV. FETAL																				
ASS. DO PROFISSIONAL																				

PARTO																										
HOSPITAL: <input type="checkbox"/>		IDADE GESTACIONAL	TAMANHO FETAL CORRESPONDE	INÍCIO TP	MEMBRANAS	DATA RUPTURA	PATOLOGIA NA GESTAÇÃO / PARTO / PUERPÉRIO																			
MENOR DE 17 OU MAIOR DE 42 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> ESP. <input type="checkbox"/> IND.	<input type="checkbox"/> INT. <input type="checkbox"/> ROT.	HORA <input type="checkbox"/> DIA <input type="checkbox"/> MÊS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CEF. <input type="checkbox"/> PELV. <input type="checkbox"/> TRAN.	<input checked="" type="checkbox"/> GRAVIDEZ MÚLTIPLA	<input type="checkbox"/> DESPROP. CEF. PÉLV.	<input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSÃO PRÉVIA	<input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 1º TRIMESTRE	<input checked="" type="checkbox"/> PRÉ-ECLÂMPSIA	<input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 2º TRIMESTRE	<input checked="" type="checkbox"/> ECLÂMPSIA	<input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 3º TRIMESTRE	<input checked="" type="checkbox"/> CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/> ANEMIA CRÔNICA	<input checked="" type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> RUPTURA PREMAT. MEM.	<input checked="" type="checkbox"/> INFECÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> INFECÇÃO PUERPÉR.	<input checked="" type="checkbox"/> OUTRAS INFECÇÕES	<input type="checkbox"/> HEMORRAGIA PUERPÉR.	<input checked="" type="checkbox"/> PARASITÓSES	<input type="checkbox"/> OUTRA	<input checked="" type="checkbox"/> AMEAÇA DE PARTO PREMATURO	<input type="checkbox"/> NENHUMA
TERMINA: <input type="checkbox"/> EXP. <input type="checkbox"/> FORC. <input type="checkbox"/> CES. <input type="checkbox"/> OUT.	HORA	MINUTO	DIA	MÊS	ANO	NÍVEL DE ATENÇÃO																				
EPIOTOMIA <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		DEQUIT. EXP. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	MORTE FETAL <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM	ATENDIDA POR:																						
LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		PLACENTA COMPL. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	MOMENTO <input type="checkbox"/> GRAV. <input checked="" type="checkbox"/> IGNO.	MÉD. <input type="checkbox"/>	ENF. <input type="checkbox"/>	PAR. ALX. <input type="checkbox"/>	EMPIR. <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>																		
MEDICAÇÃO NO PARTO <input type="checkbox"/> ANALGÉSICO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCAL <input type="checkbox"/> TRANQUILIZANTE	<input type="checkbox"/> ANESTESIA REGIONAL <input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO	<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> COCOTOC. <input type="checkbox"/> NENHUM																					

RECÉM-NASCIDO															
SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	VDRL <input type="checkbox"/> - <input checked="" type="checkbox"/> +	APGAR MINUTO <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 5º <input checked="" type="checkbox"/> 6 OU MENOS	REANIMAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	PESO AO NASCER <input type="checkbox"/> MENOS DE 2.500 g	IDADE POR EXAME FÍSICO <input type="checkbox"/> Sem. <input checked="" type="checkbox"/> MENOR DE 37 SEMANAS	PESO / IG <input type="checkbox"/> ADEQ. <input type="checkbox"/> PEQUENO <input checked="" type="checkbox"/> GRANDE	EX. FÍSICO IMEDIATO <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL	PUERPÉRIO IMEDIATO HORAS OU DIAS PÓS-PARTO OU ABORTO TEMPERATURA PULSO (BATIMENTO / MINUTO) PRESSÃO ARTERIAL MÁX. / MIN. (mmHg) INVÓL. UTERINA CARACTERÍSTICAS DOS LÍQUIDOS VITAMINA A							
ESTATURA <input type="checkbox"/> cm	EXAME FÍSICO PRÉ-ALTA <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL	EXAME NEUROL. <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> DUIDOSO	PATOLÓGIAS <input checked="" type="checkbox"/> M. HIALINA <input type="checkbox"/> APNÉIAS <input type="checkbox"/> NEUROL. <input type="checkbox"/> OUTRA <input checked="" type="checkbox"/> S. ASPIRAT. <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> HIPERBILL. <input type="checkbox"/> NENHUMA <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS SDR <input type="checkbox"/> INFECÇÃO <input type="checkbox"/> A. CONG.												
RN ALOJ./CONJ. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	ALTA DO RN <input type="checkbox"/> SADIO <input type="checkbox"/> C/ PATOL. <input type="checkbox"/> TRANSF. <input type="checkbox"/> ÓBITO	IDADE NA ALTA/TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> DIAS <input type="checkbox"/> HORAS	IDADE AO FALECER <input type="checkbox"/> DIAS <input type="checkbox"/> HORAS	ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> PEITO <input type="checkbox"/> MISTO <input checked="" type="checkbox"/> ARTIFIC.	ALTA MATERNA <input type="checkbox"/> SADIO <input type="checkbox"/> TRANSFERIDA <input type="checkbox"/> C/ PATOLOGIA MORTE MATERNA <input type="checkbox"/> GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> PUERPÉRIO ORIENT. / CONTRACEPÇÃO <input type="checkbox"/> CONDOM <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> LIG. DA TRQ. <input type="checkbox"/> RITMO <input checked="" type="checkbox"/> NENHUM										



