



Prefeitura Municipal de Nova Bassano
Secretaria Municipal de Saúde

Agendamento

Item 1

Data: ____/____/____

Horário: _____

Motivo: ☐ Consulta Médica

☐ Teste Rápido

☐ Procedimento

☒ Dentista

☒ Pedicula

1

A tolerância de atraso para as consultas agendadas é de 15 minutos.

Lembrar do Cartão Nacional de Saúde.

Se não puder comparecer, favor avisar pelo fone:

ESF Cristo Redentor 3273.1026

ESF 23 de Maio 3273.1949

ESF Carolina Bodanese 3273.1023

Posto Central - 3273.1292 / 3273.1670

Cuidados para o exame

Citopatológico



DOIS DIAS ANTES EVITAR:

☞ Duchas vaginais

☞ Tampões

☞ Medicamentos, cremes e desodorantes vaginais.

☞ Relações sexuais

Item 2

OBSERVAÇÃO:

☞ Não estar menstruando há três dias

LEMBRAR:

☞ Cartão do SUS

☞ Identidade e CPF

Data: ____/____/____

Horário: _____

Item 23



Fones: (54) 3273.2435
(54) 99705.5834
(54) 98432.7218



JANEIRO 2024

DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB
04 - Ming	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	11 - Nova	18 - Cresc.	25 - Cheia

01 - CONFRATERNIZAÇÃO UNIVERSAL
03 e 17 - Encontros dos Grupos de Família - PAIF - 14h

E-mail: cras@novabassano.rs.gov.br
Av. 23 de Maio, 725 - Centro
CEP 95340-000 - Nova Bassano - RS



Fones: (54) 3273.2435
(54) 99705.5834
(54) 98432.7218



2025

JANEIRO 2025 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	FEVEREIRO 2025 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	MARÇO 2025 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
ABRIL 2025 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	MAIO 2025 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	JUNHO 2025 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
JULHO 2025 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	AGOSTO 2025 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	SETEMBRO 2025 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
OUTUBRO 2025 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	NOVEMBRO 2025 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	DEZEMBRO 2025 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

E-mail: cras@novabassano.rs.gov.br
Av. 23 de Maio, 725 - Centro



Item 3

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVA BASSANO UNIDADE SANITÁRIA REQUISIÇÃO / RESULTADO DE EXAMES		HOSPITAL					
		PAM					
NOME						PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO M ☐ F ☐	COR B ☐ P ☐ A ☐	PESO	ALTURA	CLÍNICA	ENF.	LEITO
DADOS CLÍNICOS							

Item 3

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVA BASSANO UNIDADE SANITÁRIA REQUISIÇÃO / RESULTADO DE EXAMES		HOSPITAL					
		PAM					
NOME						PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO M ☐ F ☐	COR B ☐ P ☐ A ☐	PESO	ALTURA	CLÍNICA	ENF.	LEITO
DADOS CLÍNICOS							
MATERIAL A EXAMINAR							
EXAMES SOLICITADOS							
_____ DATA				_____ CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO			



MUNICÍPIO DE NOVA BASSANO

Secretaria Municipal da Saúde e Assistência Social
UNIDADE SANITÁRIA

Item 4

ATESTADO MÉDICO

Atestado para os devidos fins que o(a) Sr.(a):

está sob meus cuidados médicos nos dias ou período

por motivos de doença.

Nova Bassano, ____/____/____.

