



Secretaria de Saúde  
Saúde para todos

Carro \_\_\_\_\_

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

Nº 8255

QUANT.	DISCRIMINAÇÃO
	LITROS DE GASOLINA
	LITROS DE ÓLEO DIESEL
	LITROS DE ÁLCOOL

\_\_\_\_\_  
REQUISITANTE

\_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL







07



# **Secretaria Municipal de Saúde**

**Rua Presidente Vargas, 398 - 1º Andar - Centro - CEP 17690-000 - Bastos - SP**

151



# **Secretaria Municipal de Saúde**

Rua Presidente Vargas, 398 - 1º andar - Centro - CEP 17690-000 - Bastos-SP



# **Secretaria Municipal de Saúde**

Rua Presidente Vargas, 398 - 1° andar - Centro - CEP 17690-000 - Bastos-SP

Conheça aqui os principais cuidados que você deve ter para manter o mosquito da dengue longe de sua casa e da vizinhança.



**Prefeitura de Bastos**  
Secretaria Municipal de Saúde

REMOVA FOLHAS E TUDO QUE IMPEDIR A ÁGUA DE CORRER POR CALHAS DE ÁGUA DE CHUVA. RETIRE A ÁGUA ACUMULADA DAS LAJES.

MANTENHA A CAIXA D'ÁGUA FECHADA

ENTREGUE SEUS PNEUS VELHOS AO SERVIÇO DE LIMPEZA URBANA OU GUARDE EM LOCAL COBERTO.

VERIFIQUE SE TODOS OS RALOS DA CASA ESTÃO DESENTUPIDOS E, SE NÃO ESTIVER USANDO DEIXE-OS FECHADOS

LAVE BEM O SUPORTE DE GARRAFÕES DE ÁGUA MINERAL NA HORA DA TROCA

RETIRE A ÁGUA E LAVE COM SABÃO A BANDEJA EXTERNA DA GELADEIRA

GUARDE GARRAFAS E BALDES VAZIOS DE CABEÇA PARA BAIXO

JOGUE TODO OBJETO QUE ACUMULA ÁGUA NO LIXO. EXEMPLOS: TAMPAS DE GARRAFAS, CASCAS DE OVO, LATAS, COPOS DESCARTÁVEIS, PLÁSTICOS DE CIGARRO.

FECHE BEM SACOS PLÁSTICOS E MANTENHA A LIXEIRA TAMPADA EVITE ACUMULAR LIXO E ENTULHO.

LAVE A VASILHA DE ÁGUA DE SEUS ANIMAIS, PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA. COM BUCHA, SABÃO E ÁGUA CORRENTE.

DEIXE A TAMPA DE VASOS SANITÁRIOS SEMPRE FECHADA

COLOQUE AREIA NOS PRATINHOS DOS VASOS DE PLANTAS OU XAXINS. EVITE PLANTAS QUE ACUMULEM ÁGUA, COMO BROMÉLIAS. CASO FAÇA QUESTÃO, REGUE-AS COM UMA MISTURA DE 1 LITRO D'ÁGUA + 1 COLHER DE ÁGUA SANITÁRIA

TRATE A ÁGUA DA PISCINA COM CLORO E LIMPE-A UMA VEZ POR SEMANA. SE NÃO FOR USAR CUBRA, SE ESTIVER VAZIA COLOQUE 1 KG DE SAL NO PONTO MAIS RASO. MANTENHA LAGOS, CASCATAS E ESPELHOS D'ÁGUA SEMPRE LIMPOS, CRIANDO PEIXES OU TRATANDO A ÁGUA COM CLORO.





Notificação de Receita

UF	19-	BASTOS
SP		

UF	19-	BASTOS
SP		

**Identificação do Emitente**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**de Bastos**  
**Dr. Luiz Carlos Barufatti**  
 C.R.M. 38.617  
 Rua Presidente Vargas, 398 - 1º Andar - Centro  
 CEP 17690-000 - BASTOS - SP

Data \_\_\_\_\_

Paciente \_\_\_\_\_

Medicamento \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente - Nome \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Ass. Carimbo do Emitente

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_

Identidade N° \_\_\_\_\_

Orgão Emissor \_\_\_\_\_

Medicamento ou Substância
Quantidade e Forma Farmacêutica
Dose por Unidade Posológica
Posologia

Carimbo do Fornecedor \_\_\_\_\_

Nome do Vendedor \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

( ) C. S. BASTOS ( ) P. S. F. \_\_\_\_\_

CÓD. UNIDADE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA

--	--	--

## ATENDIMENTO BÁSICO

Nº ORDEM	Nº PRONTUÁRIO	NOME DO PACIENTE / ENDEREÇO	PROCEDIMENTO		ASSINATURA
			IDADE	DESCRIÇÃO	
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					

\_\_\_\_\_  
NOME E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL



Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Bastos

**FICHA DE NOTIFICAÇÃO RÁPIDA DE SUSPEITA DE AGRAVOS À SAÚDE DO TRABALHADOR**

Nome do Acidentado: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço (Rua/Av.nº): \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Data de Ocorrência: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Descrição do Agravado: \_\_\_\_\_

Empresa/Local onde Trabalha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Unidade de saúde que pertence: \_\_\_\_\_

Responsável pelo Preenchimento: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**“IDENIFICAR ESTE IMPRESSO COM O CARIMBO DA UNIDADE NOTIFICANTE”**

**Nome do Acidentado:** nome do trabalhador acidentado.

**Data de Nascimento:** do trabalhador.

**Nome da mãe:** do trabalhador.

**Endereço (Rua/Av.nº), bairro, município e telefone:** residência do trabalhador.

**Data da ocorrência:** dia da ocorrência do agravo.

**Descrição do Agravo:** descrever as lesões (local do corpo, bem como esmagamento, amputações queimaduras...) e o que causou (maquinas, quedas, transporte, intoxicações/ produtos químicos).

