





PREFEITURA MUNICIPAL

**BORDA DA MATA**

**CONSULTA MÉDICA**

Especialidade: \_\_\_\_\_

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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_



### ITEM 3 – AGENDAMENTO DE CONSULTA ODONTOLÓGICO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Prefeitura Municipal de Borda da Mata</b> | SETOR ODONTOLÓGICO  |
| <b>ORIENTAÇÕES PARA CONSULTAS ODONTOLÓGICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |                                                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"><li>* O paciente não comparecendo a primeira consulta, sua vaga será CANCELADA.</li><li>* Durante o tratamento, o paciente que não comparecer no dia marcado sem prévio aviso, terá sua ficha cancelada.</li><li>* É obrigatório o paciente ESCOVAR os DENTES antes do atendimento.</li><li>* Os paciente HIPERTENSOS e DIABÉTICOS deverão estar CONTROLADOS para receber o atendimento.</li><li>* Os pacientes que fazem USO DIÁRIO de medicamentos, deverão informar o (s) nome (s) dos mesmos na primeira consulta.</li><li>* Os pacientes devem trazer o CARTÃO DO SUS na primeira consulta.</li></ul> |                                              |                                                                                                        |
| Nome: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                              |                                                                                                        |
| Dia: ____/____/____ Hora: ____:____ UBS: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                              |                                                                                                        |
| Dentista: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |                                                                                                        |

### ITEM 4 – ATESTADO MEDICO

|                                                                                                                                                                                         |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|                                                                                                      | <b>Prefeitura Municipal<br/>Borda da Mata</b> |
| SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE                                                                                                                                                           |                                               |
| <b>ATESTADO MÉDICO</b>                                                                                                                                                                  |                                               |
| Nome: _____                                                                                                                                                                             |                                               |
| Local de Trabalho: _____ Sessão: _____                                                                                                                                                  |                                               |
| <input type="checkbox"/> Deverá faltar ao trabalho hoje:                                                                                                                                |                                               |
| <input type="checkbox"/> Deverá faltar ao trabalho do dia ____ ao dia ____ (inclusive)                                                                                                  |                                               |
| <input type="checkbox"/> Deverá ficar mais de 15 dias afastado; (procurar perícia INSS)                                                                                                 |                                               |
| <input type="checkbox"/> Deverá ficar ausente do trabalho no dia ____ das ____ hs. às ____ hs., para: <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Exames complementares |                                               |
| <input type="checkbox"/> Acompanhamento familiar.                                                                                                                                       |                                               |
| CID: _____ Incapacitante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                     |                                               |
| Borda da Mata, ____ de ____ de ____                                                                                                                                                     |                                               |
| _____<br>Ass., carimbo e CRM do Médico                                                                                                                                                  |                                               |



**ITEM 5 – ATESTADO ODONTOLÓGICO**

|                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                              |                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                      | <b>Prefeitura Municipal de Borda da Mata</b> | <b>SETOR ODONTOLÓGICO</b><br> |
| <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>                                                                                                                                                                                                                                  |                                              |                                                                                                                  |
| <b>ATESTADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                       |                                              |                                                                                                                  |
| Paciente: _____                                                                                                                                                                                                                                                       |                                              |                                                                                                                  |
| Local de trabalho: _____                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |                                                                                                                  |
| Escola: _____ Sala: _____                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Deverá faltar ao trabalho HOJE                                                                                                                                                                                                               |                                              |                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Deverá faltar às aulas HOJE                                                                                                                                                                                                                  |                                              |                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Deverá faltar ao trabalho do dia ____ ao dia ____ ( INCLUSIVE )                                                                                                                                                                              |                                              |                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Deverá ficar mais de 15 dias afastado. PROCURAR PERÍCIA DO INSS                                                                                                                                                                              |                                              |                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Deverá ficar ausente do trabalho ou aulas no dia ____ das ____ : ____ hs às ____ : ____ hs para:<br><input type="checkbox"/> CONSULTA<br><input type="checkbox"/> ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO<br><input type="checkbox"/> EXAMES COMPLEMENTARES |                                              |                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Acompanhamento familiar                                                                                                                                                                                                                      |                                              |                                                                                                                  |
| CID: _____ Incapacitante <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                                                                    |                                              |                                                                                                                  |
| _____, ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |                                                                                                                  |
| Assinatura e Carimbo                                                                                                                                                                                                                                                  |                                              |                                                                                                                  |



|                                                                                    |                                            |                                                                                                                  |                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>SUS</b><br>Sistema<br>Único de<br>Saúde | Ministério<br>da<br>Saúde                                                                                        | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE<br/>PROCEDIMENTO AMBULATORIAL</b> |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)</b>                     |                                            |                                                                                                                  |                                                                            |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE                                   |                                            | 2 - CNES                                                                                                         |                                                                            |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>                                                   |                                            |                                                                                                                  |                                                                            |
| 3 - NOME DO PACIENTE                                                               |                                            | 4 - Nº DO PRECATÓRIO                                                                                             |                                                                            |
| 5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                 |                                            | 6 - DATA DE NASCIMENTO                                                                                           |                                                                            |
| 8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL                                                     |                                            | 7 - SEXO: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.<br>9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE |                                                                            |
| 10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                                                    |                                            | 12 - COD. IBGE MUNICÍPIO 13 - UF 14 - DEP.                                                                       |                                                                            |
| 11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                                       |                                            |                                                                                                                  |                                                                            |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>                                                     |                                            |                                                                                                                  |                                                                            |
| 16 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL                                              |                                            | 18 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL                                                                              |                                                                            |
| 17 - QTD                                                                           |                                            |                                                                                                                  |                                                                            |
| <b>PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)</b>                                               |                                            |                                                                                                                  |                                                                            |
| 19 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO                                             |                                            | 20 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO                                                                             |                                                                            |
| 21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO                                             |                                            | 22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO                                                                             |                                                                            |
| 23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO                                             |                                            | 24 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO                                                                             |                                                                            |
| 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO                                             |                                            | 26 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO                                                                             |                                                                            |
| 27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO                                             |                                            | 28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO                                                                             |                                                                            |
| 29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO                                             |                                            | 30 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO                                                                             |                                                                            |
| 31 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO                                             |                                            | 32 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO                                                                             |                                                                            |
| <b>JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)</b>                           |                                            |                                                                                                                  |                                                                            |
| 33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO                                                      |                                            | 34 - CID10 PRINCIPAL 35 - CID10 SECUNDÁRIO 36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS                                          |                                                                            |
| 37 - OBSERVAÇÕES                                                                   |                                            |                                                                                                                  |                                                                            |
| <b>SOLICITAÇÃO</b>                                                                 |                                            |                                                                                                                  |                                                                            |
| 38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                                              |                                            | 39 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                         |                                                                            |
| 40 - DOCUMENTO ( ) CNES ( ) CPF                                                    |                                            | 42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)                                                              |                                                                            |
| 41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                            |                                            |                                                                                                                  |                                                                            |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                 |                                            |                                                                                                                  |                                                                            |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                              |                                            | 44 - COD. ORGÃO EMISSOR                                                                                          |                                                                            |
| 45 - DOCUMENTO ( ) CNES ( ) CPF                                                    |                                            | 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                          |                                                                            |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                           |                                            | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                           |                                                                            |
|                                                                                    |                                            | 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)                                                                                    |                                                                            |
|                                                                                    |                                            | 50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC                                                                                 |                                                                            |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)</b>                      |                                            |                                                                                                                  |                                                                            |
| 51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE                          |                                            | 52 - CNES                                                                                                        |                                                                            |





## A VISO DE VISITA



Olá! Estive em sua casa e como não te encontrei,  
estou deixando este recado.

Espero que você e sua família estejam bem!

ACS: \_\_\_\_\_

UBS: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

Se precisar alguma orientação de saúde, procure a  
UBS das 7:00h às 16:00h ou entre em contato pelo  
telefone: \_\_\_\_\_.

[illegible]

Responsible for identification of larvae/pupae

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
SUPERINTENDENCIA REGIONAL DE SAÚDE DE POUSO ALEGRE

MUNICIPIO:

## BOLETIM DE IDENTIFICAÇÃO LARVÁRIA

[illegible]

**Responsável:**

**Data:**



Programa Nacional de Controle de Arboviroses  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE



## Boletim de Reconhecimento

[illegible]

| FECHAMENTO           |    |  |                         |     |
|----------------------|----|--|-------------------------|-----|
| Residenciais         | R  |  | Ponto(s) Estratégico(s) | PE  |
| Comercio(s)          | C  |  | Outros                  | Out |
| Terreno(s) Baldin(s) | TR |  | Total Geral             |     |

|              |  |
|--------------|--|
| NOME DO ACE: |  |
| ASSINATURA:  |  |

|      |     |
|------|-----|
| DATA | / / |
|------|-----|



## ITEM 12 – CADERNETA DE GESTANTE

Modelo mais recente disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

## ITEM 13 – CARBONADA EM 03 VIAS VIGILÂNCIA SANITÁRIA

| PREFEITURA MUNICIPAL<br><b>BORDA DA MATA</b>                                                                                                        |                   | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE<br>SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA<br><b>AUTO / TERMO</b> |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|                                                                                                                                                     |                   | 01 - Nº                                                                                 |                    |
| ESTABELECIMENTO                                                                                                                                     | 02 - NOME         |                                                                                         |                    |
|                                                                                                                                                     | 03 - RAZÃO SOCIAL |                                                                                         | 04 - CNPJ          |
|                                                                                                                                                     | 05 - INSC. EST.   |                                                                                         | 06 - ATIVIDADE     |
|                                                                                                                                                     | 07 - EBDEREÇO     |                                                                                         |                    |
|                                                                                                                                                     | 08 - TELEFONE     |                                                                                         |                    |
| PROPRIETÁRIO<br>RESPONS. TÉCNICO                                                                                                                    | 09 - CEP          |                                                                                         | 10 - MUNICÍPIO     |
|                                                                                                                                                     | 11 - UF           |                                                                                         |                    |
|                                                                                                                                                     | 12 - NOME         |                                                                                         | 13 - NACIONALIDADE |
|                                                                                                                                                     | 14 - NATURALIDADE |                                                                                         | 15 - ESTADO CIVIL  |
|                                                                                                                                                     | 16 - IDENTIDADE   |                                                                                         | 17 - PROFISSÃO     |
| RESPONS.<br>TÉCNICO                                                                                                                                 | 18 - CPF          |                                                                                         |                    |
|                                                                                                                                                     | 19 - ENDEREÇO     |                                                                                         |                    |
|                                                                                                                                                     | 20 - FONE         |                                                                                         | 21 - CEP           |
|                                                                                                                                                     | 22 - MUNICÍPIO    |                                                                                         | 23 - UF            |
|                                                                                                                                                     | 24 - NOME         |                                                                                         |                    |
| 25 - INSCRIÇÃO                                                                                                                                      |                   |                                                                                         |                    |
| 26 - ENDEREÇO                                                                                                                                       |                   |                                                                                         |                    |
| 27 - TELEFONE                                                                                                                                       |                   |                                                                                         |                    |
| 28 - CEP                                                                                                                                            |                   |                                                                                         |                    |
| 29 - MUNICÍPIO                                                                                                                                      |                   |                                                                                         |                    |
| 30 - UF                                                                                                                                             |                   |                                                                                         |                    |
| 31 - COM BASE (INCISO - ARTIGO - LEI - PORTARIA - RESOLUÇÃO)                                                                                        |                   |                                                                                         |                    |
| 32 <input type="checkbox"/> AUTO DE: _____                                                                                                          |                   |                                                                                         |                    |
| 33 <input type="checkbox"/> TERMO DE: _____                                                                                                         |                   |                                                                                         |                    |
| <input type="checkbox"/> PELO FATO DE: _____                                                                                                        |                   |                                                                                         |                    |
| <input type="checkbox"/> ATRAVÉS DA QUAL: _____                                                                                                     |                   |                                                                                         |                    |
| 34                                                                                                                                                  |                   |                                                                                         |                    |
| 35                                                                                                                                                  |                   |                                                                                         |                    |
| O INFRATOR ESTÁ SUJEITO À PENA DE: _____                                                                                                            |                   |                                                                                         |                    |
| E RESPONSABILIZADO PELO FATO EM PROCESSO ADMINISTRATIVO, TENDO 15 (QUINZE) DIAS PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO, APÓS O RECEBIMENTO DE SUA NOTIFICAÇÃO |                   |                                                                                         |                    |
| 36                                                                                                                                                  |                   |                                                                                         |                    |
| NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / RG / FUNÇÃO / ASSINATURA                                                                                             |                   |                                                                                         |                    |
| NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / RG / FUNÇÃO / ASSINATURA                                                                                             |                   |                                                                                         |                    |
| NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA / RG / FUNÇÃO / ASSINATURA                                                                                             |                   |                                                                                         |                    |
| LOCAL E DATA                                                                                                                                        |                   |                                                                                         |                    |
| HORA                                                                                                                                                |                   |                                                                                         |                    |
| ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL                                                                                                           |                   |                                                                                         |                    |
| 37 - POR MOTIVO DE RECUSA / AUSÊNCIA, ASSINAM AS TESTEMUNHAS:                                                                                       |                   |                                                                                         |                    |
| 1ª TESTEMUNHA / RG / ENDEREÇO                                                                                                                       |                   |                                                                                         |                    |
| 2ª TESTEMUNHA / RG / ENDEREÇO                                                                                                                       |                   |                                                                                         |                    |



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**BORDA DA MATA**

ADMINISTRAÇÃO 2025/2028

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Lauro Megale, nº 600 – Santo Antônio, Borda da Mata