Assinatura e Carimbo

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____ Nº: _____

Endereço Completo e Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Paciente:

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____ Nº: _____

Endereço Completo e Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Item 5

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident. _____ Órgão Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data ____/____/____

Item 7

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF 5.ª DRS
MUNICÍPIO: NOVA BASSANO

RS N.º 5489695

B

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

POSTO DE SAÚDE DE
NOVA BASSANO
RUA SILVA JARDIM, 161

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLOGIA

____ DE ____ DE ____

PACIENTE - NOME: _____

ENDEREÇO: _____

ASSINATURA DO EMITENTE E CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

IDENTIDADE N.º: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

NOME DO VENDEDOR

____/____/____
DATA



Item 8

MUNICÍPIO DE NOVA BASSANO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SAÚDE DA FAMÍLIA

Prezado Sr.(a) _____ estivemos realizando visita domiciliar no dia / / . Como não foi possível encontrá-lo (a) no meu turno de trabalho, peço que caso necessite de atendimento procure a:

() ESF Cristo Redentor
Fone: 3273.1026

() ESF 23 de Maio
Fone: 3273.1949

() ESF Carolina Bodanese
Fone: 3273.1023



Item 8

MUNICÍPIO DE NOVA BASSANO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SAÚDE DA FAMÍLIA

Prezado Sr.(a) _____ estivemos realizando visita domiciliar no dia / / . Como não foi possível encontrá-lo (a) no meu turno de trabalho, peço que caso necessite de atendimento procure a:

() ESF Cristo Redentor
Fone: 3273.1026

() ESF 23 de Maio
Fone: 3273.1949

() ESF Carolina Bodanese
Fone: 3273.1023

Agente Comunitário de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA BASSANO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Beleza
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA BASSANO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Item 16

Evite o uso de medicamentos sem orientação de um profissional.

* Armazene seus medicamentos longe do calor, protegidos da luz e umidade.

** Os medicamentos devem ficar fora do alcance das crianças.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVA BASSANO
PRODUÇÃO MENSAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Item 9

Saúde da Família

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

() CRISTO REDENTOR

() 23 DE MAIO

() CAROLINA BODANESE

ACS: _____ MICROÁREA: _____ COMPETÊNCIA: _____

N.	DATA	FAMÍLIA	DOENÇA/CONDIÇÃO	PROCEDIMENTO	ASSINATURA
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVA BASSANO

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

() CRISTO REDENTOR () 23 DE MAIO () CAROLINA BODANESE () POSTO DE SAÚDE CENTRAL

APLICAÇÃO DE VACINAS

MÊS: _____

N.	DATA	VACINAS	IDADE	NOME DO VACINADO	ASSINATURA
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					

17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					

CONTROLE DAS RETIRADAS

DATA DA RETIRADA	DATA DA PRÓXIMA ENTREGA	Assinatura Resp. Entrega

REGRAS PARA DISPENSAÇÃO

1. Respeite as datas de retirada;
2. Traga sempre a carteirinha;
3. Observe a validade da receita para marcar sua nova consulta médica;
4. Mantenha sempre seu cadastro atualizado, principalmente o número do cartão SUS, endereço e o telefone.



TELEFONE FARMÁCIA PÚBLICA MUNICIPAL
(54) 3273-1782

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

SECRETARIA DA SAÚDE
DE NOVA BASSANO

**MEDICAMENTOS
DE USO CONTÍNUO**

Nome:.....

Cadastro Sistema:.....

Médico (a):.....

Validade da Receita:.....

Farmácia
CUIDAR 

Medicamentos de uso contínuo

MEDICAMENTO	DOSAGEM	QTDE. mensal

GRAMPEIE
A RECEITA
MÉDICA
AQUI

SOBROU? TRAGA DE VOLTA.