**Empresa/Local onde Trabalha:** informar os dados que possui, bem como, razão social, nome fantasia e outros

**Ocupação:** atividade profissional que estava desenvolvendo no momento do agravo.

**Unidade de saúde que pertence:** nome da Unidade de Saúde e/ou referência mais próxima de sua residência.

**Responsável pelo Preenchimento:** nome de quem realizou o preenchimento desta ficha.

**Data:** dia do registro do agravo.

**ATENÇÃO: “EM CASO DE ACIDENTE GRAVE OU FATAL COMUNICAR  
RAPIDAMENTE”**

11  
SVE- 01 NOTIFICAO DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) CSII BASTOS ( ) PSF I ( ) PSF II ( ) PSF III ( ) P.SOC

Nº do prontuário ou Ficha de atendimento ambulatorial : \_\_\_\_\_

Nome da doença : \_\_\_\_\_

Nome do doente: \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Nome da mãe ou responsável: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Outros endereços:(Local de trabalho, escola,etc.): \_\_\_\_\_

Local onde se encontra o doente: \_\_\_\_\_

Referência que facilite a localização do endereço : \_\_\_\_\_

Nome do notificante: \_\_\_\_\_

Ocupação do notificante: \_\_\_\_\_

Endereço do notificante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do responsável pelo preenchimento

SVE- 01 NOTIFICAO DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) CSII BASTOS ( ) PSF I ( ) PSF II ( ) PSF III ( ) P.SOC

Nº do prontuário ou Ficha de atendimento ambulatorial : \_\_\_\_\_

Nome da doença : \_\_\_\_\_

Nome do doente: \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Nome da mãe ou responsável: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Outros endereços:(Local de trabalho, escola,etc.): \_\_\_\_\_

Local onde se encontra o doente: \_\_\_\_\_

Referência que facilite a localização do endereço : \_\_\_\_\_

Nome do notificante: \_\_\_\_\_

Ocupação do notificante: \_\_\_\_\_

Endereço do notificante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do responsável pelo preenchimento



# VIGILÂNCIA SANITÁRIA

AV. 18 DE JUNHO, 162 - CENTRO - CEP 17690-000 - BASTOS - SP

**T E R M O**

**TRMA-A**

**Nº 1212**

- A  INTIMAÇÃO AIF nº \_\_\_\_\_ lavrado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- B  APREENSÃO PRODUTO      E  LIBERAÇÃO DO PRODUTO      H  APREENSÃO EQUIPAMENTO
- C  INTERDIÇÃO PRODUTO      F  DEPÓSITO DO PRODUTO      I  INTERDIÇÃO EQUIPAMENTO
- D  INUTILIZAÇÃO PRODUTO      G  LIBERAÇÃO DO ESTABELECIMENTO      J  LIBERAÇÃO DO EQUIPAMENTO

Aos \_\_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_ hs  
eu \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, autoridade sanitária, credencial nº \_\_\_\_\_

**LAVRO ESTE TÉRMO** para empresa (razão social) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_  
nome fantasia \_\_\_\_\_  
estabelecida à (rua/nº/bairro) \_\_\_\_\_  
município **BASTOS** CEP **17690-000** Fone \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_  
representada por (nome) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_  
residente à (rua/nº/bairro) \_\_\_\_\_  
município **BASTOS** CEP **17690-000**  
com atividade (s) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

por incorrer em infração considerada de risco à saúde (descreva detalhadamente)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nota:** O VERSO DEVE SER USADO PARA COMPLEMENTAR O HISTÓRICO DO FATOS.

contraria o disposto no(s) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Na alternativa "A" termo de intimação, citar o número e a data da lavratura do auto de infração / AIF.

\_\_\_\_\_  
CIENTE EM

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO AUTUADO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DA AUTORIDADE SANITÁRIA

Blank lined paper with horizontal ruling lines.



**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS  
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Anexo Comunicado CVS - 101, de 05/10/2011

**ROTEIRO DE INSPEÇÃO  
AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA PARA CONTROLE DA DENGUE**

Grupo de Vigilância Sanitária (GVS): \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

**Dados do local inspecionado:**

Razão Social: \_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_

Representante Legal: \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Ramo de Atividade: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