CEP 37564-000 / (35) 3445-4951

www.bordadamata.mg.gov.br

## ITEM 14 – CARTÃO CONTROLE DE PRESSÃO

 **CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL E GLICEMIA**

**Saúde da Família**

| Data | Horário | P.A | Glicemia |
|------|---------|-----|----------|
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
BORDA DA MATA - MG

**CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL E GLICEMIA**



**Saúde da Família**

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

D.N: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

UBS: \_\_\_\_\_

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
BORDA DA MATA - MG

 **CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL E GLICEMIA**

**Saúde da Família**

| Data | Horário | P.A | Glicemia |
|------|---------|-----|----------|
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
BORDA DA MATA - MG

 **CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL E GLICEMIA**

**Saúde da Família**

| Data | Horário | P.A | Glicemia |
|------|---------|-----|----------|
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |
| / /  | :       |     |          |

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
BORDA DA MATA - MG





## ITEM 16 – CARTÃO DE VACINA ADULTO

| Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais<br>Superintendência de Epidemiologia<br>Coordenação de Imunização |                                                           |                                                           |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO</b>                                                                            |                                                           |                                                           |                                                           |
| NOME: _____                                                                                                     |                                                           |                                                           |                                                           |
| DN: _____                                                                                                       | TIPO SANGÜÍNEO: _____                                     |                                                           |                                                           |
| END: _____                                                                                                      |                                                           |                                                           |                                                           |
| MUNICÍPIO: _____                                                                                                |                                                           |                                                           |                                                           |
| UF: _____                                                                                                       | TELEFONE: _____                                           | GR5: _____                                                |                                                           |
| <b>DUPLA ADULTO (CONTRA TÉTANO E DIFTERIA)</b>                                                                  |                                                           |                                                           |                                                           |
| <b>1ª Dose</b>                                                                                                  | <b>2ª Dose</b>                                            | <b>3ª Dose</b>                                            | <b>Reforço</b>                                            |
| _____<br>Lote: _____<br>Val: ____/____/____<br>Ass: _____                                                       | _____<br>Lote: _____<br>Val: ____/____/____<br>Ass: _____ | _____<br>Lote: _____<br>Val: ____/____/____<br>Ass: _____ | _____<br>Lote: _____<br>Val: ____/____/____<br>Ass: _____ |
| <b>OUTRAS VACINAS</b>                                                                                           |                                                           |                                                           |                                                           |
| <b>1ª Dose</b>                                                                                                  | <b>2ª Dose</b>                                            |                                                           |                                                           |
| _____<br>Lote: _____<br>Val: ____/____/____<br>Ass: _____                                                       | _____<br>Lote: _____<br>Val: ____/____/____<br>Ass: _____ |                                                           |                                                           |
| <b>OUTRAS VACINAS</b>                                                                                           |                                                           |                                                           |                                                           |
| <b>1ª Dose</b>                                                                                                  | <b>2ª Dose</b>                                            |                                                           |                                                           |
| _____<br>Lote: _____<br>Val: ____/____/____<br>Ass: _____                                                       | _____<br>Lote: _____<br>Val: ____/____/____<br>Ass: _____ |                                                           |                                                           |
| <b>INFLUENZA (CONTRA GRIPE)</b>                                                                                 |                                                           |                                                           |                                                           |
| _____<br>Lote: _____<br>Val: ____/____/____<br>Ass: _____                                                       | _____<br>Lote: _____<br>Val: ____/____/____<br>Ass: _____ | _____<br>Lote: _____<br>Val: ____/____/____<br>Ass: _____ |                                                           |
| _____<br>Lote: _____<br>Val: ____/____/____<br>Ass: _____                                                       | _____<br>Lote: _____<br>Val: ____/____/____<br>Ass: _____ | _____<br>Lote: _____<br>Val: ____/____/____<br>Ass: _____ |                                                           |
| <b>HEPATITE B</b>                                                                                               |                                                           |                                                           |                                                           |
| _____<br>Lote: _____<br>Val: ____/____/____<br>Ass: _____                                                       | _____<br>Lote: _____<br>Val: ____/____/____<br>Ass: _____ | _____<br>Lote: _____<br>Val: ____/____/____<br>Ass: _____ |                                                           |
| _____<br>Lote: _____<br>Val: ____/____/____<br>Ass: _____                                                       | _____<br>Lote: _____<br>Val: ____/____/____<br>Ass: _____ | _____<br>Lote: _____<br>Val: ____/____/____<br>Ass: _____ |                                                           |
| <b>FEBRE AMARELA</b>                                                                                            |                                                           |                                                           |                                                           |
| <b>Dose Inicial</b>                                                                                             |                                                           | <b>Revacinação</b>                                        |                                                           |
| _____<br>Lote: _____<br>Val: ____/____/____<br>Ass: _____                                                       |                                                           | _____<br>Lote: _____<br>Val: ____/____/____<br>Ass: _____ |                                                           |
| <b>TRÍPLICE VIRAL (SARAMPO + RUBÉOLA + CAXUMBA)</b>                                                             |                                                           |                                                           |                                                           |
| <b>1ª Dose</b>                                                                                                  |                                                           | <b>2ª Dose</b>                                            |                                                           |
| _____<br>Lote: _____<br>Val: ____/____/____<br>Ass: _____                                                       |                                                           | _____<br>Lote: _____<br>Val: ____/____/____<br>Ass: _____ |                                                           |
| _____<br>Lote: _____<br>Val: ____/____/____<br>Ass: _____                                                       |                                                           | _____<br>Lote: _____<br>Val: ____/____/____<br>Ass: _____ |                                                           |

## ITEM 17 – CARTAZ A2

Personalizado de acordo com a demanda de cada campanha.



PREFEITURA MUNICIPAL  
**BORDA DA MATA**

Praça Antônio Megale, nº 86 - Centro, Borda da Mata  
CEP: 37564-000 | (35) 3445.4900  
[www.bordadamata.mg.gov.br](http://www.bordadamata.mg.gov.br)

Senhor Proprietário:

Durante o trabalho de combate à Dengue e outras Arboviroses, os Agentes de Endemias do município encontraram seu imóvel fechado.

Entre em contato com nossa equipe para disponibilizar o melhor dia e horário para que o tratamento específico seja realizado. Desde já, agradecemos e contamos com sua colaboração.

## O QUE É ARBOVIROSES?

Doenças causadas por vírus, transmitidos pela picada do *Aedes aegypti*. Não pega por contato direto com pessoa ou secreções.

**SINTOMAS PRINCIPAIS:**

Febre alta, dor de cabeça, dor nas articulações, dor atrás dos olhos, náuseas.

O Agente de Combate a Endemias \_\_\_\_\_ esteve neste local no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
às \_\_\_\_/\_\_\_\_. Entre em contato através do WhatsApp: (35) 99837-7131 (somente mensagem).

## PCT MUNICIPAL

CONSOLIDADO MENSAL DA PLANILHA DO SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIO (SR) NO MUNICÍPIO  
REF. PROGRAMA DE MONITORAMENTO DAS AÇÕES DA VIGILANCIA EM SAÚDE - SES/MG

**NÃO ESQUECER DE IDENTIFICAR DE ONDE É ESTA PLANILHA**

Todo SR identificado deve ser **EXAMINADO**. Na presença de escarro, solicitar amostra (s) para baciloscopia (BAAR) ou Teste Rápido Molecular (TRM-TB). Na ausência do escarro, avaliar através dos parâmetros clínicos, associados com outro exame complementar (RX, por exemplo).

MUNICÍPIO: Borda da Mata UNIDADE: \_\_\_\_\_ MÊS/ANO: \_\_\_\_\_

| UNIDADE DE SAÚDE | POPULAÇÃO ESTIMADA(TCU/2016) | SR<br>ESTIMADOS:<br>0,5 da POPULAÇÃO ESTIMADA | Nº DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS |                   |
|------------------|------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|-------------------|
|                  |                              |                                               | EXAMINADOS                       | DIAGNÓSTICOS - TB |
|                  |                              |                                               |                                  |                   |
|                  |                              |                                               |                                  |                   |
|                  |                              |                                               |                                  |                   |
|                  |                              |                                               |                                  |                   |
|                  |                              |                                               |                                  |                   |
|                  |                              |                                               |                                  |                   |
|                  |                              |                                               |                                  |                   |
|                  |                              |                                               |                                  |                   |
|                  |                              |                                               |                                  |                   |
|                  |                              |                                               |                                  |                   |
|                  |                              |                                               |                                  |                   |
|                  |                              |                                               |                                  |                   |
| TOTAL            |                              |                                               |                                  |                   |

**Encaminhar por e-mail planilha com todos os campos devidamente preenchidos, até 5º dia do mês subsequente**

0,5\* da população = meta anual e é acumulativa





PREFEITURA MUNICIPAL

**BORDA DA MATA**

Estratégia Saúde da Família

CONSULTA \_\_\_\_\_

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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

[illegible]

[illegible]



## ITEM 23 – CONTROLE DE OXIGÊNIO

PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL

MÊS: \_\_\_\_\_

ANO: \_\_\_\_\_

Almoxarifado de Oxigênio

**PLANILHA DE CHECAGEM DE OXIGENIO**

| DATA | HORA | Nº DE TORPEDOS VAZIOS | Nº DE TORPEDOS LACRADOS | Nº DE TORPEDOS NOS QUARTOS | TORPEDOS EM USO NA REDE / VOLUME | TORPEDOS RESERVAS LIGADOS A REDE / VOLUME | REALIZADO TROCA DE TORPEDO DA REDE DURANTE O PLANTÃO | NÚMERO DE TORPEDOS LIBERADOS OU ENTREGUES PARA PCTES DE USO DOMICILIAR DURANTE O PLANTÃO | ASSINATURA |
|------|------|-----------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|      |      |                       |                         |                            | ( )                              | ( )                                       | ( ) SIM Hora: ____/____/____<br>( ) NÃO              |                                                                                          |            |
|      |      |                       |                         |                            | ( )                              | ( )                                       | ( ) SIM Hora: ____/____/____<br>( ) NÃO              |                                                                                          |            |
|      |      |                       |                         |                            | ( )                              | ( )                                       | ( ) SIM Hora: ____/____/____<br>( ) NÃO              |                                                                                          |            |
|      |      |                       |                         |                            | ( )                              | ( )                                       | ( ) SIM Hora: ____/____/____<br>( ) NÃO              |                                                                                          |            |
|      |      |                       |                         |                            | ( )                              | ( )                                       | ( ) SIM Hora: ____/____/____<br>( ) NÃO              |                                                                                          |            |
|      |      |                       |                         |                            | ( )                              | ( )                                       | ( ) SIM Hora: ____/____/____<br>( ) NÃO              |                                                                                          |            |
|      |      |                       |                         |                            | ( )                              | ( )                                       | ( ) SIM Hora: ____/____/____<br>( ) NÃO              |                                                                                          |            |
|      |      |                       |                         |                            | ( )                              | ( )                                       | ( ) SIM Hora: ____/____/____<br>( ) NÃO              |                                                                                          |            |

Entrega de torpedos : DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Qtidade de torpedos vazios: \_\_\_\_\_

Qtidade de torpedos cheios deixados: \_\_\_\_\_

ASS: \_\_\_\_\_

Entrega de torpedos : DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Qtidade de torpedos vazios: \_\_\_\_\_

Qtidade de torpedos cheios deixados: \_\_\_\_\_

ASS: \_\_\_\_\_

## ITEM 24 – CONTROLE DE PRESCRIÇÃO MÉDICA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL

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

Prontuário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

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

Leito: \_\_\_\_\_

| Nº | PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOS | ENFERMAGEM |
|----|-------------------------|------------|
| 01 |                         |            |
| 02 |                         |            |
| 03 |                         |            |
| 04 |                         |            |
| 05 |                         |            |
| 06 |                         |            |
| 07 |                         |            |
| 08 |                         |            |
| 09 |                         |            |
| 10 |                         |            |
| 11 |                         |            |
| 12 |                         |            |
| 13 |                         |            |
| 14 |                         |            |
| 15 |                         |            |
| 16 |                         |            |
| 17 |                         |            |
| 18 |                         |            |
| 19 |                         |            |
| 20 |                         |            |



## ITEM 25 – CONTROLE DE PSICOTRÓPICOS 1



### PREFEITURA MUNICIPAL DE BORDA DA MATA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

#### Controle de Psicotrópicos

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

Hora: \_\_\_\_\_

Recebido por: \_\_\_\_\_

| MEDICAMENTOS          | INÍCIO DO PLANTÃO | ENTRADA NO ESTOQUE | BAIXA NO ESTOQUE (USO) | FINAL DO PLANTÃO |
|-----------------------|-------------------|--------------------|------------------------|------------------|
| Amplictil Inj.        |                   |                    |                        |                  |
| Diazepan Inj.         |                   |                    |                        |                  |
| Diazepan Comp.        |                   |                    |                        |                  |
| Dolantina Inj.        |                   |                    |                        |                  |
| Flumazenil Inj.       |                   |                    |                        |                  |
| Gardenal Inj.         |                   |                    |                        |                  |
| Hidantal Inj.         |                   |                    |                        |                  |
| Haldol Inj.           |                   |                    |                        |                  |
| Haldol Decanoato inj. |                   |                    |                        |                  |
| Morfina               |                   |                    |                        |                  |
| Tramal Inj.           |                   |                    |                        |                  |
| Colírio Anestésico    |                   |                    |                        |                  |
|                       |                   |                    |                        |                  |
| Adrenalina            |                   |                    |                        |                  |

Passado por: \_\_\_\_\_

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

Hora: \_\_\_\_\_

Recebido por: \_\_\_\_\_

| MEDICAMENTOS          | INÍCIO DO PLANTÃO | ENTRADA NO ESTOQUE | BAIXA NO ESTOQUE (USO) | FINAL DO PLANTÃO |
|-----------------------|-------------------|--------------------|------------------------|------------------|
| Amplictil Inj.        |                   |                    |                        |                  |
| Diazepan Inj.         |                   |                    |                        |                  |
| Diazepan Comp.        |                   |                    |                        |                  |
| Dolantina Inj.        |                   |                    |                        |                  |
| Flumazenil Inj.       |                   |                    |                        |                  |
| Gardenal Inj.         |                   |                    |                        |                  |
| Hidantal Inj.         |                   |                    |                        |                  |
| Haldol Inj.           |                   |                    |                        |                  |
| Haldol Decanoato inj. |                   |                    |                        |                  |
| Morfina               |                   |                    |                        |                  |
| Tramal Inj.           |                   |                    |                        |                  |
| Colírio Anestésico    |                   |                    |                        |                  |
|                       |                   |                    |                        |                  |
| Adrenalina            |                   |                    |                        |                  |

Passado por: \_\_\_\_\_



Av. Lauro Megale, nº 600 – Santo Antônio, Borda da Mata  
CEP 37564-000 / (35) 3445-4951  
[www.bordadamata.mg.gov.br](http://www.bordadamata.mg.gov.br)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BORDA DA MATA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

[illegible]



**ITEM 27 – DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO**



**Prefeitura Municipal  
Borda da Mata**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO**

Pronto atendimento Municipal  
CNPJ: 11.303.623/0001-50

Declaro para os devidos fins, que \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ compareceu no pronto

Atendimento Municipal no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

das \_\_\_\_ horas, até às \_\_\_\_ horas. Para acompanhar

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura, carimbo e coren.