TODO MEDICAMENTO NÃO UTILIZADO OU
VENCIDO DEVERÁ SER ENTREGUE NA
FARMÁCIA PÚBLICA MUNICIPAL PARA O
DESCARTE CORRETO.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

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

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*
 Nome Completo da Mulher*
 Nome Completo da Mãe*
 CPF Apellido da Mulher
 Nacionalidade
 Data de Nascimento* Idade Raça/cor
☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena/ Etnia
 Dados Residenciais
 Logradouro
 Número Complemento
 Código do Município Município Bairro UF
 CEP DDD Telefone
 Ponto de Referência
 Escolaridade: ☐ Analfabeta ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Média Completo ☐ Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame*
☐ Rastreamento
☐ Repetição (exame alterado ASCUS/Baixa grau)
☐ Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)
2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?*
- ☐ Sim. Quando fez o último exame?
 ano
- ☐ Não ☐ Não sabe
3. Usa DIU?* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
4. Está grávida?* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
5. Usa pílula anticoncepcional?*
- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?*
- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
7. Já fez tratamento por radioterapia?*
- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
8. Data da última menstruação / regra:*
- / / ☐ Não sabe / Não lembra
9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?*
- (não considerar a primeira relação sexual na vida)
- ☐ Sim
- ☐ Não / Não sabe / Não lembra
10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?*
- (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)
- ☐ Sim
- ☐ Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

11. Inspeção do colo*
- ☐ Normal
- ☐ Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)
- ☐ Alterado
- ☐ Colo não visualizado
12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
- ☐ Sim
- ☐ Não

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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR:

☐ Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário

☐ Lâmina danificada ou ausente

☐ Causas alheias ao laboratório; especificar: _____

☐ Outras causas; especificar: _____

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:*

☐ Escamoso

☐ Glandular

☐ Metaplásico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*

☐ Satisfatória

Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:

☐ Material acelular ou hipocelular em menos de 10% da esfregaço

☐ Sangue em mais de 75% do esfregaço

☐ Piócitos em mais de 75% do esfregaço

☐ Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço

☐ Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço

☐ Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço

☐ Outros, especificar: _____

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?

☐ Sim ☐ Não

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

☐ Inflamação

☐ Metoplasia escamosa imatura

☐ Reparação

☐ Atrofia com inflamação

☐ Radiação _____

☐ Outros; especificar: _____

MICROBIOLOGIA

☐ Lactobacillus sp

☐ Cocos

☐ Sugestivo de Chlamydia sp

☐ Actinomyces sp

☐ Candida sp

☐ Trichomonas vaginalis

☐ Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes

☐ Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)

☐ Outros bacilos _____

☐ Outros; especificar: _____

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

Escamosas:

☐ Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)

☐ Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)

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

☐ OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____

☐ 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*



MUNICÍPIO DE NOVA BASSANO - RS

Ordem de Abastecimento de Veículos

Item 19



MUNICÍPIO DE NOVA BASSANO - RS

Ordem de Abastecimento de Veículos

Item 19

O AV N° _____

Autorizo o Posto _____

_____ abastecer o veículo placa _____ o qual

apresenta a seguinte quilometragem _____

_____ litros de _____ valor _____

_____ conforme nota fiscal n° _____

Nova Bassano, _____ de _____ de 20 _____ às _____ horas

Empenho n° _____

Assinatura Chefe Setor

Assinatura do Motorista



MUNICÍPIO DE
NOVA BASSANO

Assunto: _____

Item 30

Data: _____

Obs.: _____



MUNICÍPIO DE NOVA BASSANO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Item 32



Prefeitura Municipal de Nova Bassano

Ordem de Serviço nº

Item 20

Autorizo _____

NOME DA EMPRESA

a executar serviço de _____



Prefeitura Municipal de Nova Bassano

Ordem de Serviço nº

Item 20

Autorizo _____

NOME DA EMPRESA

a executar serviço de _____



Prefeitura Municipal de Nova Bassano

Ordem de Serviço nº

Item 20

Autorizo _____

NOME DA EMPRESA

a executar serviço de _____

no veículo _____

Nova Bassano, _____ de _____ de 20 _____

N.F. nº _____

Valor _____

Empenho nº _____

Assinatura Chefe Setor

Item 24

Talão/bloco de Aviso Personalizado

Material: em papel autocopiativo (carbonado) 56g

Vias: 2 vias, 1ª em papel cor branca, com serrilha (picote para destaque), e a 2ª via em papel de outra cor