**Inspeção Sanitária**     Rotina     Denúncia     Outra \_\_\_\_\_

**Situações de Risco: Estruturas, equipamentos, recipientes e outros objetos sem proteção ou com acúmulo de água.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Pratos de vasos com plantas   | <input type="checkbox"/> 15. Caixas-d'água, tonéis, depósitos d' água em geral                                   |
| <input type="checkbox"/> 2. Plantas em vasos d' água para enraizar  | <input type="checkbox"/> 16. Poços cacimba   |
| <input type="checkbox"/> 3. Vasos de água com plantas   | <input type="checkbox"/> 17. Filtros e recipientes para água de consumo humano                                   |
| <input type="checkbox"/> 4. Vasos vazios, baldes, regadores etc.  | <input type="checkbox"/> 18. Caixas de descarga, vasos sanitários com pouco uso e trilho de box dos banheiros    |
| <input type="checkbox"/> 5. Materiais inservíveis dispostos a céu aberto (latas, garrafas, tampas, brinquedos, copos plásticos, recipientes e outros objetos que acumulam água) | <input type="checkbox"/> 19. Lixeiras externas   |
| <input type="checkbox"/> 6. Recipientes de água mineral retornável  | <input type="checkbox"/> 20. Lixo doméstico  |
| <input type="checkbox"/> 7. Pneus   | <input type="checkbox"/> 21. Áreas externas em geral (terrenos baldios, jardins, quintais, etc)                  |
| <input type="checkbox"/> 8. Calhas, coletores de água pluviais, caixas de inspeção, drenos etc.   | <input type="checkbox"/> 22. Bandeja de coleta de água da geladeira  |
| <input type="checkbox"/> 9. Ralos com pouco uso   | <input type="checkbox"/> 23. Obras de construção civil   |
| <input type="checkbox"/> 10. Condicionadores de ar  | <input type="checkbox"/> 24. Lajes   |
| <input type="checkbox"/> 11. Piscinas   | <input type="checkbox"/> 25. Aquários de peixes  |
| <input type="checkbox"/> 12. Chafarizes, fontes, espelhos d' água, cascatas, lagos e outros   | <input type="checkbox"/> 26. Bebedouros de animais domésticos  |
| <input type="checkbox"/> 13. Bromélias e outras plantas que acumulam água entre as folhas   | <input type="checkbox"/> 27. Barcos, canoas, caiaques e outras embarcações                                       |
| <input type="checkbox"/> 14. Muros com cacos de vidros, cercas, tocos de madeira ou outras superfícies que acumulem água  | <input type="checkbox"/> Outros _____  |
|   | <input type="checkbox"/> NÃO IDENTIFICADA NENHUMA SITUAÇÃO DE RISCO NA PROPRIEDADE/ESTABELECIMENTO INSPECIONADO. |



### Medidas Adotadas

- Orientação Técnica
- Termo de Notificação
- Termo de Intimação
- Auto de Infração nº \_\_\_\_\_
- Prazo \_\_\_\_\_ para sanar as irregularidades de forma alternativa ou definitiva.
- Comunicação à equipe de controle de vetores ou de outros setores.
- Outras \_\_\_\_\_

### Outras informações

- Os dados constantes da inspeção devem ser registrados no Sistema de Informação em Vigilância Sanitária (SIVISA), nos termos da Portaria CVS - 4, de 21/03/2011.

- Considerar para as ações, dentre outros, os seguintes dispositivos legais de referência:

Lei estadual nº 10.083 de 23 de setembro de 1998- Artigos 2º (inciso II, V e VI); 12, 14, 15, 18, 24, 27, 92, 93, 95, 110, 111, 112 (inciso I, III, V e XIII); 122 (inciso III, VII, VIII, XIX e XX) e 145

Decreto Estadual nº 12.342 de 27 de setembro de 1978- Artigos 9, 11, 355 e 539

Resolução SS-16, de 28 de janeiro de 1991

Observação: Verificar a existência de outras legislações municipais.

Inspeção sanitária realizada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_:\_\_\_\_h

\_\_\_\_\_  
Responsável pelo local

CPF ou RG \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Autoridade Sanitária

Nome Legível \_\_\_\_\_

Credencial Nº \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Carimbo

Retorno programado para \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Outras informações:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

14

2032



# Secretaria Municipal de Saúde

## RELATÓRIO VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE BASTOS

Do	VISA DE BASTOS	Número	Ano	Rubrica
----	----------------	--------	-----	---------

INTERESSADO:-

ASSUNTO:-



# SIVISA - Sistema de Informação em Vigilância Sanitária SUS - Sistema Único de Saúde

## PROCEDIMENTOS EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

### I - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE EXECUTORA

1. NOME DA UNIDADE

### II - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

2. RAZÃO SOCIAL / NOME

3. NOME FANTASIA

4. CNPJ / CPF

5. NATUREZA JURÍDICA: PESSOA FÍSICA OU PESSOA JURÍDICA

6. CÓDIGO CNAE

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE À SAÚDE DO ESTABELECIMENTO

7. N° CEVS - CADASTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

### III - LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

8. LOGRADOURO

9. NÚMERO

10. COMPLEMENTO

11. BAIRRO

12. UF

13. NOME MUNICÍPIO

14. CEP

15. DDD

16. TELEFONE

17. FAX

18. ENDEREÇO ELETRÔNICO

### IV - CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO / LOCAL ALVO DO PROCEDIMENTO

19. SITUAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE, SE FOR O CASO, A INFORMAÇÃO SOLICITADA:

ALBERGANTE

ALBERGADO - INFORME CNPJ DO ALBERGANTE, NO CASO DE ALBERGADO TERCEIRIZADO:

20. REGISTRAR O CÓDIGO DO LOCAL, NO CASO DESTE SER ISENTO DO CADASTRO

ESPECIFIQUE:

### V - CARACTERIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

21. A. ORIGEM COD 21. B. FINALIDADE COD 22. AÇÃO COMPARTILHADA  MUNICIPAL  ESTADUAL  FEDERAL

23. PERÍODO DE EXECUÇÃO DATA INÍCIO A DATA TÉRMINO

24. PROCEDIMENTOS EXECUTADOS:  INSPEÇÃO SANITÁRIA  COLHEITA AMOSTRA  EDUCAÇÃO e COMUNICAÇÃO VIGILÂNCIA SANITÁRIA

25. AGENTE DE RISCOS DO AMBIENTE DE TRABALHO E PROCESSO PRODUTIVO - ASSINALE CONFORME AS ALTERNATIVAS PRESENTES: RESPECTIVO GRAU DE RISCO.

AGENTES:  QUÍMICOS  FÍSICOS  BIOLÓGICOS  ERGONÔMICOS  MECÂNICOS

26. OBJETIVO DOS PROCEDIMENTOS

27. PESSOAS CONTACTADAS (NA OBRIGATORIEDADE DA PRESENÇA DE RESPONSÁVEL TÉCNICO NO LOCAL, INFORMAR RESPECTIVOS DADOS)

28. RELATO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA NO LOCAL (UTILIZAR SEQUÊNCIA DE TÓPICOS DOS ROTEIROS DE INSPEÇÃO, QUANDO HOUVER)

29. PROVIDÊNCIAS REALIZADAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

30. RELACIONAR OS PROFISSIONAIS DA UNIDADE EXECUTORA RESPONSÁVEL PELOS PROCEDIMENTOS:

NOME	CPF
NOME	CPF
NOME	CPF
NOME	CPF
NOME	CPF
NOME	CPF
NOME	CPF

31. CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO

**VI - CONCLUSÃO DO PROCEDIMENTO**

32. ASSINALAR COM "X" EM UMA DAS OPÇÕES ABAIXO REFERENTE À SITUAÇÃO CONCLUSIVA DO LOCAL:

- NÃO SE APLICA       SATISFATÓRIO       SATISFATÓRIO COM RESTRIÇÕES  
 INSATISFATÓRIO       INSATISFATÓRIO COM INTERDIÇÃO PARCIAL       INSATISFATÓRIO COM INTERDIÇÃO TOTAL

33. ASSINALAR COM "X" EM UMA DAS OPÇÕES ABAIXO REFERENTE À CONDIÇÃO DE RISCO DO ESTABELECIMENTO:

- NÃO SE APLICA       ELEVADO       MODERADO       BAIXO

34. NÚMERO DE DIAS CONCEDIDOS PELA EQUIPE EXECUTORA PARA A ADEQUAÇÃO DO ESTABELECIMENTO



# SIVISA - Sistema de Informação em Vigilância Sanitária SUS - Sistema Único de Saúde

## INFORMAÇÕES EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

OBSERVAR INSTRUÇÕES ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

### I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE

1. Nº DO PROTOCOLO

2. DATA DO PROTOCOLO

3. Nº DO PROCESSO MÃE

### II - SOLICITAÇÃO

4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE, SE FOR O CASO, O Nº CEVS CORRESPONDENTE:

- ESTABELECIMENTO                     
  EQUIPAMENTO                     
  ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO

4 A. CÓDIGO CNAE                      DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE À SAÚDE DO ESTABELECIMENTO

4 B. Nº CEVS - CADASTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

5. TIPO DE SOLICITAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> CADASTRO / LICENÇA FUNCIONAMENTO INICIAL | <input type="checkbox"/> CANCELAMENTO DE LICENÇA FUNCIONAMENTO / DESATIVAÇÃO DO CEVS                            |
| <input type="checkbox"/> RENOVAÇÃO DE LICENÇA FUNCIONAMENTO       | <input type="checkbox"/> REATIVAÇÃO DO CEVS   |
| <input type="checkbox"/> SEGUNDA VIA DE LICENÇA FUNCIONAMENTO     | <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS - ASSINALE NO ITEM 6, ABAIXO, O(S) TIPO DE ALTERAÇÃO(es) |

6. TIPO DE ALTERAÇÃO - ASSINALE A(S) OPÇÃO(S) ABAIXO:

- ENDEREÇO                     
  ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA                     
 OU                     
  BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
- RESPONSABILIDADE LEGAL
- NÚMERO DE LEITOS
- NÚMERO E OU TIPO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE
- AMPLIAÇÃO / REDUÇÃO DE: ATIVIDADE / CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO                     
  RAZÃO SOCIAL
- FUSÃO                     
 OU                     
 INCORPORAÇÃO                     
 OU                     
 CISÃO                     
 OU                     
 SUCESSÃO                     
 \_\_\_\_\_  
 REGISTRE O CNPJ ANTERIOR

### III - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

7. RAZÃO SOCIAL / NOME

8. NOME FANTASIA

9. CNPJ / CPF

10. NATUREZA JURÍDICA:  PESSOA FÍSICA OU  PESSOA JURÍDICA

### IV - LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

11. LOGRADOURO

12. NÚMERO

13. COMPLEMENTO

14. BAIRRO

15. UF

16. NOME DO MUNICÍPIO

17. CEP

18. DDD

19. TELEFONE

20. FAX

21. ENDEREÇO ELETRÔNICO

### V - CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

22. POSSUI:
- A. PISCINA DE USO COLETIVO?                       SIM                       NÃO
- B. DISPENSAÇÃO DE PRODUTOS DE CONTROLE ESPECIAL?                       SIM                       NÃO