## ITEM 28 – DECLARAÇÃO DE SAÍDA SEM ORDEM MÉDICA



### PREFEITURA MUNICIPAL DE BORDA DA MATA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

#### DECLARAÇÃO DE SAÍDA SEM ORDEM MÉDICA

Declaro para os devidos fins que eu \_\_\_\_\_,  
portador do documento \_\_\_\_ nº\_\_\_\_\_, me responsabilizo pela  
saída do paciente \_\_\_\_\_, portador do documento  
\_\_\_\_ nº\_\_\_\_\_, o qual ciente da necessidade de continuidade no  
tratamento por meio de administração de medicamentos, e/ou  
observação, e/ou internação, e/ou cadastro em SUS FÁCIL para  
transferência, se nega a permanecer neste estabelecimento – Pronto  
Socorro Municipal, para os devidos procedimentos necessários ao qual o  
médico(a) do plantão \_\_\_\_\_ se refere.

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

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

Borda da Mata – MG \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_



### ITEM 29 – ENVELOPE GRANDE TIMBRADO

Personalizado conforme demanda da Secretaria responsável.

### ITEM 30 – ENVELOPE OFÍCIO TIMBRADO

Personalizado conforme demanda da Secretaria responsável.

### ITEM 31 – ETIQUETA ADESIVA ÁLCOOL 70%

|                         |                |
|-------------------------|----------------|
| <b>ÁLCOOL 70%</b>       |                |
| Limpeza e troca / Data: | ____/____/____ |
| Validade:               | _____          |
| Responsável:            | _____          |

### ITEM 32 – ETIQUETA ADESIVA ÁLCOOL EM GEL PLASTIFICADA

|                         |                |
|-------------------------|----------------|
| <b>ALCOOL GEL 70%</b>   |                |
| Limpeza e troca / Data: | ____/____/____ |
| Validade:               | _____          |
| Responsável:            | _____          |

### ITEM 33 – ETIQUETA ADESIVA DE IDENTIFICAÇÃO PLASTIFICADA

|                                                        |                |
|--------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Pronto Atendimento Municipal - Borda da Mata/MG</b> |                |
| Nome do paciente:                                      | _____<br>_____ |
| Dat. Nascimento:                                       | ____/____/____ |
| Idade:                                                 | _____          |
| Nome da mãe:                                           | _____          |



### ITEM 34 – ETIQUETA ADESIVA ESTERILIZAÇÃO PLASTIFICADA

|                              |         |
|------------------------------|---------|
| Descrição do Material:       |         |
| _____                        |         |
| Data de esterilização: _____ |         |
| Validade: _____              |         |
| Autoclave: _____             |         |
| _____                        | _____   |
| Assinatura                   | Carimbo |

### ITEM 35, 36 e 37 – ETIQUETA ADESIVA FARMACIA MUNICIPAL

|                                                                                                                                             |                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <br>PREFEITURA MUNICIPAL DE<br><b>BORDA DA MATA - MG</b> | <b>FARMÁCIA<br/>MUNICIPAL</b> |
| SECRETARIA DE SAÚDE                                                                                                                         |                               |

### ITEM 38 – ETIQUETA ADESIVA LIXO COMUM PLASTIFICADA





**ITEM 39 – ETIQUETA ADESIVA LIXO INFECTANTE PLASTIFICADA**



**ITEM 40 – ETIQUETA ADESIVA PRODUTO PLASTIFICADA**

Limpeza e troca / Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Validade: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

**ITEM 41 – ETIQUETA ADESIVA SABONETE PLASTIFICADA**

**SABONETE LÍQUIDO**

**Antisséptico**

Limpeza e troca / Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Validade: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Validade

### ITEM 43 – EVOLUÇÃO MÉDICA

[illegible]

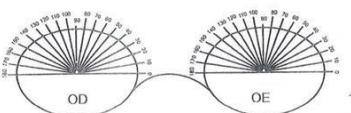


## ITEM 44 – EXAME DE VISTA

 **Prefeitura Municipal  
Borda da Mata**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
**EXAME DE VISTA**

Para o Sr. (a) \_\_\_\_\_

**PRESCRIÇÃO DAS LENTES**  
*Direção do Eixo*

  
OD OE

|            |    | Esférico | Cilíndrico | Eixo | Prisma | Base | DP |
|------------|----|----------|------------|------|--------|------|----|
| Para Longo | OD |          |            |      |        |      | MM |
|            | OE |          |            |      |        |      |    |
| Para Perto | OD |          |            |      |        |      | MM |
|            | OE |          |            |      |        |      |    |

Data \_\_\_\_\_ Retornar em \_\_\_\_\_  
Obs \_\_\_\_\_

## ITEM 45 – EXAME PREVENTIVO

 **PREFEITURA MUNICIPAL  
BORDA DA MATA**  
Estratégia Saúde da Família  
**EXAME PREVENTIVO**

RECOMENDA-SE: ➤ Não ter relações sexuais três dias antes do exame;  
➤ Não estar menstruada;  
➤ Não usar ducha;  
➤ Não usar medicamentos vaginais, gel, creme entre outros.

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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_



**ITEM 46 – FICHA ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

| Ministério da Saúde  SUS Sistema Único de Saúde |                        | <b>BPA-I</b> Boletim de Produção Ambulatorial<br>Dados Individualizados |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b>                                                                                 |                        |                                                                         |                        |
| NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE                                                                                                 |                        | CNS                                                                     |                        |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL</b>                                                                                             |                        |                                                                         |                        |
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                                                                   |                        | NOME DO PROFISSIONAL                                                    |                        |
| CBO                                                                                                                              | MES/ANO                | EQUIPE                                                                  | FOLHA                  |
| <b>SEQUÊNCIA 1</b>                                                                                                               |                        |                                                                         |                        |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>                                                                                                 |                        |                                                                         |                        |
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                                                                   |                        | NOME DO PACIENTE                                                        |                        |
| SEXO<br>Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>                                                             | DATA DE NASCIMENTO     | NACIONALIDADE                                                           | RAÇA/COR               |
| ETNIA                                                                                                                            | CEP                    | CÓD. IBGE MUNICÍPIO                                                     |                        |
| COD LOGRADOURO                                                                                                                   | ENDEREÇO               | NÚMERO                                                                  | COMPLEMENTO            |
| BAIRRO                                                                                                                           | DDD                    | TELEFONE DE CONTATO<br>Nº DO TELEFONE                                   | E-MAIL                 |
| <b>PROCEDIMENTO REALIZADO</b>                                                                                                    |                        |                                                                         |                        |
| DATA DO ATENDIMENTO                                                                                                              | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | QTDE.                                                                   | CNPJ                   |
| SERVIÇO                                                                                                                          | CLASS                  | CID                                                                     | CARATER DE ATENDIMENTO |
| Nº DA AUTORIZAÇÃO                                                                                                                |                        |                                                                         |                        |
| <b>SEQUÊNCIA 2</b>                                                                                                               |                        |                                                                         |                        |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>                                                                                                 |                        |                                                                         |                        |
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                                                                   |                        | NOME DO PACIENTE                                                        |                        |
| SEXO<br>Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>                                                             | DATA DE NASCIMENTO     | NACIONALIDADE                                                           | RAÇA/COR               |
| ETNIA                                                                                                                            | CEP                    | CÓD. IBGE MUNICÍPIO                                                     |                        |
| COD LOGRADOURO                                                                                                                   | ENDEREÇO               | NÚMERO                                                                  | COMPLEMENTO            |
| BAIRRO                                                                                                                           | DDD                    | TELEFONE DE CONTATO<br>Nº DO TELEFONE                                   | E-MAIL                 |
| <b>PROCEDIMENTO REALIZADO</b>                                                                                                    |                        |                                                                         |                        |
| DATA DO ATENDIMENTO                                                                                                              | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | QTDE.                                                                   | CNPJ                   |
| SERVIÇO                                                                                                                          | CLASS                  | CID                                                                     | CARATER DE ATENDIMENTO |
| Nº DA AUTORIZAÇÃO                                                                                                                |                        |                                                                         |                        |
| <b>SEQUÊNCIA 3</b>                                                                                                               |                        |                                                                         |                        |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>                                                                                                 |                        |                                                                         |                        |
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                                                                   |                        | NOME DO PACIENTE                                                        |                        |
| SEXO<br>Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>                                                             | DATA DE NASCIMENTO     | NACIONALIDADE                                                           | RAÇA/COR               |
| ETNIA                                                                                                                            | CEP                    | CÓD. IBGE MUNICÍPIO                                                     |                        |
| COD LOGRADOURO                                                                                                                   | ENDEREÇO               | NÚMERO                                                                  | COMPLEMENTO            |
| BAIRRO                                                                                                                           | DDD                    | TELEFONE DE CONTATO<br>Nº DO TELEFONE                                   | E-MAIL                 |
| <b>PROCEDIMENTO REALIZADO</b>                                                                                                    |                        |                                                                         |                        |
| DATA DO ATENDIMENTO                                                                                                              | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | QTDE.                                                                   | CNPJ                   |
| SERVIÇO                                                                                                                          | CLASS                  | CID                                                                     | CARATER DE ATENDIMENTO |
| Nº DA AUTORIZAÇÃO                                                                                                                |                        |                                                                         |                        |
| RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE                                                                                        |                        | GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL                                              |                        |
| CARIMBO                                                                                                                          | RUBRICA                | CARIMBO                                                                 | RUBRICA                |
| DATA / /                                                                                                                         |                        | DATA / /                                                                |                        |



**Saúde da Família**

|                     |      |           |            |
|---------------------|------|-----------|------------|
| Nome:               |      | CPF:      |            |
| Data de Nascimento: |      | Telefone: |            |
| Endereço:           |      |           |            |
| ACS:                |      | Área:     | Microárea: |
| Idade:              | DUM: | DPP:      | ALTURA:    |

[illegible]

**ITEM 48 - FICHA DE CAMPO PARA INVESTIGAÇÃO ENTOMOLÓGICA DE ARBOVIROSES.**

[illegible]



**Saúde da Família**

|                     |                |                   |            |
|---------------------|----------------|-------------------|------------|
| Nome:               |                |                   | CPF:       |
| Data de Nascimento: | Peso ao nascer | Altura ao nascer: | IG:        |
| Endereço:           |                |                   |            |
| ACS:                |                | Área:             | Microárea: |

### ITEM 50 – FICHA CONTROLE DE HIPERTENSO E DIABETICO



|                     |         |            |
|---------------------|---------|------------|
| Nome:               |         | CPF:       |
| Endereço:           |         |            |
| Data de Nascimento: | Altura: | Cintura:   |
| ACS:                | Área:   | Microárea: |

[illegible]



**ITEM 51 – FICHA DE ENCAMINHAMENTO**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BORDA DA MATA - MG**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**GUIA DE ENCAMINHAMENTO**

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

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

UNIDADE: \_\_\_\_\_

**ESPECIALIDADE**

**HISTÓRIA CLÍNICA**

**EXAME FÍSICO**

**EXAMES COMPLEMENTARES**

**MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO**

**PRIORIDADE**

☐ ELETIVO

☐ MÉDIA

☐ ALTA

☐ MUITO ALTA

INSERIDO EM: \_\_\_\_\_

Nº DE SOLICITAÇÃO: \_\_\_\_\_

PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE BORDA DA MATA

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDENCIA REGIONAL DE SAÚDE DE POUSO ALEGRE

[illegible]

Obs.: As falhas encontradas estão relatadas no verso do modelo.