Notificação de Receita

UF 14
084438 A B2
MG

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE BALDIM**
Rua Raimundo Reis 435 - Baldim

Data: _____ de _____ de _____

Paciente _____

Endereço _____

Assinatura do Emissor _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Ident. Nº _____

Órgão Emissor: _____

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

QUALIDADE E FORMA FARMACÊUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLOGIA

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor _____

Data _____

EZA CORREIA 662.913.996-97 - CNPJ 21.013.146/0001-41 - INSC. EST. 002420657/00-13 - INSC. MUN. 3836702016 - RUA ÁRTICA, 413 - BAIRRO CAÇARA - BELO HORIZONTE/MG - 30770-360
AUTORIZAÇÃO EMITIDA NA DATA 27 DE SETEMBRO DE 2017 - DE Nº 14.084.401A A 14.084.600A - IMPRESSA EM 02 DE OUTUBRO DE 2017.

10 Blocos Com 100

ITEM
19



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Raimundo Reis, 435 - Centro
Baldim - CEP 35706.000 - MG

ATESTADO ADMISSSIONAL

Atesto para os devidos fins, que o (a) paciente _____

compareceu ao exame médico admissional e se encontra apto física e
mentalmente ao exercício da função de _____

_____/_____/_____
Data

Assinatura e carimbo



PREFEITURA MUNICIPAL
DE BALDIM
RUA RAIMUNDO REIS, 435
CENTRO - BALDIM
CEP.: 35.706-000

30-10-2003 com 100
PREFEITURA MUNICIPAL DE BALDIM - MG SECRETÁRIA DE SAÚDE

LAUDO MÉDICO DE ALTO CUSTO

Nº DO LAUDO

ITEM
20

01 - DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE / MUNICÍPIO SOLICITANTE

ORIGEM	CÓDIGO / SIA	MUNICÍPIO
Nº PRONT	CHEFIA IMEDIATA (ASSINATURA / CARIMBO)	

02 - DADOS DO PACIENTE

NOME	DATA NASCIMENTO / /	SEXO <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	
NOME DA MÃE DO PACIENTE	TELEFONE		
RUA / LOGRADOURO	Nº	COMPLEMENTO	
BAIRRO	MUNICÍPIO		
CEP / /	U.F.	Nº CONSULTA	CARTEIRA IDENTIDADE - Nº / ÓRGÃO EXPEDITOR

03 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

JUSTIFICATIVA CLÍNICA

DIAGNÓSTICO INICIAL	CID	
CLÍNICA SOLICITANTE	CÓDIG	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	CÓDIGO	
MÉDICO SOLICITANTE (DATA / ASSINATURA / CARIMBO)	CRM	CPF MÉDICO

04 - JUNTA DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDOS

SITUAÇÃO DO LAUDO	PROCEDIMENTO AUTORIZADO	DESTINO	CÓDIGO
<input type="checkbox"/> AUTORIZADO	MOTIVO		
<input type="checkbox"/> NÃO AUTORIZADO			
<input type="checkbox"/> INCONCLUSIVO			
DATA AUTORIZAÇÃO	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)	CRM	

ITEM
21

CONSULTA

Data / /

HORA

*** OBRIGATÓRIO TRAZER CARTÃO SUS E
IDENTIDADE**

*** EM CASO DE DESISTÊNCIA DA
CONSULTA AVISAR COM
ANTECEDÊNCIA**



ITEM
22

Instruções para coleta de Fezes

Esta coleta deverá ser iniciada 6 dias antes do dia marcado pelo laboratório.

*Colher 3 amostras de fezes, em dias alternados.

*Colocar cada amostra no frasco com o líquido conservante e levar ao laboratório no dia marcado de 7:00 às 9:00 horas

*É obrigatório apresentação de documento pessoal



Secretaria Municipal de Saúde de Baldim
Laboratório de Análises Clínicas
Rua Raimundo dos Reis, 435 - Olaria - Baldim/MG Tel:(31) 3718-1555

SANGUE OCULTO NAS FEZES

- ✓ Colher a primeira fezes da manhã sem o líquido (MIF).
- ✓ Encaminhar para o laboratório, até às 9:00 hrs, no mesmo dia da coleta.
- ✓ É obrigatório apresentação de documento pessoal.

ITEM
23



Secretaria Municipal de Saúde de Baldim
Laboratório de Análises Clínicas
Rua Raimundo dos Reis, 435, Olaria - Baldim/MG - Tel (31) 3718-1555

COLETA

Dia: / /

Horário da coleta de sangue: 7:00 hrs às 9:00 hrs.

Jejum: () 4 horas

 () 8 horas

URINA

- ✓Primeira urina da manhã após higiene, colher o segundo jato.
- ✓A urina deve ser colhida no dia do exame.
- ✓Evite colher urina estando menstruada ou se estiver usando pomadas ou cremes vaginais.