## V - CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO (CONT.)

23. SITUAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE, SE FOR O CASO, A INFORMAÇÃO SOLICITADA:

ALBERGANTE  ALBERGADO - INFORMTE CNPJ DO ALBERGANTE, NO CASO DE ALBERGADO TERCEIRIZADO: \_\_\_\_\_

24. TIPO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO E REGISTRE, SE FOR O CASO, A INFORMAÇÃO SOLICITADA:

MATRIZ MANTENEDORA  FILIAL / MANTIDO - INFORMTE CNPJ MATRIZ /MANTENEDORA, NO CASO DE FILIAL: \_\_\_\_\_

25. ESFERA ADMINISTRATIVA - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

PRIVADO  FEDERAL  ESTADUAL  MUNICIPAL

26. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

SINDICATO  SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO  ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - AUTARQUIAS  
 COOPERATIVA  ADMINISTRAÇÃO DIRETA - SAÚDE  ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - FUNDAÇÃO PÚBLICA  
 FUNDAÇÃO PRIVADA  ADMINISTRAÇÃO DIRETA - OUTROS ÓRGÃOS  ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - EMPRESA PÚBLICA  
 EMPRESA  ADMINISTRAÇÃO INDIRETA - ORGANIZAÇÃO SOCIAL PÚBLICA  
 EMPRESA DE ECONOMIA MISTA  ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS

27. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

UNIVERSITÁRIA  ESCOLA SUPERIOR ISOLADA  AUXILIAR DE ENSINO  NÃO POSSUI UNIDADE DESSE TIPO

28. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS / PROFISSIONAIS - CONSIDERE TODOS OS NÍVEIS DE FORMAÇÃO: SUPERIOR, TÉCNICO, MÉDIO E ELEMENTAR.

PRÓPRIOS  C/ VÍNCULO  AUTÔNOMOS  TERCEIRIZADOS  TOTAL

## VI - IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS

29. NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL \_\_\_\_\_

CPF  CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

30. RESPONSÁVEL TÉCNICO \_\_\_\_\_

CPF  SIGLA CONS. PROF.  UF  Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

31. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01 \_\_\_\_\_

CPF  SIGLA CONS. PROF.  UF  Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

32. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02 \_\_\_\_\_

CPF  SIGLA CONS. PROF.  UF  Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

33. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03 \_\_\_\_\_

CPF  SIGLA CONS. PROF.  UF  Nº INSCRIÇÃO CONSELHO

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO

## VII - ANEXOS

34. REGISTRE O NÚMERO DE FOLHAS, SEGUNDO OS ANEXOS UTILIZADOS PARA COMPLEMENTAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DESTE FORMULÁRIO:

ATIVIDADE RELACIONADA A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE  ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE  EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

Declaramos cumprir à legislação vigente e assumimos, civil e criminalmente, inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas neste formulário e seu(s) anexo(s).

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

Assinatura do Responsável Legal

Assinatura do Responsável Técnico

Assinatura do Responsável Técnico Subst. 01

Assinatura do Responsável Técnico Subst. 02

Assinatura do Responsável Técnico Subst. 03

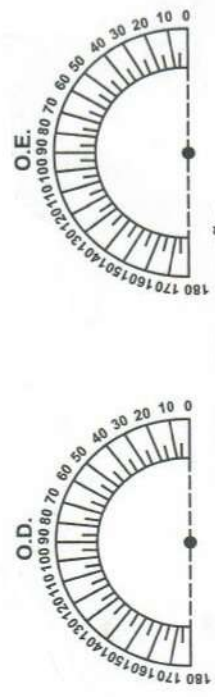
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BASTOS**  
**ATENDIMENTO OFTALMOLÓGICO**

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

Observações: \_\_\_\_\_

Bastos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Assinatura



**EXAME DE REFRAÇÃO**

LONGE	ESF.	CIL.	EIXO
O.D.			
O.E.			DP=
			m/m

PERTO	ESF.	CIL.	EIXO
O.D.			
O.E.			DP=
			m/m

## Agendamento das consultas do pré-natal

Escreva ao lado suas dúvidas para as próximas consultas.

1ª consulta	/ / Data
2ª consulta	/ / Data
3ª consulta	/ / Data
4ª consulta	/ / Data
5ª consulta	/ / Data
6ª consulta	/ / Data
7ª consulta	/ / Data
8ª consulta	/ / Data
9ª consulta	/ / Data
10ª consulta	/ / Data
11ª consulta	/ / Data
12ª consulta	/ / Data
13ª consulta	/ / Data
14ª consulta	/ / Data
Consulta Odontológica	/ / Data
Consulta Odontológica	/ / Data

## Identificação

Número do cartão SUS

Número Sisprenatal

Número do NIS

cole aqui  
a sua foto

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

Como gosta de ser chamada: \_\_\_\_\_

Nome do(a) companheiro(a) /opcional: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: / / Idade: \_\_\_\_\_

Raça: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena

Trabalha fora de casa: ( ) Sim ( ) Não

Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Ponto de referência: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Tel. fixo: \_\_\_\_\_ Tel. celular: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Em situação de emergência, ligar para: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

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

Companheiro(a)  Familiar  Amigo(a)  Outros

Caso eu perca esta caderneta e você a encontrar, por favor me telefone. Ela é muito importante para mim e para meu bebê.