Utilizar a numeração correspondente para descrição das falhas no formulário de supervisão de campo

- |                                                                                   |                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 1 - O ACE não dispõe de uniforme (Calçado de segurança, Calça, Camisa, Colete);   | 2 - O ACE não dispõe de crachá com as devidas anotações funcionais;            |
| 3 - Ausência de informações e explicações ao morador sobre a atividade realizada; | 4 - Servidor não solicitou o acompanhamento do responsável pelo imóvel;        |
| 5 - Material de trabalho incluindo EPI incompletos (relacionar a pendência);      | 6 - Marcação de quarteirões em desacordo com o padrão do Ministério da Saúde;  |
| 7 - Sequência de trabalho nos quarteirões em desacordo com normas técnicas;       | 8 - Contagem de imóveis para pesquisa do LIRAa/LIA em desacordo com as normas; |
| 9 - Omissão de FALSO REGISTRO de imóvel (FALTA GRAVE);                            | 10 - Omissão de focos larvários no intra e/ou peridomicílio;                   |
| 11 - Controle Mecânico incompleto e/ou realizado em desacordo com as normas;      | 12 - Tratamento Químico: Não efetuou de acordo com as normas técnicas;         |
| 13 - Erro de Cálculo de insumos por criadouros (Cubagem de recipiente);           | 14 - Desrespeito ao superior hierárquico.                                      |

[illegible]



## ITEM 53 – FICHA IMUNOBIOLOGICOS SI-CRIE



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS  
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS E IMUNIZAÇÃO

### FICHA PARA SOLICITAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS (CRIE)



#### DADOS DA SOLICITAÇÃO

NOME DA URS

MUNICÍPIO ENCAMINHADOR

DATA

ESTABELECIMENTO DE SOLICITAÇÃO

ORIGEM DA SOLICITAÇÃO

☐ Rede privada ☐ Rede pública



#### DADOS PESSOAIS DO PACIENTE

NOME COMPLETO

CPF

NOME SOCIAL

DATA DE NASCIMENTO

CARTEIRA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

COR

☐ Amarelo ☐ Branco ☐ Indígena ☐ Pardo ☐ Preto

SEXO

☐ Feminino ☐ Masculino

PESO

TELEFONE

E-MAIL

TELEFONE SECUNDÁRIO

NOME DA MÃE

NOME DO PAI

RUA, AVENIDA, LADEIRA, ALAMEDA

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

CEP

UF

PROFISSÃO

GRAU DE ESCOLARIDADE



MOTIVOS DE INDICAÇÃO

• CLASSIFICAR E/OU INFORMAR CID

☐ ABUSO SEXUAL

☐ ACIDENTE PERCUTÂNEO/CONTATO MUCOSA CASO ÍNDICE DE AG HBS (+) OU DE ALTO RISCO

☐ ASPLÊNIA ANATÔMICA OU FUNCIONAL

☐ BLOQUEIO OU SURTO

☐ COMUNICANTES DOMICILIARES DE HBS

☐ COMUNICANTES SEXUAIS

☐ DOENÇA CONVULSIVA CRÔNICA

☐ DOENÇAS DERMATOLÓGICAS CRÔNICAS GRAVES \*

☐ DIABETES MELLITUS

☐ DOADORES DE CÉLULAS TRONCO E/OU ÓRGÃOS SÓLIDOS

☐ DOENÇA CARDIOVASCULAR CRÔNICA

☐ DOENÇA DE DEPÓSITO \*

☐ DOENÇA HEMORRÁGICA (COAGULOPATIA)

☐ DOENÇA NEUROLÓGICA CRÔNICA INCAPACITANTE \*

☐ DOENÇA PULMONAR CRÔNICA - PNEUMOPATIAS \*

☐ DOENÇAS REUMATOLÓGICAS

☐ EVENTO ADVERSO PRÉVIO

☐ ENCEFALOPATIAS

☐ FAMILIARES E PESSOAS SUSCETÍVEIS E IMUNOCOMPETENTES QUE ESTEJAM EM CONVÍVIO DOMICILIAR

☐ FÍSTULA LIQUÓRICA E DVP

☐ GESTANTES

☐ GRUPOS DE RISCOS PARA HEPATITE B

☐ HEMONOGLOBINOPATIAS

☐ HEPATOPATIAS

☐ HIV/AIDS

☐ HOSPITALIZADO

☐ IMPLANTE COCLEAR

☐ IMUNOCOMPROMETIDOS \*

☐ IMUNODEFICIÊNCIA CONGÊNITA

☐ IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

☐ NEOPLASIAS

☐ NEFROPATIA CRÔNICA/SÍNDROME NEFRÓTICA;

☐ PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO DE RISCO

☐ PROFISSIONAL DE SAÚDE

☐ PÚRPURA (ASPLÊNIA/IMUNOSSUPRESSÃO)

☐ PUÉRPERA

☐ RENAL CRÔNICA

☐ RISCO PROFISSIONAL

☐ RN DA MÃE HBSAG POSITIVO

☐ RN SUSCETÍVEL - PREMATURIDADE

☐ SEM DOENÇA DE BASE

☐ SÍNDROMES GENÉTICAS

☐ TESTES DE SUSCETIBILIDADE POSITIVA

☐ T.M.O

☐ TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS SÓLIDOS

☐ TRISSOMIAS (SÍNDROME DE DOWN E OUTRAS);

☐ USO CRÔNICO DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO;

☐ OUTRAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS À DISFUNÇÃO ESPLÊNICA;

☐ OUTROS

EVENTO ADVERSO

NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO DO ESAM NO E-SUS NOTIFICA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DOCUMENTOS DO PACIENTE

ANEXE A ESTA FICHA DOCUMENTOS SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE:

• CARTÃO DE VACINA (SE POSSUIR MAIS DE UM, ANEXAR TODOS)

• RELATÓRIO MÉDICO, SE POSSÍVEL COM CID

• RECEITUÁRIO COM NOME E DOSAGEM DA MEDICAÇÃO, CASO FAÇA USO DE ALGUMA (ESPECIALMENTE EM CASOS DE IMUNOSSUPRESSÃO)

• QUAISQUER DOCUMENTOS COMPLEMENTARES QUE ACHAR NECESSÁRIO PARA COMPREENSÃO DO CASO CLÍNICO (MÁXIMO 3)

CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

## ITEM 54 – FLYER 10x21 – 4x0

Personalizado conforme demanda da Secretaria Responsável.

## ITEM 55 – FLYER 10x21 – 4x4

Personalizado conforme demanda da Secretaria Responsável.

## ITEM 56 – FOLDER

Personalizado conforme demanda da Secretaria Responsável.





Prefeitura Municipal

**Borda da Mata**

SERVIÇO SOCIAL

**EVOLUÇÃO**

NOME:

DATA:

HISTÓRICO:



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
 Av. Lauro Megale, nº 600 – Bairro Santo Antônio. Borda da Mata  
 CEP 37564-000  
[www.bordadamata.mg.gov.br](http://www.bordadamata.mg.gov.br)

---

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE DIETAS**

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      **Item solicitado:** (   ) Leite – (   ) Dieta – (   ) Suplemento

**Fórmula solicitada** \_\_\_\_\_ **Quantidade** \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Data de Nasc.:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**End.:** \_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_

**CPF** \_\_\_\_\_ **RG** \_\_\_\_\_ **CNS** \_\_\_\_\_

**Responsável:** \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_

**Médico:** \_\_\_\_\_ **CRM** \_\_\_\_\_ **data da consulta:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Reavaliações:** 1º \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, 2º \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, 3º \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4º \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, 5º \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, 6º \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Outras anotações se necessário:**



## ITEM 59 – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE DIETAS (MÉDICO/NUTRICIONISTA)



### SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Lauro Megale, nº 600 - Santo Antônio. Borda da Mata  
CEP: 37564-000 | (35) 3445.4951 / 4952  
www.bordadamata.mg.gov.br

#### FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE FORMULAS INFANTIL, DIETA ENTERAL, COMPLEMENTO E SUPLEMENTOS ALIMENTARES ADULTO E INFANTIL.

(Deve ser preenchido por médico ou nutricionista)

##### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: ..... Idade: .....  
CNS N.º: ..... DT. NASC.: ...../...../..... Sexo: .....  
Endereço: .....

##### PRESCRIÇÃO:

Fórmula: .....  
Quantidade mensal utilizada .....  
Prazo para reavaliação.....  
OBS: .....

##### JUSTIFICATIVA:

##### DADOS DO REQUISITANTE:

Nome do Responsável: .....  
CPF: ..... Grau de Parentesco ou Cuidador: .....  
Telefones para Contato: .....

ASS. RESPONS.: \_\_\_\_\_

##### PREENCHIDO POR:

Nome do Médico: ..... Tel: .....  
Assinatura do Médico: .....Data: ...../...../.....

[illegible]



## ITEM 62 – MAPA DE CONTROLE DE TEMPERATURA

### MAPA DE CONTROLE DIÁRIO DE TEMPERATURA



| UNIDADE     |         |                        |      |      |         | MÊS                                  |         | ANO                                |              |                                  |             |
|-------------|---------|------------------------|------|------|---------|--------------------------------------|---------|------------------------------------|--------------|----------------------------------|-------------|
|             |         |                        |      |      |         | CÂMARA FRIA <input type="checkbox"/> |         | GELADEIRA <input type="checkbox"/> |              | FREEZER <input type="checkbox"/> |             |
| DIA         | PERÍODO |                        |      |      |         | PERÍODO                              |         |                                    |              |                                  | OBSERVAÇÕES |
|             | HORA    | MOMENTO                | MÍN. | MÁX. | RUBRICA | HORA                                 | MOMENTO | MÍN.                               | MÁX.         | RUBRICA                          |             |
| 1           |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 2           |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 3           |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 4           |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 5           |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 6           |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 7           |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 8           |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 9           |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 10          |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 11          |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 12          |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 13          |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 14          |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 15          |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 16          |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 17          |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 18          |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 19          |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 20          |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 21          |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 22          |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 23          |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 24          |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 25          |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 26          |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 27          |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 28          |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 29          |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 30          |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| 31          |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| FALHA       |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |
| HORA        |         | TEMPERATURA ENCONTRADA |      |      |         |                                      |         |                                    | DIAS PARADOS |                                  |             |
| OBSERVAÇÕES |         |                        |      |      |         |                                      |         |                                    |              |                                  |             |



## ITEM 63 – MAPA PRODUÇÃO ATENDIMENTO MÉDICO

| Prefeitura Municipal<br>Borda da Mata        |                  | SECRETARIA MUNICIPAL<br>DE SAÚDE |       | MAPA DE PRODUÇÃO<br>ATENDIMENTO MÉDICO |                    |               |               |      |
|----------------------------------------------|------------------|----------------------------------|-------|----------------------------------------|--------------------|---------------|---------------|------|
| DATA: ____/____/____ UNIDADE DE SAÚDE: _____ |                  | MÉDICO: _____                    |       | ESPECIALIDADE: _____                   |                    | CÓDIGO: _____ |               |      |
| ATENDIMENTO :                                |                  |                                  |       |                                        |                    |               |               |      |
| Nº                                           | NOME DO PACIENTE | SEXO                             | IDADE | ENDEREÇO / CIDADE                      | CÓDIGO<br>MUN. SUS | Nº FICHA      | CÓDIGO DOENÇA | TIPO |
|                                              |                  |                                  |       |                                        |                    |               |               | 1º   |
|                                              |                  |                                  |       |                                        |                    |               |               | SUS  |
| 01                                           |                  |                                  |       |                                        |                    |               |               |      |
| 02                                           |                  |                                  |       |                                        |                    |               |               |      |
| 03                                           |                  |                                  |       |                                        |                    |               |               |      |
| 04                                           |                  |                                  |       |                                        |                    |               |               |      |
| 05                                           |                  |                                  |       |                                        |                    |               |               |      |
| 06                                           |                  |                                  |       |                                        |                    |               |               |      |
| 07                                           |                  |                                  |       |                                        |                    |               |               |      |
| 08                                           |                  |                                  |       |                                        |                    |               |               |      |
| 09                                           |                  |                                  |       |                                        |                    |               |               |      |
| 10                                           |                  |                                  |       |                                        |                    |               |               |      |
| 11                                           |                  |                                  |       |                                        |                    |               |               |      |
| 12                                           |                  |                                  |       |                                        |                    |               |               |      |
| 13                                           |                  |                                  |       |                                        |                    |               |               |      |
| 14                                           |                  |                                  |       |                                        |                    |               |               |      |
| 15                                           |                  |                                  |       |                                        |                    |               |               |      |
| 16                                           |                  |                                  |       |                                        |                    |               |               |      |
| 17                                           |                  |                                  |       |                                        |                    |               |               |      |
| 18                                           |                  |                                  |       |                                        |                    |               |               |      |
| ENTRADA                                      |                  | SAÍDA                            |       | ASSINATURA                             |                    | TOTAL         |               |      |

## ITEM 64 – MAPA TRANSPORTE DE IMUNOBIOLOGICOS

### MAPA TRANSPORTE DE IMUNOBIOLOGICOS/SRS

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

As vacinas **não** serão liberadas sem a devolução do mesmo preenchido pelo município com a temperatura e hora de chegada da retirada anterior.

| DATA | HORA<br>SAÍDA<br>SRS | HORA<br>CHEGADA<br>MUNICÍPIO | CAIXA NEGATIVA |         | CAIXA POSITIVA |         | ASSINATURA |         |
|------|----------------------|------------------------------|----------------|---------|----------------|---------|------------|---------|
|      |                      |                              | SAÍDA          | CHEGADA | SAÍDA          | CHEGADA | SAÍDA      | CHEGADA |
|      |                      |                              |                |         |                |         |            |         |
|      |                      |                              |                |         |                |         |            |         |
|      |                      |                              |                |         |                |         |            |         |
|      |                      |                              |                |         |                |         |            |         |
|      |                      |                              |                |         |                |         |            |         |
|      |                      |                              |                |         |                |         |            |         |

OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

### MAPA TRANSPORTE DE IMUNOBIOLOGICOS/SRS

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

As vacinas **não** serão liberadas sem a devolução do mesmo preenchido pelo município com a temperatura e hora de chegada da retirada anterior.