FEZES

- A coleta de fezes deverá ser iniciada 6 dias antes do dia marcado para entrega.
- ✓Colher 3 amostra de fezes, em dias alternados.
 - ✓Colocar cada amostra no frasco com o líquido conservante.
- ‘É obrigatório apresentação de documento pessoal.’**

ITEM
24

DN:

TEL:

CENTRO DE SAÚDE DE BALDIM - LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Número do Cartão SUS: _____

NOME _____

CÓD. _____

MÃE _____

DATA ____/____/____

ENDEREÇO _____

IDADE _____

HEMOGRAMA	%	BIOQUÍMICA	SOROL/IMUNO/OUTROS
Hemácias		Glicemia jejum	G. sanguíneo
Hemoglobina		Glicemia PP/PD	Fator Rh
Hematócrito		Creatinina	Fator Du
Global leucócitos		Uréia	Coombs indireto
Mielócitos		Colesterol total	VDRL
Metamielócitos		Col. Fr.: HDL	AEO
Bastonetes		LDL	PCR
Segmentados		VLDL	FR (látex)
Eosinófilos		Triglicérides	Beta HCG
Basófilos		Proteínas totais	Albumina:
Monócitos		Fosfatase alcalina	Globulina:
Linfócitos		Ferro sérico	Relação A/G:
RDW:		Cálcio	Reticulocitos
VHS: 30 minutos		Magnésio	GGP
60 minutos		TGO/AST	Amilase
Plaquetas		TGP/ALT	Cap. Lig. Fe
TP Ativ. RNI		Ácido úrico	FEZES
PTTa		Bili D: I:	T: Sangue oculto:

URINA ROTINA

1 - Caracteres gerais

Vol. enviado		Piócitos	
Cor		Epitélios	
Aspecto		Hemácias	
Reação pH		Cristais	
Densidade			
Cheiro			
Depósito		Cilindros	
3 - Ex. químico			
Proteínas		Muco	
Glicose		Fibra bac.	
Acetona		Obs.:	
Leucócitos			
Pig. biliares			
Hemoglobina			
Nitrito			
Urobilinog			

1 - Sedimentoscopia

PARASITOLÓGICO DE FEZES

Protozoários

- Cistos de Entamoeba coli
- Cistos de Entamoeba histolytica
- Cistos de Giardia lamblia
- Cistos de Endolimax nana
- Cistos de Iodamoeba butchili

Metazooárias

- Ovos de Ancilostomídeos
- Ovos de Ascaris lumbricoides
- Ovos de Enterobius vermicularis
- Ovos de Hymenolepis nana
- Ovos de Schistosoma mansoni
- Ovos de Taenia sp
- Ovos de T. trichiurus
- Larvas de Ancilostomídeos
- Larvas de S. stercoralis



PREFEITURA MUNICIPAL DE BALDIM - MG

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

ITEM
26

PRONTUÁRIO Nº

IDENTIFICAÇÃO

FILIAÇÃO (Responsável)

ENDEREÇO

SEXO

M F

ESTADO CIVIL

PROFISSÃO

C.I.:

NATURALIDADE

DATA DO EXAME: / /

DENTISTA

ANAMNESE

QUEIXA PRINCIPAL: _____

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL: _____

VOCÊ TOMA OU JÁ TOMOU MEDICAMENTO CONTROLADO? QUAL? _____

VOCÊ JÁ TOMOU ALGUM REMÉDIO QUE LHE FEZ MAL? QUAL? _____

QUAIS AS DOENÇAS QUE VOCÊ JÁ TEVE? _____

VOCÊ ESTÁ OU JÁ ESTEVE GRÁVIDA? _____

JÁ FOI INTERNADO ALGUMA VEZ? _____

JÁ PERDEU PESO SEM EXPLICAÇÃO? _____

VOCÊ TEM DIARRÉIA SEM CAUSA APARENTE? _____

ESTÁ EM TRATAMENTO MÉDICO? QUAL? _____

OBSERVAÇÕES: _____

HISTÓRIA PREGRESSIVA

ALERGIAS, QUAIS? _____	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
CARDIOPATIAS _____	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
DERMATOLÓGICAS _____	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
HEPÁTICAS _____	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
D. RENAIIS _____	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
D. REUMÁTICAS _____	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
D. S. T. _____	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
ENDOCRINOPATIAS _____	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESPIRATÓRIA _____	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

EPILEPSIA _____	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
HEMOFILIA _____	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
HEMORRAGIAS _____	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
GASTROINTESTINAL _____	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
HIPERTENSÃO _____	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
PSICOPATIAS _____	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
TOLERÂNCIAS P/ ANEST. E MEDIC. _____	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
TUBERCULOSE _____	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
DIABETES _____	<input type="checkbox"/> TIPO I	<input type="checkbox"/> TIPO II

ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES _____

HISTÓRICO FAMILIAR: _____

EXAMES OBJETIVOS:

TEMP _____ PULSO _____

PRESSÃO ARTERIAL _____

ATM DOR: _____ RUÍDOS _____

SIMETRIA FACIAL PRESENTE AUSENTE

RESPIRAÇÃO NASAL BUCAL

NÓDULOS LINFÁTICOS: _____

LÁBIOS: _____

GENGIVA: _____

PERIODONTO: _____

LÍNGUA: _____

SOALHO DA BOCA: _____

PALATO: _____

MUCOSA JUCAL: _____

XEROSTOMIA PRESENTE AUSENTE

LESÃO DE MANCHA BRANCA: _____

TECIDO MOLE PRESENTE AUSENTE

DENTE PRESENTE AUSENTE

TRAUMATISMO _____

DIAGNÓSTICO DE OCLUSÃO _____

ORAFARINJE _____

C. SARCOMA DE KAPOSI PRESENTE AUSENTE

CANDIDIASE BUCAL PRESENTE AUSENTE

HERPES PRESENTE AUSENTE

CONDILOMA PRESENTE AUSENTE

LEUCOPLASIA P. I. OSA PRESENTE AUSENTE

HIGIENE BUCAL () BOA () RUIM FREQUÊNCIA ESCOVAÇÃO _____

FIO DENTAL _____

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS? () SIM () NÃO QUAL? _____

PEDIDO DE AVALIAÇÃO MÉDICO-ODONTOLÓGICA? () SIM () NÃO QUAL? _____

EXAME EPIDEMIOLÓGICO

TIPO DE PACIENTE

4 - ESCOLAR

5 - HIPERTENSO

6 - DIABÉTICO

DEMANDA CÓD.:

1 - ESPONTÂNEA

2 - REF INTERNA

3 - REF EXTERNA

FLUOROSE CÓD.:

0 - AUSENTE

1 - QUESTIONÁVEL

2 - MUITO LEVE

3 - LEVE

4 - MODERADA

5 - SEVERA

ESTADO PERIODONTAL

17/16	11	26/27
47/46	31	36/37

CÓD.:

0 - HÍGIDO

1 - SANGRAMENTO

2 - TÁRTARO

3 - BOLSAS 4-5 MM

4 - BOLSAS 6MM OU +

5 - SEXTANTE EXCLUÍDO

EXAME DE LESÕES DA MUCOSA E DOS OSSOS

CÓD.:

1 - N/ APRESENTA LESÕES

2 - LESÃO IDENTIFICADA

3 - LESÃO N/ IDENTIFICADA

CASO IDENTIFICADO CID: _____

NECESSIDADE DE PRÓTESE

CÓD.:

0 - NENHUMA

1 - NECESSIDADE DE PREPAROS

2 - PRÓTESE PARCIAL

3 - PRÓTESE TOTAL

USO DE PRÓTESE

CÓD.:

0 - NENHUMA

1 - PRÓTESE PARCIAL

2 - PRÓTESE TOTAL

() SUPERIOR

() SUPERIOR

() INFERIOR

() INFERIOR

12/00 1º andar m. 100 15

Centro de Saúde consultório odontológico

EU _____

AUTORIZO A EXODONTIA DO (S) ELEMENTO (S) _____

POR _____ INDICAÇÃO ORTODONTICA

_____ NÃO HAVER POSSIBILIDADE DE TRATAMENTO

_____ OUTRO MOTIVO (_____)

PACIENTE RESPONSÁVEL

BALDIM _____ DE _____ DE 20 _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE BALDIM
CNPJ: 18.116.129/0001-25

ATESTADO ODONTOLÓGICO

(Regulamentado pelas leis nºs. 081 de 24/08/1966 e 6.215 de 30/06/1975)

Atesto para fins de _____, a pedido de _____, portador da carteira de Identidade nº _____, esteve sob tratamento odontológico nesta clínica, no período de _____ às _____ horas do dia _____ / _____ / _____, necessitando o (a) mesma (a) afastar-se de suas atividades normais por _____ (_____) dias.

Início do atestado: _____ / _____ / _____

Fim do atestado: _____ / _____ / _____

Baldim, _____ / _____ / _____

CID: _____

(Carimbo e assinatura do Profissional)

CHECK LIST – VACINAÇÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE
BALDIM
ESTADO DE MINAS GERAIS
18.116.129/0001-25
Uma Nova Cidade Para Todos!

ITEM
29

NOME DO PACIENTE:**LOCAL DE RESIDÊNCIA:****IDADE:****CPF:****DATA DE NASCIMENTO:*****POSSUI CARTÃO DE VACINAÇÃO:** Sim () Não ()

*Caso o paciente relatar possuir cartão, solicitar a apresentação do mesmo.

***TOMOU VACINA NOS ÚLTIMOS 15 DIAS:** Sim () Não ()
() Não soube informar

*Caso o paciente relatar ter se vacinado nos últimos 15 dias, questionar e tentar identificar qual vacina ministrada.

TEVE SINTOMAS GRIPAIS NOS ÚLTIMOS 15 DIAS:Sim () Não ()
() Não soube informar**REALIZOU TESTE COVID NOS ÚLTIMOS 15 DIAS:**Sim () Não ()
() Não soube informar () Está aguardando resultado**TESTOU POSITIVO PARA COVID NOS ÚLTIMOS 30 DIAS:**Sim () Não ()
() Não soube informar**Qual vacina será ministrada?**

1ª Dose: () Sim () Não 2ª Dose: () Sim () Não

Profissional responsável pelo preenchimento:

Data do Preenchimento:

LABORATÓRIO MUNICIPAL DE ANÁLISES CLÍNICAS DE BALDIM
ENDEREÇO RUA RAIMUNDO DOS REIS, 435
BALDIM - MG
CEP: 35706-000
TELEFONE: (31) 3718-1555

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA MENORES DE 18 ANOS

Eu _____,
residente em _____, portador do
documento _____ Nº _____,
declaro para os devidos efeitos legais, que responsabilizo pelo menor de idade
na realização de exames laboratoriais neste estabelecimento de saúde, assim
como me comprometo a retirar o lado do resultado.