## Exames

Data Resultado

Data Resultado

ABO-RH

Glicemia de Jejum

Teste Oral de Tolerância a Glicose

Sífilis (teste rápido)

VDR<sup>L</sup>

HIV/Anti HIV (teste rápido)

Hepatite B - HBsAg

Toxoplasmose

Hemoglobina Hematócrito

Urina-EAS

Urina-Cultura

Coombs Indireto

Outro

Outro

Outro

## Elektroforese de Hemoglobina

Padrão AA

Heterozigose AS AC

Homozigose SS SC

Data Resultado

## Antecedentes familiares

NÃO SIM

NÃO SIM

NÃO SIM

Diabetes  Hipertensão arterial  Gestar  Outras

## Gestações

Abortos

Parto vaginal

Nascidos vivos

Gestas

3 ou + abortos

Ectópica

Parto

Cesárea

Nascidos mortos

Bebê <2.500g

Bebê >4.500g

Pré-eclâmp. Eclâmpsia

2 cesáreas prévias

Final da gestação anterior há 1 an

## Antecedentes clínicos obstétricos

NÃO SIM

NÃO SIM

Diabetes  Cardiopatia

Infecção urinária  Tromboembolismo

Infertilidade  Hipertensão arterial

Dific. amamentação  Outros

Cir. pélv. uterina

Cirurgia

Outros

## Gestação atual

NÃO SIM

NÃO SIM

Fumo (nº de cigarros)  Anemia

Álcool  Inc. istmocervical

Outras drogas  Ameaça de parto premat.

Violaência doméstica  Isoimunização Rh

HIV/Aids  Oligo/polidrâmmio

Sífilis  Rut. prem. membrana

Toxoplasmose  CIUR

Infecção urinária  Pós-datismo

Outros  Febre

Hipertensão arterial

Pré-eclâmpsia/eclâmp.

Cardiopatia

Diabetes gestacional

Uso de insulina

Hemorragia 1º trim.

Hemorragia 2º trim.

Hemorragia 3º trim.

Exantema/rash cutâneo

## Vacina an tífetânica

Sem informação de imunização

Imunizada há menos de 5 anos

Imunizada há mais de 5 anos

1ª dose / /

2ª dose / /

3ª dose / /

Reforço / /

## Hepatite B

Imunizada

1ª dose / / 2ª dose (1 mês após a 1ª dose) / /

3ª dose (6 meses após a 1ª dose) / /

## Influenza

data / /

## dTpa

data / /

## Tratamento para Sífilis

1ª dose / / 2ª dose / / 3ª dose / /

Malária

Somente para gestantes da Região Amazônica.

Neg.

Pos.

Outro

## Suplementação Sulfato ferroso

SIM

NÃO

## Suplementação Ácido fólico

SIM

NÃO

## Ultrassonografia

Data IG DUM IG USG Peso fetal Placenta Líquido Outros

/ /

/ /

/ /

	1ª	2ª
Data		
Queixa		
IG - DUM/USG		
Peso (kg)/IMC		
Edema		
Pressão arterial (mmHG)		
Altura uterina (cm)		
Apresentação fetal		
BCF/Mov. fetal		
Toque, se indicado		
Exantema (presença ou relato)		

Observação, diagnóstico e conduta		
-----------------------------------	--	--

Participou de atividades educativas

SIM  NÃO

Data / /

Data / /

Data / /

Realizou visita à maternidade

SIM  NÃO

Data / /

	3ª	4ª	5ª	6ª
Data				
Queixa				
IG - DUM/USG				
Peso (kg)/IMC				
Edema				
Pressão arterial (mmHG)				
Altura uterina (cm)				
Apresentação fetal				
BCF/Mov. fetal				
Toque, se indicado				
Exantema (presença ou relato)				

Observação, diagnóstico e conduta				
-----------------------------------	--	--	--	--

Assinatura Assinatura Assinatura Assinatura Assinatura

7<sup>o</sup>

8<sup>o</sup>

9<sup>o</sup>

10<sup>o</sup>

11<sup>o</sup>

12<sup>o</sup>

13<sup>o</sup>

14<sup>o</sup>

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura



# FICHA PERINATAL – Ambulatório

Unidade

Nome \_\_\_\_\_ Como quer ser chamada \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ anos Estado civil/união \_\_\_\_\_ Casada Solteira  
 <15 anos >35 anos Estável Outro  
 Abortos \_\_\_\_\_ Gestas prévias \_\_\_\_\_ Parto vaginal \_\_\_\_\_  
 Instrução \_\_\_\_\_ Nenhuma Prim. Secund. Univ. 3 ou + abortos Antecedentes obstétricos