| DATA | HORA<br>SAÍDA<br>SRS | HORA<br>CHEGADA<br>MUNICÍPIO | CAIXA NEGATIVA |         | CAIXA POSITIVA |         | ASSINATURA |         |
|------|----------------------|------------------------------|----------------|---------|----------------|---------|------------|---------|
|      |                      |                              | SAÍDA          | CHEGADA | SAÍDA          | CHEGADA | SAÍDA      | CHEGADA |
|      |                      |                              |                |         |                |         |            |         |
|      |                      |                              |                |         |                |         |            |         |
|      |                      |                              |                |         |                |         |            |         |
|      |                      |                              |                |         |                |         |            |         |
|      |                      |                              |                |         |                |         |            |         |
|      |                      |                              |                |         |                |         |            |         |

OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

### MAPA TRANSPORTE DE IMUNOBIOLOGICOS/SRS

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

As vacinas **não** serão liberadas sem a devolução do mesmo preenchido pelo município com a temperatura e hora de chegada da retirada anterior.

| DATA | HORA<br>SAÍDA<br>SRS | HORA<br>CHEGADA<br>MUNICÍPIO | CAIXA NEGATIVA |         | CAIXA POSITIVA |         | ASSINATURA |         |
|------|----------------------|------------------------------|----------------|---------|----------------|---------|------------|---------|
|      |                      |                              | SAÍDA          | CHEGADA | SAÍDA          | CHEGADA | SAÍDA      | CHEGADA |
|      |                      |                              |                |         |                |         |            |         |
|      |                      |                              |                |         |                |         |            |         |
|      |                      |                              |                |         |                |         |            |         |
|      |                      |                              |                |         |                |         |            |         |
|      |                      |                              |                |         |                |         |            |         |
|      |                      |                              |                |         |                |         |            |         |

OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_



|                                                                                   |                                 |  |                |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--|----------------|--------------|
|  | MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR |  | DIGITADO POR:  | DATA:<br>/ / |
|                                                                                   |                                 |  | CONFERIDO POR: | FOLHA Nº:    |

| CNS DO PROFISSIONAL* | CBO*        | CNES*       | INE*        | DATA* |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------|
| <div></div>          | <div></div> | <div></div> | <div></div> | / /   |

CNS DO CIDADÃO:

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 DESDE 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(es) <input type="radio"/> 2 vez(es) <input type="radio"/> 3 vez(es) 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(es) <input type="radio"/> 2 vez(es) <input type="radio"/> 3 vez(es) 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, bertalha, 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 à 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 |

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





## ITEM 68 – ORDEM DE SERVIÇO MECÂNICO



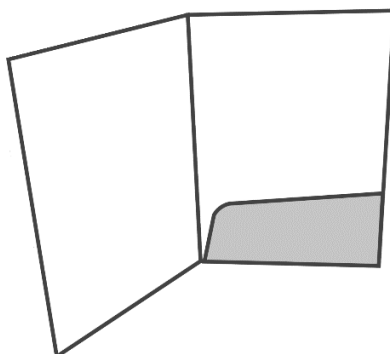
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Av. Lauro Megale, nº 600 – Bairro Santo Antônio, Borda da Mata  
CEP 37564-000  
www.bordadamata.mg.gov.br

|                                          |              |                |
|------------------------------------------|--------------|----------------|
| SOLICITAÇÃO DE ORDEM DE SERVIÇO Nº _____ |              | DATA: _____    |
|                                          |              | KM / HR: _____ |
| Departamento / Secretaria: _____         |              |                |
| Responsável: _____                       |              |                |
| Nº Veículo: _____                        | Placa: _____ | Modelo: _____  |
| Descrição do Problema: _____             |              |                |
| _____                                    |              |                |
| _____                                    |              |                |
| _____                                    |              |                |
| Assinatura _____                         |              |                |

|                                  |              |                 |        |             |             |
|----------------------------------|--------------|-----------------|--------|-------------|-------------|
| RAZÃO SOCIAL: _____              |              |                 |        |             |             |
| ENDEREÇO: _____                  |              |                 |        |             |             |
| CNPJ: _____                      | TEL: _____   | MECÂNICO: _____ |        |             |             |
| ORDEM DE SERVIÇO Nº _____        |              | DATA: _____     |        |             |             |
|                                  |              | KM / HR: _____  |        |             |             |
| Departamento / Secretaria: _____ |              |                 |        |             |             |
| Responsável: _____               |              |                 |        |             |             |
| Nº Veículo: _____                | Placa: _____ | Modelo: _____   |        |             |             |
| Descrição do Serviço: _____      |              |                 |        |             |             |
| _____                            |              |                 |        |             |             |
| _____                            |              |                 |        |             |             |
| _____                            |              |                 |        |             |             |
| _____                            |              |                 |        |             |             |
| Cod.                             | Descrição    | Sv. / Hr.       | Quant. | Valor Unit. | Valor Total |
|                                  |              |                 |        |             |             |
|                                  |              |                 |        |             |             |
| Valor Total da O.S.              |              |                 |        |             |             |
| Assinatura _____                 |              |                 |        |             |             |

## ITEM 69 – PASTA PERSONALIZADA COM BOLSO

Personalizada conforme demanda da Secretaria responsável.



[illegible]



## ITEM 71 - PROTOCOLO DE ENTREGA DE CORRESPONDÊNCIA:

### PROTOCOLO DE ENTREGA DE CORRESPONDÊNCIAS

SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE POUSO ALEGRE / MG

BORDA DA MATA

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

| Especificação do Documento | Destino |
|----------------------------|---------|
|                            |         |
|                            |         |
|                            |         |
|                            |         |
|                            |         |

Obs.: Detalhar a documentação enviada

Prefeitura Municipal de Borda da Mata /  
Secretaria Municipal de Borda da Mata  
Avenida Lauro Megale, 600, Santo Antônio

### PROTOCOLO DE ENTREGA DE CORRESPONDÊNCIAS

SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE POUSO ALEGRE / MG

BORDA DA MATA

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

| Especificação do Documento | Destino |
|----------------------------|---------|
|                            |         |
|                            |         |
|                            |         |
|                            |         |
|                            |         |

Obs.: Detalhar a documentação enviada

Prefeitura Municipal de Borda da Mata /  
Secretaria Municipal de Borda da Mata  
Avenida Lauro Megale, 600, Santo Antônio



PREFEITURA MUNICIPAL  
**BORDA DA MATA**

Av. Lauro Megale, nº 600 – Bairro Santo Antônio, Borda da Mata  
CEP 37564-000  
[www.bordadamata.mg.gov.br](http://www.bordadamata.mg.gov.br)

| QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM TERAPÊUTICA                      |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                                |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                             |
| NOME                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                             |
| DATA DE NASCIMENTO<br>_ / _ / _                          | ESTADO DE NASCIMENTO                                                                                                                                                                                                                                | SEXO                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO                                                                                                                                        |
| CPF                                                      | Nº IDENTIDADE                                                                                                                                                                                                                                       | CNS                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                             |
| NOME DA MÃE                                              |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                             |
| NOME DO RESPONSÁVEL                                      |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                             |
| ENDEREÇO COMPLETO (RUA, AVENIDA, PRAÇA, Nº, COMPLEMENTO) |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                             |
| BAIRRO                                                   | NOME DO MUNICÍPIO                                                                                                                                                                                                                                   | CEP                                                                                                                                                                                                                             | UF                                                                                                                                                                                                          |
| TELEFONE PARA CONTATO (1)                                |                                                                                                                                                                                                                                                     | TELEFONE PARA CONTATO (2)                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                             |
| CLASSIFICAÇÃO POR IDADE                                  |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                             |
| CRIANÇA                                                  | 0 A 9 ANOS                                                                                                                                                                                                                                          | GRAU DE INSTRUÇÃO (da mãe ou responsável) -<br>PESO DA CRIANÇA (kg) -<br>ALTURA DA CRIANÇA (m) -                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                             |
|                                                          | ADOLESCENTE                                                                                                                                                                                                                                         | 10 A 14 ANOS                                                                                                                                                                                                                    | TEM FILHO (S) OU JÁ ESTEVE GRÁVIDA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>FAZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA OU OUTRAS SUBSTÂNCIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                     | 15 A 19 ANOS                                                                                                                                                                                                                    | TEM FILHO (S) OU JÁ ESTEVE GRÁVIDA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>FAZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA OU OUTRAS SUBSTÂNCIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| ADULTO                                                   | 20 A 59 ANOS                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                             |
| IDOSO                                                    | ACIMA 60 ANOS                                                                                                                                                                                                                                       | SOFREU QUEDA NO ÚLTIMO ANO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>VOCÊ CONSEGUE IR AOS LUGARES SOZINHO (ex.: médico, igreja, supermercado, etc) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |                                                                                                                                                                                                             |
|                                                          | ACIMA 80 ANOS                                                                                                                                                                                                                                       | SOFREU QUEDA NO ÚLTIMO ANO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>VOCÊ CONSEGUE IR AOS LUGARES SOZINHO (ex.: médico, igreja, supermercado, etc) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |                                                                                                                                                                                                             |
| GRAU DE RISCO                                            |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                             |
| GRAVIDEZ                                                 | IDADE INFERIOR A 17 ANOS OU SUPERIOR A 35 ANOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>TEM INFECÇÃO URINÁRIA, TOXOPLASMOSE, HIV OU SÍFILIS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                           |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                             |
| HIPERTENSÃO                                              | COLESTEROL ALTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>ALGUM CASO DE DOENÇA DO CORAÇÃO OU HIPERTENSÃO NA FAMÍLIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                    |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                             |
| DIABETES                                                 | TIPO I <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>TIPO II <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>TEM DIFICULDADE PARA CICATRIZAR FERIDAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO          |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                             |
| TUBERCULOSE                                              | TRATOU MAIS DE UMA VEZ <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>COMPLETOU O TRATAMENTO CONFORME ESPERADO (problemas com o tratamento) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                 |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                             |
| HANSENIASE                                               | TRATOU MAIS DE UMA VEZ (recidiva) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>APRESENTA TRÊS DESTES SINTOMAS: FEBRE, MAL-ESTAR, FERIDA OU INGUAS (piora do quadro geral) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                             |
| USO DE MEDICAMENTO / PRODUTO                             |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                             |
| MEDICAMENTO / PRODUTO                                    |                                                                                                                                                                                                                                                     | QTDE MÊS                                                                                                                                                                                                                        | UNIDADE DE MEDIDA                                                                                                                                                                                           |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                             |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                             |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                             |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                             |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                             |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                             |
| DATA<br>_ / _ / _                                        | LOCAL                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                             |
| ASSINATURA DO (A) RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO         |                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                             |



Av. Lauro Megale, nº 600 – Santo Antônio, Borda da Mata  
CEP 37564-000 / (35) 3445-4951  
[www.bordadamata.mg.gov.br](http://www.bordadamata.mg.gov.br)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;">             UF <b>MG</b> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;">             NÚMERO<br/> <b>Nº 085951</b> </div> </div>                                  |  | <b>SÉRIE B</b><br><div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px;"> <b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b><br/> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b><br/> <b>Lauro Megale, 600 - Santo Antônio</b><br/> <b>BORDA DA MATA - MG</b> </div> |  | <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px;"> <b>MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA</b><br/><br/> </div>                                                                                                                                                            |  |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px;"> <b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b><br/>             NOME: _____<br/>             ENDEREÇO: _____<br/>             TELEFONE: _____<br/>             IDENTIDADE Nº: _____           </div>                                                                                                                    |  | <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px;"> <b>CARIMBO DO FORNECEDOR</b><br/><br/> </div>                                                                                                                                    |  | <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px;"> <b>QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA</b><br/><br/> </div>                                                                                                                                                      |  |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px;"> <b>ASSINATURA DO EMITENTE</b><br/><br/> </div>                                                                                                                                                                                                                                                             |  | <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px;"> <b>DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA</b><br/><br/> </div>                                                                                                                              |  | <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px;"> <b>POSOLOGIA</b><br/><br/> </div>                                                                                                                                                                            |  |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px;"> <b>ORGÃO EMISSOR:</b><br/>             MA EVENTOS, COMERCIO DE PRODUTOS E SERVIÇOS LTDA - Rua Albertina Coelmo Raccenda, 346 - Jd. Noronha - Telêmaco (35) 3425-0949 / 3423-8631<br/>             CNPJ 13.934.459/0001-04 - Insc. Est. 0011800809 00-57-Cep 37551-013 - Pouso Alegre - MG           </div> |  | <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px;"> <b>NOME DO VENDEDOR</b> _____ / ____ / ____<br/> <b>DATA</b> </div>                                                                                                              |  | <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px;"> <b>NUMERAÇÃO DA IMPRESSÃO:</b><br/>             Autorização emitida pela VISA nº 028/2021B de 02/03/2021<br/>             Numeração desta impressão de 10085201 a 10096200 / 20 blocos 50x1           </div> |  |



## ITEM 75 – RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

| RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL                                                                                                                                 |                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
|  <b>Prefeitura Municipal<br/>Borda da Mata</b><br>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE |                                    |
| 1ª Via - Farmácia<br>2ª Via - Paciente                                                                                                                           |                                    |
| Paciente: _____                                                                                                                                                  |                                    |
| Endereço: _____                                                                                                                                                  |                                    |
| <b>PRESCRIÇÃO</b>                                                                                                                                                |                                    |
| <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>                                          |                                    |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b>                                                                                                                                | <b>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</b> |
| Nome: _____                                                                                                                                                      |                                    |
| Ident. _____ Órgão Emissor _____                                                                                                                                 |                                    |
| Endereço: _____                                                                                                                                                  | Assinatura do Farmacêutico _____   |
| Cidade _____ UF _____                                                                                                                                            |                                    |
| Tel.: _____                                                                                                                                                      | Data ____/____/____                |