Baldim, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do Responsável



Secretaria Municipal de Saúde de Baldim

REQUISIÇÃO / RESULTADO DE EXAMES

ESF AMBULATÓRIO:

CNS:

NOME DO PACIENTE:

IDADE

SEXO

DN

PRIORIDADE

() M () F

01 DADOS CLÍNICOS

02- MATERIAL A EXAMINAR

03 - EXAMES SOLICITADOS

LOCAL/DATA

ASSINATURA / CARIMBO

20 Bicos com 30

ITEM
32



SECRETARIA MUNICIPAL DE BALDIM
PREFEITURA MUNICIPAL DE BALDIM
Rua Raimundo Reis, 435 - Centro

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro que _____

compareceu na Unidade _____

no dia ____ / ____ / ____ no horário de ____ : ____

por motivo de _____

Baldim ____ / ____ / ____

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE PRÉ-NATAL

Nº SIS _____

ITEM
33

Nome: _____ DN _____ / _____ / _____

CNS _____

VACINAS E EXAMES

DT - 1ª dose ____ / ____ / ____ 2ª dose ____ / ____ / ____ 3ª dose ____ / ____ / ____ Ref ____ / ____ / ____ Imune ____
 Hepatite B - 1ª dose ____ / ____ / ____ 2ª dose ____ / ____ / ____ 3ª dose ____ / ____ / ____
 Influenza - ____ / ____ / ____

Exame/Data									
ABO RH									
VDRL									
URINA ROTINA									
UROCULTURA									
GLICOSE									
HB									
HT									
HIV									
HbsAg									
IgM-Toxo									
Rubéola									

1ª Consulta: Data ____ / ____ / ____ Peso: ____ Alt: ____ PA ____

10 Relações

Reunião de Hipertensos e diabéticos

Venha participar de nossa próxima reunião !

DIA: ____ / ____ / ____

Local: _____

Não Percam !!!

ITEM
34



MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA N°:

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

Nº CARTÃO SUS: _____

Nome do Cidadão:*

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

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

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

* Campo Obrigatório

** Todas as questões do bloco devem ser respondidas

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



B-5 Blocos com 100
 55
 50 Blocos

ITEM
37

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD
 RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

01	Controle Digitação
----	--------------------

02	Município	03	Código e nome da localidade	04	Zona
----	-----------	----	-----------------------------	----	------

05	Categ.localid.	06	Tipo	07	Ciclo/ano	08	Data início	09	Data final	10	Concluído?	11	Sem. Epidem.
			1- sede 2- outros		/		/ /		/ /		S-sim N-não		/

12	Atividade											
	1-LI - Levantamento de indice			2- LI+T - Levantamento de indice+Tratamento			3- PE-Ponto Estratégico					
	4-T - Tratamento			5- DF-Delimitação de Foco			6- PVE-Pesquisa Vetoria Especial					

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

13	Total quart. concl	Nº Imóveis trabalhados por tipo							Nº Imóveis			23	Pendência		
		14	15	16	17	18	19	20	21	22	24		25	26	
		Residência	Comércio	TB	PE	Outro	Total	Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspe clonados	Amostras Coletadas	Recusa	Fechados	Recuperados	

TB - terreno baldio

PE- Ponto Estratégico

Nº depósitos inspeccionados por tipo											35	Depósito Eliminado			
27	A1	28	A2	29	B	30	C	31	D1	32			D2	33	E

Depósitos Tratados											
Larvicida (1)			Larvicida (2)								
36	Tipo	37	Qtde.(Gramas)	38	Qt dep.trat	39	Tipo	40	Qtde.(Gramas)	41	Qt dep.trat

Adulticida	
42	43
Tipo	Qtde (Cargas)

44	Total de Agentes na semana
----	----------------------------

45	Total Dias Trabalhados na semana
----	----------------------------------

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº depósitos com espécimes por tipo															
46	A1	47	A2	48	B	49	C	50	D1	51	D2	52	E	53	Total
com Aedes aegypti															
com Aedes albopictus															

A1 - caixa d'água (elevado)

A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (balxo)

B - Pequenos depósitos móveis

C - Depósitos fixos

D1 - Pneus e outros materiais rodantes

D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos

E - Depósitos naturais

Nº de imóveis com espécimes, por tipo									Nº de exemplares										
54	Residência	55	Comércio	56	Terreno Baldio	57	Ponto Estratégico	58	Outros	59	Total	60	Larvas	61	Pupas	62	Exúvia de pupa	63	Adultos
com Aedes aegypti																			
com Aedes albopictus																			
outros																			

64	Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti			
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/

65	Nº e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus			
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/

66	Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti +Aedes albopictus			
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/