Peso anterior \_\_\_\_\_ Gravidez \_\_\_\_\_ Risco habitual Alto risco Ectópica \_\_\_\_\_  
 Altura cm \_\_\_\_\_ Gravidez planejada \_\_\_\_\_ SIM NÃO <2.500 g >4.500 g Parto \_\_\_\_\_  
 DUM / / Tipo de gravidez Única Gemelar Tripla ou mais Ignorada Parto 2 cesáreas prévias Cesárea \_\_\_\_\_  
 DPP / / Parto 2 cesáreas prévias Nascidos vivos Nascidos mortos Morreram na 1ª semana Morreram depois da 1ª semana  
 DPP eco / / Final da gestação anterior de 1 ano NÃO SIM

Hospitalização na gravidez NÃO SIM Dias \_\_\_\_\_ Antecedentes clínicos

Grupo Rh+ NÃO Rh- SIM Sensibilizada \_\_\_\_\_  
 Antecedentes familiares Diabetes NÃO SIM Hipertensão arterial \_\_\_\_\_ Gemelar \_\_\_\_\_ outros \_\_\_\_\_  
 Fumo (nº de cigarros) NÃO SIM Álcool \_\_\_\_\_ Outras drogas \_\_\_\_\_ Violência doméstica \_\_\_\_\_ HIV/Aids \_\_\_\_\_ Sí lis \_\_\_\_\_ Toxoplasmose \_\_\_\_\_ Infecção urinária \_\_\_\_\_  
 Anemia NÃO SIM Inc. istmocervical \_\_\_\_\_ Ameaça de parto premat. \_\_\_\_\_ Isoimunização Rh \_\_\_\_\_ Oligo/polidrâmnio \_\_\_\_\_ Rotura premat. de membrana \_\_\_\_\_ CIUR \_\_\_\_\_ Pós-datismo \_\_\_\_\_  
 Hipertensão arterial NÃO SIM Pré-eclâmp./eclâmpsia \_\_\_\_\_ Cardiopatia \_\_\_\_\_ Diabetes gestacional \_\_\_\_\_ Uso de insulina \_\_\_\_\_ Hemorragia 1º trimestre \_\_\_\_\_ Hemorragia 2º trimestre \_\_\_\_\_ Hemorragia 3º trimestre \_\_\_\_\_

Transferida NÃO SIM Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
 Gestação atual NÃO SIM Hipertensão arterial \_\_\_\_\_ Pré-eclâmp./eclâmpsia \_\_\_\_\_ Cardiopatia \_\_\_\_\_ Diabetes gestacional \_\_\_\_\_ Uso de insulina \_\_\_\_\_ Hemorragia 1º trimestre \_\_\_\_\_ Hemorragia 2º trimestre \_\_\_\_\_ Hemorragia 3º trimestre \_\_\_\_\_

Hepatite B Imunizada \_\_\_\_\_ Informe 1ª dose / / 2ª dose / / 3ª dose / / (1 mês após 1ª dose) / / (6 meses após 1ª dose) / /  
 Vacina antitetânica Sem informação de imunização Imunizada há menos de 5 anos Imunizada há mais de 5 anos Informe 1ª dose / / 2ª dose / / 3ª dose / / Reforço / /  
 Influenza Informe data / /

Exames	Data	Resultado
ABO-RH		
Glicemia de jejum		
Tolerância à glicose (teste oral)		
Sí lis (teste rápido)		
VDRL		
HIV/Anti-HIV (teste rápido)		
Hepatites B e C (teste rápido)		
HBsAg (1º e 3º trimestres)		
Toxoplasmose		
Hemoglobina Hematócrito		
Urina-EAS		
Urina-cultura		
Coombs indireto		
Outros		
Outros		

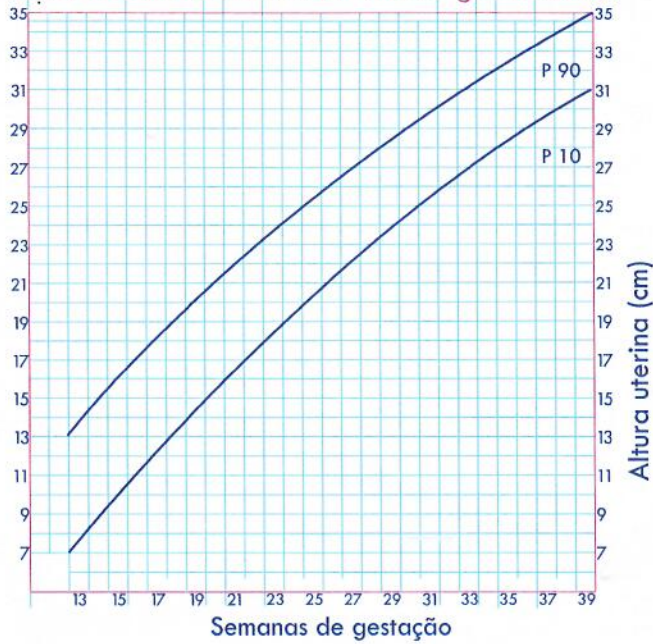
	Data	Resultado
Eletroforese de hemoglobina		
Malária*		