## ITEM 76 – RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL ODONTOLÓGICO

| RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL                                                                                                                                  |                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
|  <b>Prefeitura Municipal de Borda da Mata</b><br>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE |                                    |
| SETOR ODONTOLÓGICO                                                            |                                    |
| Paciente: _____                                                                                                                                                   |                                    |
| Endereço: _____                                                                                                                                                   |                                    |
| Prescrição                                                                                                                                                        |                                    |
| <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>                                           |                                    |
|                                                                                |                                    |
| Assinatura e Carimbo _____                                                                                                                                        |                                    |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b>                                                                                                                                 | <b>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</b> |
| Nome: _____                                                                                                                                                       |                                    |
| Identidade: _____ Órgão Emissor _____                                                                                                                             |                                    |
| Endereço: _____                                                                                                                                                   | ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____   |
| Bairro: _____                                                                                                                                                     |                                    |
| Cidade: _____ UF: _____                                                                                                                                           | DATA ____/____/____                |
| Telefone: _____                                                                                                                                                   |                                    |
| 1ª VIA - FARMÁCIA                                                                                                                                                 | 2ª VIA - PACIENTE                  |



Prefeitura Municipal de Borda da Mata  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SETOR ODONTOLÓGICO

## RECEITUÁRIO

Paciente:

Endereço:

Prescrição

Assinatura e Carimbo


**Prefeitura Municipal de Borda da Mata/MG**

---

**RECIBO DE LEITE/COMPLEMENTO NUTRICIONAL - \_\_\_\_\_**

**Beneficiado (a):** \_\_\_\_\_ **D.N.:** \_\_\_\_\_  
**Complemento (s):** \_\_\_\_\_ **QUANT.** \_\_\_\_\_

| Mês       | Quantidade. | Data | Nome | Documento | Assinatura |
|-----------|-------------|------|------|-----------|------------|
| Janeiro   |             |      |      |           |            |
| Fevereiro |             |      |      |           |            |
| Março     |             |      |      |           |            |
| Abril     |             |      |      |           |            |
| Maiο      |             |      |      |           |            |
| Junho     |             |      |      |           |            |
| Julho     |             |      |      |           |            |
| Agosto    |             |      |      |           |            |
| Setembro  |             |      |      |           |            |
| Outubro   |             |      |      |           |            |
| Novembro  |             |      |      |           |            |
| Dezembro  |             |      |      |           |            |

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## ITEM 79 – RECIBO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS



PREFEITURA MUNICIPAL  
**BORDA DA MATA**

Av. Lauro Megale, nº 600 – Bairro Santo Antônio, Borda da Mata  
CEP 37564-000 / (35) 3445-4951  
www.bordadamata.mg.gov.br

RECIBO DE MEDICAMENTO/INSUMO Ano: \_\_\_\_\_

Beneficiado (a): \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_  
Medicamento (s): \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_

| Mês       | Qtde. | Data | Nome | Documento | Assinatura |
|-----------|-------|------|------|-----------|------------|
| Janeiro   |       |      |      |           |            |
| Fevereiro |       |      |      |           |            |
| Março     |       |      |      |           |            |
| Abril     |       |      |      |           |            |
| Maio      |       |      |      |           |            |
| Junho     |       |      |      |           |            |
| Julho     |       |      |      |           |            |
| Agosto    |       |      |      |           |            |
| Setembro  |       |      |      |           |            |
| Outubro   |       |      |      |           |            |
| Novembro  |       |      |      |           |            |
| Dezembro  |       |      |      |           |            |

## ITEM 80 – REGISTRO DIÁRIO DE APLICAÇÃO ULTRA BAIXO VOLUME

|                                                                                     |   |                                                           |  |                                       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
|  |   | <b>PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD</b>     |  |                                       |  |
|                                                                                     |   | <b>REGISTRO DIÁRIO DE APLICAÇÕES A ULTRA BAIXO VOLUME</b> |  |                                       |  |
|                                                                                     |   | Bloqueio de caso                                          |  |                                       |  |
|                                                                                     |   | Controle Digitação                                        |  |                                       |  |
| Município                                                                           |   |                                                           |  |                                       |  |
| Código e Nome da Localidade                                                         |   | Semana epidem.:                                           |  |                                       |  |
| Parâmetros Técnicos                                                                 |   |                                                           |  |                                       |  |
| Inseticida                                                                          |   |                                                           |  |                                       |  |
| Formulação e Concentração                                                           |   | Dose de Ingrediente Ativo                                 |  | Vazão (ml/min)                        |  |
| Produto Comercial                                                                   |   |                                                           |  |                                       |  |
| Identificação Equipamento                                                           |   |                                                           |  |                                       |  |
| Endereço do Paciente:                                                               |   |                                                           |  |                                       |  |
| Data do Comunicado                                                                  |   | Número notif. (SINAN)                                     |  | No. Quart. do Caso                    |  |
| No. dos Quart. Programados:                                                         |   | / /                                                       |  | / /                                   |  |
| Atividade de campo                                                                  |   |                                                           |  |                                       |  |
| Número do Quarteirão Trabalhado                                                     |   | Número de Imóveis Tratados                                |  | Tempo de Aplicação (min.)             |  |
|                                                                                     |   |                                                           |  | Local (P. peri I-intra IP-intra/peri) |  |
|                                                                                     |   |                                                           |  | Consumo (L)                           |  |
|                                                                                     |   |                                                           |  | Calda                                 |  |
|                                                                                     |   |                                                           |  | Combust.                              |  |
| 01                                                                                  | / |                                                           |  |                                       |  |
| 02                                                                                  | / |                                                           |  |                                       |  |
| 03                                                                                  | / |                                                           |  |                                       |  |
| 04                                                                                  | / |                                                           |  |                                       |  |
| 05                                                                                  | / |                                                           |  |                                       |  |
| 06                                                                                  | / |                                                           |  |                                       |  |
| 07                                                                                  | / |                                                           |  |                                       |  |
| 08                                                                                  | / |                                                           |  |                                       |  |
| 09                                                                                  | / |                                                           |  |                                       |  |
| 10                                                                                  | / |                                                           |  |                                       |  |
| 11                                                                                  | / |                                                           |  |                                       |  |
| 12                                                                                  | / |                                                           |  |                                       |  |
| 13                                                                                  | / |                                                           |  |                                       |  |
| 14                                                                                  | / |                                                           |  |                                       |  |
| Operador 1                                                                          |   | Operador 2                                                |  |                                       |  |

FAD-04 - 09/09/2005 v.1.0

22/09/2006

[illegible][illegible]

| Nº e seq. dos quarteirões com <i>Aedes aegypti</i> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| /                                                  | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| /                                                  | / | / | / | / | / | / | / | / | / |

| Nº e seq. dos quarteirões com <i>Aedes albopictus</i> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| /                                                     | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| /                                                     | / | / | / | / | / | / | / | / | / |

| Nº depósitos com espécimes por tipo |    |    |   |   |    |    |   |       |
|-------------------------------------|----|----|---|---|----|----|---|-------|
|                                     | A1 | A2 | B | C | D1 | D2 | E | Total |
| com <i>Aedes aegypti</i>            |    |    |   |   |    |    |   |       |
| com <i>Aedes albopictus</i>         |    |    |   |   |    |    |   |       |

| Nº de Imóveis com espécimes por tipo |   |   |    |    |   |       |
|--------------------------------------|---|---|----|----|---|-------|
|                                      | R | C | TB | PE | O | Total |
| com <i>Aedes aegypti</i>             |   |   |    |    |   |       |
| com <i>Aedes albopictus</i>          |   |   |    |    |   |       |
| outros                               |   |   |    |    |   |       |

| Nº de exemplares |       |                |        |
|------------------|-------|----------------|--------|
| Larvas           | Pupas | Exúvia de pupa | Adulto |
|                  |       |                |        |
|                  |       |                |        |

C - Depósitos fixos

|                        |                          |                    |                      |                   |
|------------------------|--------------------------|--------------------|----------------------|-------------------|
| <b>Data de entrada</b> | <b>Data da Conclusão</b> | <b>Laboratório</b> | <b>Laboratorista</b> | <b>Assinatura</b> |
|                        |                          |                    |                      |                   |

[illegible][illegible]



## ITEM 84 – REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO

| MINISTÉRIO DA SAÚDE                                                                                                                                                                                                                                            |  | REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO                                                                                                                     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| UF                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero                                                                                                               |  |
| CNES da Unidade de Saúde                                                                                                                                                                                                                                       |  | Nº Protocolo                                                                                                                                                           |  |
| Unidade de Saúde                                                                                                                                                                                                                                               |  | (nº gerado automaticamente pelo SISCAN)                                                                                                                                |  |
| Município                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Prontuário                                                                                                                                                             |  |
| INFORMAÇÕES PESSOAIS                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                        |  |
| Cartão SUS*                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                        |  |
| Nome Completo da Mulher*                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                        |  |
| Nome Completo da Mãe*                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                        |  |
| CPF                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Apelido da Mulher                                                                                                                                                      |  |
| Data de Nascimento*                                                                                                                                                                                                                                            |  | Nacionalidade                                                                                                                                                          |  |
| Idade                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Raca/cor                                                                                                                                                               |  |
| Dados Residenciais                                                                                                                                                                                                                                             |  | <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena/Etnia |  |
| Logradouro                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                        |  |
| Número                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Complemento                                                                                                                                                            |  |
| Código do Município                                                                                                                                                                                                                                            |  | Bairro                                                                                                                                                                 |  |
| Município                                                                                                                                                                                                                                                      |  | UF                                                                                                                                                                     |  |
| CEP                                                                                                                                                                                                                                                            |  | DDD                                                                                                                                                                    |  |
| Ponto de Referência                                                                                                                                                                                                                                            |  | Telefone                                                                                                                                                               |  |
| Escolaridade: <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo |  |                                                                                                                                                                        |  |
| DADOS DA ANAMNESE                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                        |  |
| 1. Motivo do exame*                                                                                                                                                                                                                                            |  | 7. Já fez tratamento por radioterapia?*                                                                                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> Rastreamento                                                                                                                                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe                                                                            |  |
| <input type="checkbox"/> Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)                                                                                                                                                                                           |  | 8. Data da última menstruação / regra:*                                                                                                                                |  |
| <input type="checkbox"/> Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)                                                                                                                                                                                |  | ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Não sabe / Não lembra                                                                                                      |  |
| 2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?*                                                                                                                                                                                                          |  | 9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?*                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Sim. Quando fez o último exame?                                                                                                                                                                                                       |  | (não considerar a primeira relação sexual na vida)                                                                                                                     |  |
| ano ____                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/> Sim                                                                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe                                                                                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra                                                                                                                   |  |
| 3. Usa DIU?*                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?*                                                                                                                   |  |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe                                                                                                                                                                    |  | (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)                                                                                                 |  |
| 4. Está grávida?*                                                                                                                                                                                                                                              |  | <input type="checkbox"/> Sim                                                                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe                                                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa                                                                                           |  |
| 5. Usa pílula anticoncepcional?*                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                        |  |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                        |  |
| 6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?*                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                        |  |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                        |  |
| EXAME CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                        |  |
| 11. Inspeção do colo*                                                                                                                                                                                                                                          |  | 12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?                                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> Normal                                                                                                                                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> Sim                                                                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)                                                                                                                                                                             |  | <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> Alterado                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                        |  |
| <input type="checkbox"/> Colo não visualizado                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                        |  |
| NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                        |  |
| Data da coleta*                                                                                                                                                                                                                                                |  | Responsável*                                                                                                                                                           |  |
| ____ / ____ / ____                                                                                                                                                                                                                                             |  | ____ / ____ / ____                                                                                                                                                     |  |

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (\*) são obrigatórios



| IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO |                  |
|------------------------------|------------------|
| CNES do Laboratório*         | Número do Exame* |
| Nome do Laboratório*         | Recebido em:*    |

| RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>AValiação Pré-analítica</b><br><b>AMOSTRA REJEITADA POR:</b><br><input type="checkbox"/> Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário<br><input type="checkbox"/> Lâmina danificada ou ausente<br><input type="checkbox"/> Causas alheias ao laboratório; especificar: _____<br><input type="checkbox"/> Outras causas; especificar: _____<br><b>EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:*</b><br><input type="checkbox"/> Escamoso<br><input type="checkbox"/> Glandular<br><input type="checkbox"/> Metaplásico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*</b><br><input type="checkbox"/> Satisfatória<br>Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:<br><input type="checkbox"/> Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço<br><input type="checkbox"/> Sangue em mais de 75% do esfregaço<br><input type="checkbox"/> Piócitos em mais de 75% do esfregaço<br><input type="checkbox"/> Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço<br><input type="checkbox"/> Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço<br><input type="checkbox"/> Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço<br><input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>DIAGNÓSTICO DESCRITIVO</b><br><b>DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?</b><br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br><b>ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS</b><br><input type="checkbox"/> Inflamação<br><input type="checkbox"/> Metaplasia escamosa imatura<br><input type="checkbox"/> Reparação<br><input type="checkbox"/> Atrófia com inflamação<br><input type="checkbox"/> Radiação<br><input type="checkbox"/> Outros; especificar: _____<br><b>MICROBIOLOGIA</b><br><input type="checkbox"/> Lactobacillus sp<br><input type="checkbox"/> Cocos<br><input type="checkbox"/> Sugestivo de Chlamydia sp<br><input type="checkbox"/> Actinomyces sp<br><input type="checkbox"/> Candida sp<br><input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis<br><input type="checkbox"/> Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes<br><input type="checkbox"/> Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)<br><input type="checkbox"/> Outros bacilos _____<br><input type="checkbox"/> Outros; especificar: _____ | <b>CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO</b><br>Escamosas: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)<br><input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)<br><br>Glandulares: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas<br><input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau<br><br>De origem indefinida: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas<br><input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau<br><br><b>ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS</b><br><input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)<br><input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)<br><input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão<br><input type="checkbox"/> Carcinoma epidermóide invasor<br><br><b>ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES</b><br><input type="checkbox"/> Adenocarcinoma "in situ"<br>Adenocarcinoma invasor: <input type="checkbox"/> Cervical<br><input type="checkbox"/> Endometrial<br><input type="checkbox"/> Sem outras especificações<br><br><input type="checkbox"/> OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____<br><input type="checkbox"/> PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL) |