67	Visto do Supervisor	68	Data do Visto
----	---------------------	----	---------------

SES / SRS / SETE-LAGOAS				PROGRAMA DE CONTROLE DAS LEISHMANIOSES											
OPERAÇÕES DE CONTROLE DO RESERVATÓRIO CANINO															
PROTOCOLO DE DPP LEISHMANIOSE CANINA															
LOTE KIT	LOTE DO CASETE				LOTE T. MIGRAÇÃO			VOLUME DA AMOSTRA							
MUNICÍPIO					NOME DA LOCALIDADE/CODIGO				CATEGORIA						
ORGÃO EXECUTOR DA COLETA					ORGÃO EXECUTOR DO EXAME			ORGÃO EXECUTOR DA ELIMINAÇÃO							
CONTROLE DE		1-LV 2-LTA 3-LV=LTA		TURMA / AGENTE			DATA DA COLETA								
INQUÉRITO SEROLÓGICO															
COLETA CASAS COM CÃO								RESULTADO TR DPP [®]	Registro das Casas s/ Cão	EXAME LABORAT ORIO	ELIMINA ÇÃO				
QUADR. I	Nº CAÇA	PROPRIETÁRIO NOME / ENDEREÇO			NOME DO CÃO	COD. DA AMOSTRA	CÃO PENDENTE	TESTE	CONTROLE	DESCARTADO	Nº DA CASA	RESULTADO ELISA	DATA DE REG/ EIM OI PEND	ELIMINADO	PENDÊNCIA
TOTAIS		CASAS VISITADAS COM CÃES			TOTAL CÃES POS. TR DPP [®]	CÃES AMOST. COLET.	CÃES PEND. COLET	TOTAL DE DESCAR- TADOS	TOTAL CASAS-VIT SEM CÃES	TOTAL DE EXAMES			CÃES ELIMINADOS		
										POSIT.	NEGAT.	PREJ.			
LOCALIDADE CONCLUÍDA SIM NÃO		DATA			NR - NÃO REAGENTE R - REAGENTE N - NÃO SIM			TÉCNICA DO EXAME							
		CPF			NOME			ASSINATURA							
OPERADOR DE COLETA															
OPERADOR DO EXAME															
OPERADOR ELIMINAÇÃO															

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

Vivo

Nº Imóveis trabalhados por tipo				
Residência	Comércio	TB	PE	Outro
				Total

Nº imóveis				
Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspecionados	Recuperados	

Nº Tubitos / Amostras Coletadas

Pendência	
Recusa	Fechado

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

TB - Terreno baldio

PE - Ponto Estratégico

Eliminado	Depósitos					
	Tratados			Larvicida(2)		
	Larvicida(1)	Qtde. (Gramas)	Qtde. dep. Tria	Tipo	Qtde. (Gramas)	Qtde. dep. Tria

Adultificada	
Tipo	Qtde. (Cargas)

Nº e seq. dos quarteirões trabalhados											
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
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 e seq. dos depósitos com espécimes por tipo						
A1	A2	B	C	D1	D2	E
						Total

Nº de imóveis com espécimes, por tipo					
com aedes aegypti	R	C	TB	PE	O
com aedes albopictus					
outros					

Nº de exemplares			
Larvas	Pupas	Exúvia de pupa	Adultos

A1 - caixa d'água (elevados)
D1 - Pneus e outros materiais rodantes

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

B - Pequenos depósitos móveis
E - Depósitos naturais

C - Depósitos fixos

TB - Terreno baldio PE - ponto estratégico

Data da entrada

Data da conclusão

Laboratório

Laboratorista

Assinatura

Felipe Dom. Lar. Inid. 500: 40 larvas

MS/DENGUE/ENTOMOLOGIA
N° da amostra: _____

Município: _____
Bairro: _____
Estrato: _____
Quart. _____ Casa n° _____
Rua: _____
Depósito: _____
Código do Depósito: _____
N° de Larva: _____ Pupas: _____
Guarda: _____
Data: _____ / _____ / _____
Laboratório: N° de larvas/pupas _____
Ae. aegypti: Larvas _____ pupas _____
Ae. Albopictus: Larvas _____ pupas _____
Outros: Larvas _____ pupas _____

MS/DENGUE/ENTOMOLOGIA
N° da amostra: _____

Município: _____
Bairro: _____
Estrato: _____
Quart. _____ Casa n° _____
Rua: _____
Depósito: _____
Código do Depósito: _____
N° de Larva: _____ Pupas: _____
Guarda: _____
Data: _____ / _____ / _____
Laboratório: N° de larvas/pupas _____
Ae. aegypti: Larvas _____ pupas _____
Ae. Albopictus: Larvas _____ pupas _____
Outros: Larvas _____ pupas _____

MS/DENGUE/ENTOMOLOGIA
N° da amostra: _____

Município: _____
Bairro: _____
Estrato: _____
Quart. _____ Casa n° _____
Rua: _____
Depósito: _____
Código do Depósito: _____
N° de Larva: _____ Pupas: _____
Guarda: _____
Data: _____ / _____ / _____
Laboratório: N° de larvas/pupas _____
Ae. aegypti: Larvas _____ pupas _____
Ae. Albopictus: Larvas _____ pupas _____
Outros: Larvas _____ pupas _____