Eletroforese de hemoglobina Padrão AA Heterozigose AS AC Homozigose SS SC

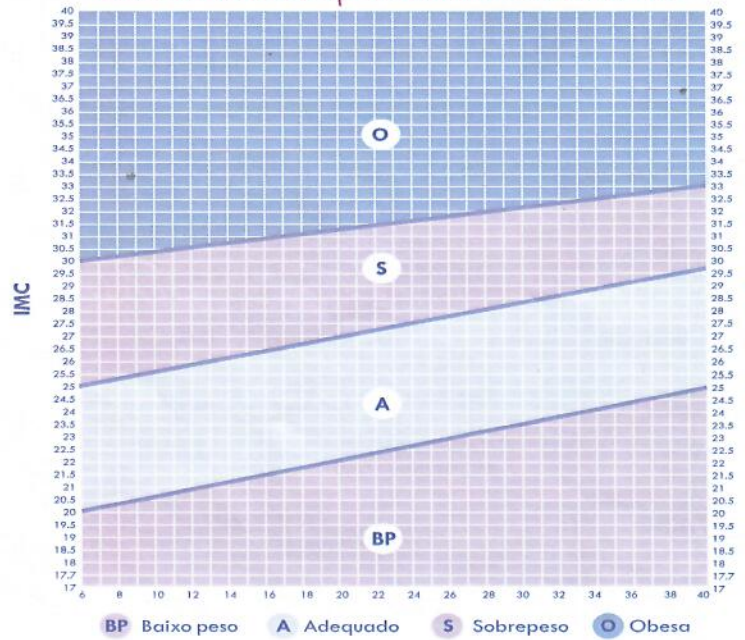
\*Somente para gestantes da Região Amazônica.

Ultrassonogra a	Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros
	/ /						
	/ /						
	/ /						

## Curva de altura uterina / idade gestacional



## Gráfico de acompanhamento nutricional



	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º
Data										
Queixa										
IG-semanas										
Peso (kg) /IMC										
Edema										
Pressão arterial (mmHG)										
Altura uterina (cm)										
Apresenta ção fetal										
BCF/Mov. fetal										
Toque, se indicado										
Participou de atividades educativas SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>										
data / /										
data / /										
data / /										
Realizou visita à maternidade SIM <input type="radio"/>										
data / /										
Parto e nascimento	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura

Idade de gestação	Início trab. parto	Terminação	Sexo	Recém-nascido	Alta materna	Alta do recém-nascido	Patologias do R.N.
Semanas	Espontâneo <input type="radio"/> Induzido <input type="radio"/>	Espontâneo <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/> Fórceps <input type="radio"/> Outros <input type="radio"/>	Fem. <input type="radio"/> Masc. <input type="radio"/>	1º min. <input type="radio"/> 5º min. <input type="radio"/>	Sadia <input type="radio"/> Transf. <input type="radio"/> Com patol. <input type="radio"/>	Sadio <input type="radio"/> Com patol. <input type="radio"/> Óbito: <input type="radio"/>	Nenhuma <input type="radio"/> M. hial <input type="radio"/> Apneias <input type="radio"/> Infecção <input type="radio"/> S. asp. <input type="radio"/> Hemorr. <input type="radio"/> Neurol. <input type="radio"/> Hiperb. <input type="radio"/> A. cong. <input type="radio"/> Outra SDR <input type="radio"/>
Parto	Medicação no parto	Tranq.	Sexo	Recém-nascido	Alta materna	Alta do recém-nascido	Patologias do R.N.
NÃO SIM <input type="radio"/>	Anestesia local <input type="radio"/> Anestesia reg. <input type="radio"/> Anestesia geral <input type="radio"/> Analgesia <input type="radio"/>	Ocitocina <input type="radio"/> Antibiótico <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/> Nenhum <input type="radio"/>	VDLR <input type="radio"/> APGAR <input type="radio"/> Reanimação <input type="radio"/> Ex. físico imediato <input type="radio"/> Peso <input type="radio"/> Peso/IG <input type="radio"/> Per. cef. <input type="radio"/>	1º min. <input type="radio"/> 5º min. <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> Menor 2.500 g <input type="radio"/> Adequado <input type="radio"/> Gran. <input type="radio"/> Pequeno <input type="radio"/> Idade exam. fis. <input type="radio"/>	Sadia <input type="radio"/> Transf. <input type="radio"/> Com patol. <input type="radio"/> Óbito: <input type="radio"/> Gravidez <input type="radio"/> Parto <input type="radio"/> Puerpério <input type="radio"/>	Sadio <input type="radio"/> Com patol. <input type="radio"/> Óbito: <input type="radio"/> Fetal <input type="radio"/> Intraparto <input type="radio"/> Pós-parto <input type="radio"/> Dias <input type="radio"/> Horas <input type="radio"/>	Nenhuma <input type="radio"/> M. hial <input type="radio"/> Apneias <input type="radio"/> Infecção <input type="radio"/> S. asp. <input type="radio"/> Hemorr. <input type="radio"/> Neurol. <input type="radio"/> Hiperb. <input type="radio"/> A. cong. <input type="radio"/> Outra SDR <input type="radio"/>

Consulta de puerpério

Temperatura \_\_\_\_\_

Pressão arterial \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_

Períneo \_\_\_\_\_

Eliminações vesicais \_\_\_\_\_

Eliminações intestinais \_\_\_\_\_

Lóquios \_\_\_\_\_

Cicatriz cirúrgica (no caso de cesariana) \_\_\_\_\_

Vínculo/estado emocional \_\_\_\_\_

Amamentação \_\_\_\_\_

Exame de mamas (queixas) \_\_\_\_\_

Planejamento reprodutivo \_\_\_\_\_