Observações Gerais: \_\_\_\_\_

Screening pelo citotécnico: \_\_\_\_\_ Responsável\* \_\_\_\_\_

Data do Resultado\* \_\_\_\_\_



## ITEM 85 – REQUISIÇÃO DE EXAME HISTOPATOLÓGICO – CITOPATOLÓGICO

**MINISTÉRIO DA SAÚDE** **REQUISIÇÃO DE EXAME HISTOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO**  
*Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama*

UF  CNES da Unidade de Saúde   
Unidade de Saúde   
Município  Prontuário

**INFORMAÇÕES PESSOAIS**

Cartão SUS   
Nome Completo da Mulher   
Nome Completo da Mãe   
Apelido da Mulher   
Identidade  Órgão Emissor  UF  CNPF (CPF)   
Data de Nascimento  /  /  Idade  Raça/cor   
☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena/ Etnia   
Dados Residenciais Logradouro  Nacionalidade   
Número  Complemento   
Código do Município  Município  Bairro  UF   
CEP  -  DDD  Telefone  -   
Ponto de Referência   
ESCOLARIDADE: ☐ Analfabeta ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

**RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO DE ENCAMINHAMENTO**

**CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO**

Escamosas: ☐ Possivelmente não neoplásicas  
☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

Glandulares: ☐ Possivelmente não neoplásicas  
☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

De origem indefinida: ☐ Possivelmente não neoplásicas  
☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

**ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS**

☐ Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)

☐ Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)

☐ Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão

☐ Carcinoma epidermóide invasor

**ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES**

☐ Adenocarcinoma "in situ"

Adenocarcinoma invasor: ☐ Cervical  
☐ Endometrial  
☐ Sem outras especificações

☐ Outros diagnósticos citopatológicos. Quais?

**INFORMAÇÕES DA COLPOSCOPIA DO COLO DO ÚTERO**

**1. COLPOSCOPIA**

☐ NORMAL

☐ ANORMAL ☐ Sugestiva de NIC  
☐ Sugestiva de invasão

☐ INSATISFATÓRIA

**2. PROCEDIMENTO**

☐ Biópsia a frio

☐ Curetagem endocervical

☐ CAF ☐ Exérese alargada da zona de transformação  
☐ Retirada de canal  
☐ Biópsia

Informações adicionais para o patologista

Data do exame  /  /  Médico responsável

1º Semestre de 2011 nº 414



| IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO |                 |
|------------------------------|-----------------|
| CNPJ do Laboratório          | Número do Exame |
| Nome do Laboratório          | Recebido em:    |

| RESULTADO DO EXAME HISTOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO                                              |                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tipo de procedimento cirúrgico</b>                                                           |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Biópsia                                                                | <input type="checkbox"/> Conização                                                     |
| <input type="checkbox"/> Histerectomia Simples                                                  | <input type="checkbox"/> Pan-histerectomia                                             |
| <input type="checkbox"/> Outros                                                                 |                                                                                        |
| <b>MACROSCOPIA</b>                                                                              |                                                                                        |
| Tipo de material recebido:                                                                      |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Biópsia, número de fragmentos                                          |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Peça cirúrgica, tamanho do tumor                                       | x cm                                                                                   |
| distância da margem mais próxima                                                                |                                                                                        |
| localização do tumor:                                                                           |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Ectocérvice                                                            | <input type="checkbox"/> Endocérvice                                                   |
| <input type="checkbox"/> Junção escamo-colunar                                                  |                                                                                        |
| <b>MICROSCOPIA</b>                                                                              |                                                                                        |
| <b>Lesões de caráter benigno</b>                                                                |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Metaplasia Escamosa                                                    | <input type="checkbox"/> Cervicite crônica inespecífica                                |
| <input type="checkbox"/> Pólipo Endocervical                                                    | <input type="checkbox"/> Alterações citoarquiteturais compatíveis com ação viral (HPV) |
| <b>Lesões de caráter neoplásico ou pré-neoplásico</b>                                           |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> NIC I (displasia leve)                                                 |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> NIC II (displasia moderada)                                            |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> NIC III (displasia acentuada / carcinoma <i>in situ</i> )              |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Carcinoma epidermóide microinvasivo                                    |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Carcinoma epidermóide invasivo                                         |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Carcinoma epidermóide, impossível avaliar presença de nível de invasão |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Carcinoma verrucoso                                                    |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Carcinoma epidermóide não-ceratinizante                                |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma <i>in situ</i>                                          |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma mucinoso                                                |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma viloglandular                                           |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Outras neoplasias malignas                                             |                                                                                        |
| <b>Grau de diferenciação</b>                                                                    |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Não se aplica                                                          | <input type="checkbox"/> Bem diferenciado (Grau I)                                     |
| <input type="checkbox"/> Pouco diferenciado (Grau III)                                          | <input type="checkbox"/> Moderadamente diferenciado (Grau II)                          |
| <input type="checkbox"/> Indiferenciado (Grau IV)                                               |                                                                                        |
| <b>Dados em relação à extensão do tumor:</b>                                                    |                                                                                        |
| Infiltração                                                                                     |                                                                                        |
| Profundidade da invasão mm                                                                      |                                                                                        |
| Vascular                                                                                        | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                              |
| Corpo uterino                                                                                   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                              |
| Peri-neural                                                                                     | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                              |
| Vagina                                                                                          | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                              |
| Parametrial                                                                                     | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                              |
| Linfonodos regionais examinados e comprometidos                                                 |                                                                                        |
| <b>Margens cirúrgicas</b>                                                                       |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Livres                                                                 | <input type="checkbox"/> Comprometidas                                                 |
| <input type="checkbox"/> Impossível de serem avaliadas                                          |                                                                                        |
| Diagnóstico Descritivo                                                                          |                                                                                        |
| Controle de representação histológica                                                           |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Fragmentos                                                             | <input type="checkbox"/> Blocos                                                        |
| <input type="checkbox"/> Material insatisfatório por                                            |                                                                                        |
| Data da liberação do resultado                                                                  |                                                                                        |
| Médico responsável pelo resultado                                                               | CRM                                                                                    |
| CNPF (CPF)                                                                                      |                                                                                        |



## ITEM 86 – REQUISIÇÃO DE EXAME HISTOPATOLÓGICO – MAMA

| MINISTÉRIO DA SAÚDE                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                      | REQUISIÇÃO DE EXAME HISTOPATOLÓGICO - MAMA                                                                                                                       |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                      | Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama                                                                                               |            |
| UF                                                                                                                                                                                                                                                             | Código da Unidade de Saúde (CNE)                                     |                                                                                                                                                                  |            |
| Unidade de Saúde                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                      |                                                                                                                                                                  |            |
| Código do Município                                                                                                                                                                                                                                            | Município                                                            | Prontuário                                                                                                                                                       |            |
| INFORMAÇÕES PESSOAIS                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                  |            |
| Cartão SUS                                                                                                                                                                                                                                                     | Sexo                                                                 |                                                                                                                                                                  |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino |                                                                                                                                                                  |            |
| Nome completo do(a) paciente                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                  |            |
| Apelido do(a) paciente                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                      |                                                                                                                                                                  |            |
| Nome completo da mãe                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                  |            |
| Identidade                                                                                                                                                                                                                                                     | Órgão Emissor                                                        | UF                                                                                                                                                               | CNPJ (CPF) |
| Data de Nascimento                                                                                                                                                                                                                                             | Idade                                                                | Cor/Raça                                                                                                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                      | <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena |            |
| Dados Residenciais                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                      |                                                                                                                                                                  |            |
| Logradouro                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                      |                                                                                                                                                                  |            |
| Número                                                                                                                                                                                                                                                         | Complemento                                                          | Bairro                                                                                                                                                           | UF         |
| Código do Município                                                                                                                                                                                                                                            | Município                                                            |                                                                                                                                                                  |            |
| CEP                                                                                                                                                                                                                                                            | DDD                                                                  | Telefone                                                                                                                                                         |            |
| Ponto de Referência                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                      |                                                                                                                                                                  |            |
| ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo |                                                                      |                                                                                                                                                                  |            |
| DADOS CLÍNICOS                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                      |                                                                                                                                                                  |            |
| 1. Tipo de Exame histopatológico                                                                                                                                                                                                                               |                                                                      | 5. Detecção da lesão:                                                                                                                                            |            |
| <input type="checkbox"/> Revisão de lâmina                                                                                                                                                                                                                     |                                                                      | <input type="checkbox"/> Exame Clínico da Mama <input type="checkbox"/> Imagem (não palpável)                                                                    |            |
| <input type="checkbox"/> Imunohistoquímica                                                                                                                                                                                                                     |                                                                      | 5a. Diagnóstico de Imagem                                                                                                                                        |            |
| <input type="checkbox"/> Biópsia / Pega                                                                                                                                                                                                                        |                                                                      | <input type="checkbox"/> Microcalcificação <input type="checkbox"/> Nódulo                                                                                       |            |
| 2. Apresenta risco elevado* para câncer de mama?                                                                                                                                                                                                               |                                                                      | <input type="checkbox"/> Distorção <input type="checkbox"/> Assimetria                                                                                           |            |
| <input type="checkbox"/> Sim                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                      | 6. Característica da lesão                                                                                                                                       |            |
| <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                      | <input type="checkbox"/> MAMA DIREITA <input type="checkbox"/> MAMA ESQUERDA                                                                                     |            |
| <input type="checkbox"/> Não sabe                                                                                                                                                                                                                              |                                                                      | Localização                                                                                                                                                      |            |
| * Risco elevado são:                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                      | <input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM                                              |            |
| Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:                                                                                                                                                                 |                                                                      | <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf                                      |            |
| - câncer de mama antes dos 50 anos de idade;                                                                                                                                                                                                                   |                                                                      | <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA                                                                                                         |            |
| - câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;                                                                                                                                                                                       |                                                                      | TAMANHO                                                                                                                                                          |            |
| Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | <input type="checkbox"/> < 2cm <input type="checkbox"/> 2 a 5cm <input type="checkbox"/> Não palpável                                                            |            |
| Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ                                                                                                                                                |                                                                      | <input type="checkbox"/> > 5 a 10cm <input type="checkbox"/> > 10cm                                                                                              |            |
| 3. Você está grávida ou amamentando?                                                                                                                                                                                                                           |                                                                      | 7. Linfonodo axilar palpável?                                                                                                                                    |            |
| <input type="checkbox"/> Sim                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                      | <input type="checkbox"/> Sim                                                                                                                                     |            |
| <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                      | <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                     |            |
| <input type="checkbox"/> Não sabe                                                                                                                                                                                                                              |                                                                      | 8. Material enviado procedente de:                                                                                                                               |            |
| 4. Tratamento anterior para câncer de mama?                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | <input type="checkbox"/> Biópsia incisional <input type="checkbox"/> Excisão de ductos principais                                                                |            |
| <input type="checkbox"/> Sim                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                      | <input type="checkbox"/> Biópsia excisional <input type="checkbox"/> Mastectomia glandular                                                                       |            |
| <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                      | <input type="checkbox"/> Biópsia por agulha grossa (core biopsy) <input type="checkbox"/> Ressecção segmentar com esvaziamento axilar                            |            |
| 4a. Tipo de tratamento                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                      | <input type="checkbox"/> Biópsia estereotáxica <input type="checkbox"/> Mastectomia simples                                                                      |            |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia mesma mama <input type="checkbox"/> Radioterapia mesma mama                                                                                                                                                                  |                                                                      | <input type="checkbox"/> Ressecção segmentar <input type="checkbox"/> Mastectomia radical e radical modificada                                                   |            |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia outra mama <input type="checkbox"/> Radioterapia outra mama                                                                                                                                                                  |                                                                      |                                                                                                                                                                  |            |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Hormônio                                                                                                                                                                                       |                                                                      |                                                                                                                                                                  |            |
| Data da Coleta                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                      | Examinador                                                                                                                                                       |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                      |                                                                                                                                                                  |            |



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**BORDA DA MATA**

ADMINISTRAÇÃO 2025/2028

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Av. Lauro Megale, nº 600 – Santo Antônio, Borda da Mata  
CEP 37564-000 / (35) 3445-4951  
www.bordadamata.mg.gov.br

**IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO**

|                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| CNPJ do Laboratório | Número do Exame |
| Nome do Laboratório | Recebido em:    |

**RESULTADO**

Procedimento cirúrgico

☐ Biópsia incisional ☐ Biópsia excisional ☐ Biópsia por agulha grossa (core biopsy) ☐ Biópsia estereotáxica ☐ Ressecção segmentar

☐ Excisão de ductos principais ☐ Mastectomia glandular ☐ Ressecção segmentar com esvaziamento axilar ☐ Mastectomia simples ☐ Mastectomia radical e radical modificada

Recebido em

**EXAME MACROSCÓPICO**

Adequabilidade do material

☐ Satisfatória ☐ Insatisfatória por

| TAMANHO DO TUMOR                |                                  |                                |                                        |                                  |                                  |                                |                                        |
|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|
| Dimensão máxima tumor dominante |                                  |                                |                                        | Dimensão máxima tumor secundário |                                  |                                |                                        |
| <input type="checkbox"/> < 2cm  | <input type="checkbox"/> 2 - 5cm | <input type="checkbox"/> > 5cm | <input type="checkbox"/> Não avaliável | <input type="checkbox"/> < 2cm   | <input type="checkbox"/> 2 - 5cm | <input type="checkbox"/> > 5cm | <input type="checkbox"/> Não avaliável |