MS/DENGUE/ENTOMOLOGIA
N° da amostra: _____

Município: _____
Bairro: _____
Estrato: _____
Quart. _____ Casa n° _____
Rua: _____
Depósito: _____
Código do Depósito: _____
N° de Larva: _____ Pupas: _____
Guarda: _____
Data: _____ / _____ / _____
Laboratório: N° de larvas/pupas _____
Ae. aegypti: Larvas _____ pupas _____
Ae. Albopictus: Larvas _____ pupas _____
Outros: Larvas _____ pupas _____

MS/DENGUE/ENTOMOLOGIA
N° da amostra: _____

Município: _____
Bairro: _____
Estrato: _____
Quart. _____ Casa n° _____
Rua: _____
Depósito: _____
Código do Depósito: _____
N° de Larva: _____ Pupas: _____
Guarda: _____
Data: _____ / _____ / _____
Laboratório: N° de larvas/pupas _____
Ae. aegypti: Larvas _____ pupas _____
Ae. Albopictus: Larvas _____ pupas _____
Outros: Larvas _____ pupas _____

MS/DENGUE/ENTOMOLOGIA
N° da amostra: _____

Município: _____
Bairro: _____
Estrato: _____
Quart. _____ Casa n° _____
Rua: _____
Depósito: _____
Código do Depósito: _____
N° de Larva: _____ Pupas: _____
Guarda: _____
Data: _____ / _____ / _____
Laboratório: N° de larvas/pupas _____
Ae. aegypti: Larvas _____ pupas _____
Ae. Albopictus: Larvas _____ pupas _____
Outros: Larvas _____ pupas _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO A SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHO
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL

Roteiro de Supervisão de Campo do Programa de Controle da Dengue

2005

0 - 51

Supervisor:
Agente:
Atividade:
Tipo de Supervisão: Direta () Indireta ()

Relação de endereços visitados

Relação de falhas observadas

	Relação de endereços visitados	Relação de falhas observadas
1-		
2-		
3-		
4-		
5-		
6-		
7-		
8-		
9-		
10-		
11-		
12-		
13-		
14-		
15-		
16-		
17-		
18-		
19-		
20-		

Problemas observados com material de campo

Local, data e assinatura do Supervisor de Campo

5 blocos com
100

PROGRAMA DE CONTROLE DA FEBRE AMARELA E DENGUE

ITINERÁRIO SEMANAL DE TRABALHO - GUARDA E GUARDA CHEFE

COORDENAÇÃO REGIONAL: _____ DISTRITO SANITÁRIO _____

MUNICÍPIO _____ LOCALIDADE _____

NOME DO AGENTE DE SAÚDE _____ ZONA _____

SEMANA Nº _____ MÊS _____ ANO _____ TURMA _____

SEM	DATA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº QUART OU NOME DAS RUAS

SEM	DATA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº QUART OU NOME DAS RUAS

SEM	DATA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº QUART OU NOME DAS RUAS

SEM	DATA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº QUART OU NOME DAS RUAS

SEM	DATA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº QUART OU NOME DAS RUAS



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BALDIM
MINISTÉRIO DA SAÚDE / SUS
DISTRITO SANITÁRIO GRS - SETE LAGOAS
PROGRAMA DE CONTROLE DA FEBRE AMARELA E DENGUE

5.1.1.0000 Com 100

ITEM 45

MUNICÍPIO _____

MÊS _____

ANO _____

Localidade	Nº de Quarteirões		Tipo de Unidade Trabalhadas				Prédios Trat:	Casas positivas			Inseticidas		H D T						
	Exist.	Trab.	Resid.	Com.	T. Bald.	P. Est.		Outros	Total	LI	P/E.	PE	AEG	Albop	Outros	Larv	Adult.	GRS. SL.	Prefeit.

OBSERVAÇÕES:



PREFEITURA MUNICIPAL DE BALDIM
Secretaria Municipal de Saúde



Prontuário Clínico

Nº _____

Nome: _____

Data nasc. : _____ sexo: () Masculino () Feminino

Cartão SUS: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Histórico Familiar:

Anamnese:

“A saúde é o resultado não só dos nossos atos, mas como também de nossos pensamentos.”

ITEM
47

Ultimo numeracao 80 ano

PREFEITURA MUNICIPAL DE BALDIM

RUA VITALINO AUGUSTO, 635 - CENTRO - BALDIM - MG
TEL.: (31) 3718-1255 ESTADO DE MINAS GERAIS

Nº

Nº

ORDEM DE ABASTECIMENTO

Ao Posto: _____

Motorista: _____

Veículo: _____

Placa: _____

Km: _____

ORDEM DE ABASTECIMENTO

Ao Posto: _____

Motorista: _____

Veículo: _____

Placa: _____

Quant.	Discriminação	Valor
	Litros de Gasolina	
	Litros de Diesel	
	Litros de Diesel S10	
	Litros de Álcool	

Km: _____

Data: ____ / ____ / 20 ____

Ass. Frentista

Ass. Motorista

Ass. Depto Transporte



Secretaria Municipal de Saúde de Baldim
Laboratório de Análises Clínicas
Rua Raimundo dos Reis, 435 – Olaria - Baldim-MG
lab.baldim20@gmail.com - (31) 3718-1555

Protocolo:
_____**Comprovante de Coleta**

Paciente: _____

CPF: _____ Idade: _____ Nº de Prontuário: _____

Data da Coleta: _____ Horário da Coleta _____

Responsável pela Coleta: _____

Data do Resultado: _____, a partir das 13:00 horas.

Autorizo: _____, retirar meus resultados neste laboratório.

É imprescindível a apresentação deste protocolo ou documento com foto para entrega dos resultados.

Os resultados serão entregues na data prevista, salvo quando ocorrer: Atraso no fornecimento de Kits e reagentes; recoleta de amostra para confirmação de resultados; outras situações justificáveis.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BALDIM
ESTADO DE MINAS GERAIS
18.116.129/0001-25

ADM. 2021/2024

Uma Nova Cidade Para Todos!

BOLETIM ESCOLAR

Anos Iniciais – Ensino Fundamental

Ano: _____

Escola Municipal: _____

Aluno(a): _____

Série : _____

**ASSINATURA DOS
PAIS OU RESPONSÁVEIS**

1° Bimestre

2° Bimestre

3° Bimestre

4° Bimestre

Bimestre	Lingua Portuguesa	Matemática	Geografia	História	Ciências	Ensino Religioso	Literatura	Arte	Educação Física	Faltas
1°										
2°										
3°										
4°										
Total Geral										
Faltas/horas Anual										
CONCEITOS	1° Bim.	2° Bim.	3° Bim.	4° Bim.						
Assiduidade	() Ótimo () Bom () Regular	() Ótimo () Bom () Regular	() Ótimo () Bom () Regular	() Ótimo () Bom () Regular						
Disciplina	() Ótimo () Bom () Regular	() Ótimo () Bom () Regular	() Ótimo () Bom () Regular	() Ótimo () Bom () Regular						
Cumprimento de deveres	() Ótimo () Bom () Regular	() Ótimo () Bom () Regular	() Ótimo () Bom () Regular	() Ótimo () Bom () Regular						
Situação do Aluno(a): _____										
Assinatura do(a) Professor (a): _____										



CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DA EDUCAÇÃO BÁSICA

Certificamos que....., natural de UF de nacionalidade do sexo nascido(a) em de de filho (a) de e de
 Carteira Identidade nº Órgão Expedidor/Estado
 concluiu em/...../..... o ano do Ensino Fundamental conforme Histórico Escolar e observações.
 Fundamentação Legal : Lei Federal 9394/96 de 23/12/1996 - Resolução CNE/CEB nº 7 de 14/12/2010 .

HISTÓRICO ESCOLAR – ENSINO FUNDAMENTAL

ÁREAS DE CONHECIMENTO	BASE NACIONAL COMUM								PARTE DIVERSIFICADA			Observações: O Ensino Fundamental com duração de nove anos, instituído pelo Decreto Estadual nº 43506/2003, conforme LDBEN nº 9394/1996, regulamentado nas seguintes Resoluções :Resolução SEE nº 430/2003 – Vigência 2004 a 2007 Resolução SEE nº 469/2004 – Vigência 2004 a 2007 Resolução SEE nº 521/2004 – Vigência 2004 a 2012 Resolução SEE nº 1086/2008 – Vigência 2008 a 2012 Resolução SEE nº 2197/2012 – Vigência 2013 a até Atualmente.				
	Língua Portuguesa	Arte	Educação Física	Matemática	Ciências da Natureza	História	Geografia	Ensino Religioso	Literatura							
1º ANO	ANO	Aproveitamento											Observações:			
		Carga Horária Curricular														
		Faltas/Horas														
ESTABELECIMENTO:											MUNICÍPIO/ESTADO:					
DIAS LETIVOS ANUAIS:											MÍNIMO PARA PROMOÇÃO			CARGA HORARIA ANUAL:		
2º ANO	ANO	Aproveitamento											Observações:			
		Carga Horária Curricular														
		Faltas/Horas														
ESTABELECIMENTO:											MUNICÍPIO/ESTADO:					
DIAS LETIVOS ANUAIS:											MÍNIMO PARA PROMOÇÃO			CARGA HORARIA ANUAL:		
3º ANO	ANO	Aproveitamento											Observações:			
		Carga Horária Curricular														
		Faltas/Horas														
ESTABELECIMENTO:											MUNICÍPIO/ESTADO:					
DIAS LETIVOS ANUAIS:											MÍNIMO PARA PROMOÇÃO			CARGA HORARIA ANUAL:		
4º ANO	ANO	Aproveitamento											Observações:			
		Carga Horária Curricular														
		Faltas/Horas														
ESTABELECIMENTO:											MUNICÍPIO/ESTADO:					
DIAS LETIVOS ANUAIS:											MÍNIMO PARA PROMOÇÃO			CARGA HORARIA ANUAL:		
5º ANO	ANO	Aproveitamento											Observações:			
		Carga Horária Curricular														
		Faltas/Horas														
ESTABELECIMENTO:											MUNICÍPIO/ESTADO:					
DIAS LETIVOS ANUAIS: *											MÍNIMO PARA PROMOÇÃO			CARGA HORARIA ANUAL:		

*Dispensa do cumprimento de dias letivos conforme Lei Federal nº 14.040 de 19/08/2020

ASSINATURA DO (A) SECRETÁRIO (A) – Nº REG OU AUT

ASSINATURA DO (A) DIRETOR (A) – Nº REG OU AUT

MUNICÍPIO E DATA DE EXPEDIÇÃO