**EXAME MICROSCÓPICO**

**MICROCALCIFICAÇÕES**

☐ Sim ☐ Não

**LESÃO DE CARÁTER BENIGNO**

- ☐ Hiperplasia ductal sem atipias  
☐ Hiperplasia ductal com atipias  
☐ Hiperplasia lobular com atipias  
☐ Adenose, SOE  
☐ Lesão esclerosante radial  
☐ Condição fibrocística  
☐ Fibroadenoma  
☐ Papiloma solitário  
☐ Papiloma múltiplo  
☐ Papilomatose florida do mamilo  
☐ Mastite  
☐ Outros

**LESÃO DE CARÁTER NEOPLÁSICO MALIGNO (TIPO PREDOMINANTE)**

- ☐ Carcinoma intraductal (*in situ*) de baixo grau histológico  
☐ Carcinoma intraductal (*in situ*) de grau intermediário  
☐ Carcinoma intraductal (*in situ*) de alto grau histológico  
☐ Carcinoma lobular *in situ*  
☐ Doença de Paget do mamilo sem tumor associado  
☐ Carcinoma ductal infiltrante  
☐ Carcinoma ductal infiltrante com componente intraductal predominante  
☐ Carcinoma lobular invasivo  
☐ Carcinoma tubular  
☐ Carcinoma mucinoso  
☐ Carcinoma medular  
☐ Outros

**TIPO HISTOLÓGICO ASSOCIADO SECUNDÁRIO**

☐ Sim - especifique  
☐ Não

Data da liberação do resultado

Médico Responsável pelo resultado CRM CNPF(CPF)

**Localização**

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

UQsup - União dos quadrantes superiores  
UQmed - União dos quadrantes mediais  
UQinf - União dos quadrantes inferiores  
RRA - Região retroareolar  
PA - Prolongamento axilar

**OUTROS ASPECTOS HISTOLÓGICOS**

- Multifocalidade do tumor ☐ Sim ☐ Não ☐ Não avaliável  
Multicentricidade do tumor ☐ Sim ☐ Não ☐ Não avaliável  
Grau histológico ☐ I ☐ II ☐ III ☐ Não avaliável  
Invasão vascular ☐ Sim ☐ Não ☐ Não avaliável  
Infiltração perineural ☐ Sim ☐ Não ☐ Não avaliável  
Embolização linfática ☐ Sim ☐ Não ☐ Não avaliável

**Extensão do tumor:**

Pele ☐ Sim. Com ulceração ☐ Sim. Sem ulceração  
☐ Não ☐ Não avaliável

Mamilo ☐ Sim ☐ Não ☐ Não avaliável  
Músculo peitoral ☐ Sim ☐ Não ☐ Não avaliável  
Fáscia do peitoral ☐ Sim ☐ Não ☐ Não avaliável  
Gradil costal ☐ Sim ☐ Não ☐ Não avaliável

Margens Cirúrgicas ☐ Livres (sem tumor detectável) ☐ Comprometidas ☐ Não avaliável

Linfonodos ☐ Axilares ☐ Supraclaviculares

Número de linfonodos avaliados

Número de linfonodos comprometidos:

☐ 0 (zero) ☐ 1 a 3 ☐ 4 a 10 ☐ mais de 10

Presença de coalescência linfonodal ☐ Sim ☐ Não ☐ Não avaliável

Extravasamento da cápsula linfonodal ☐ Sim ☐ Não ☐ Não avaliável

**Receptores hormonais:**

Receptor de estrogênio ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ NR

Receptor de progesterona ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ NR

**Outros estudos imuno-histoquímicos:**

☐ Sim, especifique

☐ Não

Observações



## ITEM 87 – REQUISICAO DE MAMOGRAFIA

| MINISTÉRIO DA SAÚDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA                                                                                                                                                 |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                      |                                                                                                                                                                          |            |
| Programa Estadual de Minas Gerais de Controle do Câncer de Mama                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                      |                                                                                                                                                                          |            |
| UF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Código da Unidade de Saúde (CNES)                                    |                                                                                                                                                                          |            |
| Unidade de Saúde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |                                                                                                                                                                          |            |
| Código Município                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Município                                                            | Prontuário                                                                                                                                                               |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                      |                                                                                                                                                                          |            |
| INFORMAÇÕES PESSOAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                          |            |
| Cartão SUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sexo                                                                 |                                                                                                                                                                          |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino |                                                                                                                                                                          |            |
| Nome completo do(a) paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                          |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Apelido do(a) paciente                                               |                                                                                                                                                                          |            |
| Nome completo da Mãe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                      |                                                                                                                                                                          |            |
| Identidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Órgão Emissor                                                        | UF                                                                                                                                                                       | CNPJ (CPF) |
| Data de Nascimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Idade                                                                | Cor/Raça                                                                                                                                                                 |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                      | <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena / Etnia |            |
| Dados Residenciais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                      |                                                                                                                                                                          |            |
| Logradouro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                      |                                                                                                                                                                          |            |
| Número                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Complemento                                                          |                                                                                                                                                                          |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                      | Bairro                                                                                                                                                                   | UF         |
| Código Município                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Município                                                            |                                                                                                                                                                          |            |
| CEP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DDD                                                                  | Telefone                                                                                                                                                                 |            |
| Ponto de Referência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                                                                                                                                                                          |            |
| Escolaridade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                          |            |
| <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo                                                                                                                                                                                       |                                                                      |                                                                                                                                                                          |            |
| DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                      |                                                                                                                                                                          |            |
| 1 - Tem nódulo ou caroço na mama?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                      | 3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?                                                                                       |            |
| <input type="checkbox"/> Sim, mama direita                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                      | <input type="checkbox"/> Sim                                                                                                                                             |            |
| <input type="checkbox"/> Sim, mama esquerda                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                      | <input type="checkbox"/> Nunca foram examinadas anteriormente                                                                                                            |            |
| <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                                          |            |
| 2 - Apresenta risco elevado* para câncer de mama?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                      | 4 - Fez mamografia alguma vez?                                                                                                                                           |            |
| <input type="checkbox"/> Sim                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                      | <input type="checkbox"/> Sim. Quando fez a última mamografia?                                                                                                            |            |
| <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                      | <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                             |            |
| <input type="checkbox"/> Não sabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                      | <input type="checkbox"/> Não sabe                                                                                                                                        |            |
| * Risco elevado são:<br>Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:<br>- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;<br>- câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária.<br>Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;<br>Mulheres com diagnósticos histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ. |                                                                      |                                                                                                                                                                          |            |

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe da paciente preenchidos.



INDICAÇÃO CLÍNICA

5 - Mamografia diagnóstica ☐ mama direita ☐ mama esquerda ☐ ambas

☐ 5a. 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

☐ 5b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita

☐ nódulo

☐ microcalcificação

☐ assimetria focal

☐ assimetria difusa

☐ área densa

☐ distorção focal

Mama esquerda

☐ nódulo

☐ microcalcificação

☐ assimetria focal

☐ assimetria difusa

☐ área densa

☐ distorção focal

☐ 5c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita

☐ nódulo

☐ microcalcificação

☐ assimetria focal

☐ assimetria difusa

☐ área densa

☐ distorção focal

Mama esquerda

☐ nódulo

☐ microcalcificação

☐ assimetria focal

☐ assimetria difusa

☐ área densa

☐ distorção focal

☐ 5d. Avaliação da resposta de QT neo-adjuvante

☐ Mamografia de rastreamento

Data de solicitação

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

Examinador

\_\_\_\_

Número do Exame:

\_\_\_\_

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

5 - Mamografia Diagnóstica

5a. Achados no exame clínico

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

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

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

5c - Lesão com diagnóstico de câncer

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

5d - Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante

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

6 - Mamografia de Rastreamento

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

Localização

QSL - Quadrante superior lateral

QIL - Quadrante inferior lateral

QSM - Quadrante superior medial

QIM - Quadrante inferior medial

UQlat - União dos quadrantes laterais

UQsup - União dos quadrantes superiores

UQint - União dos quadrantes internos

UQmed - União dos quadrantes mediais

RRA - Região retroareolar

RC - Região central (união de todos os quadrantes)

PA - Prolongamento axilar

NR - Não realizado





**ITEM 88 – RESUMO DE BOLETIM DE CAMPO E LABORATÓRIO –  
LIRAA:**

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE  
Resumo do Boletim de Campo e Laboratório - LIRAA  
Formulário para Digitação

Município: Estado: Estrato:

|                         |                   |  |
|-------------------------|-------------------|--|
| Número de Imóveis       | Programados:      |  |
|                         | Trabalhados:      |  |
| <i>Aedes aegypti</i>    | Terrenos Baldios: |  |
|                         | Outros Imóveis:   |  |
| <i>Aedes albopictus</i> | Terrenos Baldios: |  |
|                         | Outros Imóveis:   |  |

| Número de Recipientes positivos para <i>Aedes aegypti</i> por tipo |        | Quantidade |
|--------------------------------------------------------------------|--------|------------|
| Descrição                                                          | Código |            |
| Caixa de água ligada à rede (depósitos elevados)                   | A1     |            |
| Depósitos ao nível do solo (barril, tina tambor, tanque, poço)     | A2     |            |
| Dep. móveis (vasos/frascos, pratos, pingadeiras, bebedouros, etc.) | B      |            |
| Depósitos fixos (tanques obras e borracharias, calhas, lajes etc.) | C      |            |
| Pneus e outros materiais rodantes                                  | D1     |            |
| Lixo (recip. plasticos, garrafas, latas), sucatas em ferro velhos) | D2     |            |
| Depositos naturais                                                 | E      |            |
| Total Geral:                                                       |        |            |
| Número de Recipientes positivos para <i>Aedes albopictus</i>       |        |            |

Data: \_\_\_\_\_

Responsável pelas informações: \_\_\_\_\_



República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde

## SISPNC - SISTEMA DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE

[illegible]



## ITEM 90 – RÓTULO DE REDES

|                                   |
|-----------------------------------|
| ACE solicitante:                  |
| Data:                             |
| ACE serviço:                      |
| Localidade:                       |
| Rua:                              |
| Quarteirão:                       |
| Rede: [ ] 250L [ ] 500L [ ] 1000L |
| Descoberta: [ ] Sim [ ] Não       |

## ITEM 91 - RÓTULO LARVÁRIO:

| MS/DENGUE/ENTOMOLOGIA            |                      |
|----------------------------------|----------------------|
| Nº de amostra: _____             |                      |
| Município:                       | _____                |
| Bairro:                          | _____                |
| Estrato:                         | _____                |
| Quart:                           | Casa nº: _____       |
| Rua:                             | _____                |
| Depósito:                        | _____                |
| Código do depósito:              | _____                |
| Nº de larvas:                    | Pupas: _____         |
| ACE:                             | _____                |
| Data:                            | ____/____/____       |
| Laboratório: Nº de larvas/Pupas: | _____                |
| Ae. Aegypti: Larvas :            | Pupas: _____         |
| Ae. Albopictus: Larvas:          | Pupas: _____         |
| Outros: Larvas:                  | Pupas: _____         |
| Resp.:                           | Data: ____/____/____ |

## ITEM 92 – SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO MÉDICA

|                                                                                     |                                               |                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|
|  | <b>Prefeitura Municipal<br/>Borda da Mata</b> | <b>SECRETARIA MUNICIPAL<br/>DE SAÚDE</b> |
| Solicito avaliação no serviço de _____                                              |                                               |                                          |
| para _____ com quadro clínico de _____                                              |                                               |                                          |
| _____/_____/_____                                                                   |                                               |                                          |

[illegible]

|                   |      |                    |                |                                                     |            |
|-------------------|------|--------------------|----------------|-----------------------------------------------------|------------|
| <b>Unidade:</b>   |      | <b>Área:</b>       |                | <b>Microárea:</b>                                   |            |
|                   |      |                    |                |                                                     |            |
| Nº                | Nome | Data de Nascimento | Data da Visita | Turno                                               | Assinatura |
|                   |      |                    |                |                                                     |            |
| Motivo da Visita: |      |                    |                | Visita Compartilhada: ( ) Sim ( ) Não Profissional: |            |
| Nº                | Nome | Data de Nascimento | Data da Visita | Turno                                               | Assinatura |
|                   |      |                    |                |                                                     |            |
| Motivo da Visita: |      |                    |                | Visita Compartilhada: ( ) Sim ( ) Não Profissional: |            |
| Nº                | Nome | Data de Nascimento | Data da Visita | Turno                                               | Assinatura |
|                   |      |                    |                |                                                     |            |
| Motivo da Visita: |      |                    |                | Visita Compartilhada: ( ) Sim ( ) Não Profissional: |            |
| Nº                | Nome | Data de Nascimento | Data da Visita | Turno                                               | Assinatura |
|                   |      |                    |                |                                                     |            |
| Motivo da Visita: |      |                    |                | Visita Compartilhada: ( ) Sim ( ) Não Profissional: |            |
| Nº                | Nome | Data de Nascimento | Data da Visita | Turno                                               | Assinatura |
|                   |      |                    |                |                                                     |            |
| Motivo da Visita: |      |                    |                | Visita Compartilhada: ( ) Sim ( ) Não Profissional: |            |
| Nº                | Nome | Data de Nascimento | Data da Visita | Turno                                               | Assinatura |
|                   |      |                    |                |                                                     |            |
| Motivo da Visita: |      |                    |                | Visita Compartilhada: ( ) Sim ( ) Não Profissional: |            |