Impressão: 1ª via colorida 4x0 e 2ª via impressão em preto

Acabamento padrão: blocagem com 50 folhas -2 vias

Tamanho: comprimento x largura: 18 cm x 10 cm

Quantidade: 5 blocos com 50 avisos de 2 vias cada

Arte gráfica abaixo:

	AVISO		F. CRAS 65
SR.(A).....			
A <u>EQUIPE</u> DO CRAS ESTEVE EM SUA RESIDÊNCIA NO DIA/...../....., ÀS.....HORAS, PARA VISITA DOMICILIAR. FAVOR ENTRAR EM CONTATO, COM URGÊNCIA, PARA TRATAR ASSUNTO DE SEU INTERESSE, PELOS FONES (54) 3273-2435 OU (54) 997055834, COM, NO TURNO DA AGRACECEMOS.			



MUNICÍPIO DE
NOVA BASSANO

Item 31

Assunto: _____

Data: _____

Obs.: _____

Item 17



MUNICÍPIO DE NOVA BASSANO
Estado do Rio Grande do Sul



MUNICÍPIO DE NOVA BASSANO
Estado do Rio Grande do Sul

Item 34

Item 18



MUNICÍPIO DE NOVA BASSANO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL



MUNICÍPIO DE NOVA BASSANO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Item 33



Estado do Rio Grande do Sul
Prefeitura Municipal de Nova Bassano
Secretaria da Fazenda

CADASTRO FISCAL DE CONTRIBUINTES

Inscrição Municipal nº _____

Contribuinte: _____

Endereço: _____

Atividade: _____

Item 28

OBSERVAÇÕES

Baixa em _____ de _____ de _____

Arquivado em _____ de _____ de _____

Funcionário



Estado do Rio Grande do Sul
Prefeitura Municipal de Nova Bassano
Secretaria da Fazenda

CADASTRO FISCAL DE CONTRIBUINTES

Inscrição Municipal nº _____

Contribuinte: _____

Endereço: _____

Atividade: _____

100 cada

OBSERVAÇÕES

Baixa em _____ de _____ de _____

Arquivado em _____ de _____ de _____

Funcionário

Item 27



MUNICÍPIO DE NOVA BASSANO
SECRETARIA MUNICIPAL DE OBRAS E VIAÇÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE AGRICULTURA E PECUÁRIA

0001

O Município de Nova Bassano/RS autoriza o servidor público municipal abaixo a retirar brita conforme segue:

Servidor: _____

Quantidade: _____ m³

☐ Pó de brita

☐ Brita nº 02

☐ Pedrisco

☐ Brita nº 03

☐ Brita nº 01

☐ Outro _____

Nova Bassano, _____ de _____ de _____

Assinatura

Rua Silva Jardim, nº 505, Centro, Nova Bassano/RS
Fone: (54) 3273-1649

Item 35

MUNICÍPIO DE NOVA BASSANO - RS BOLETIM DE CADASTRO IMOBILIÁRIO

NÚMERO DO CADASTRO

DV

TIPO DE SERVIÇO

1 - INCLUSÃO, 2 - ALTERAÇÃO

TIPO DE IMPOSTO

1 - PREDIAL
2 - TERRITORIAL

NOME DO CONTRIBUINTE

CPF OU CNPJ

LOG. DO IMÓVEL

CÓD. LOG

CAT. LOG.

NÚMERO

COMPLEMENTO

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA (RUA, Nº.)

CIDADE

QUADRA

LOTE

LOTEAMENTO

MATRÍCULA

CEP

UF

UNIDADE

TERRENO

SITUAÇÃO	18
MEIO DE QUADRA	1
MEIO Q/+ DE 1 FRENTE	2
ESQ. /+ DE 1 FRENTE	3
ENCRAVADO	4

TOPOGRAFIA	19
PLANO	1
ACTIVE	2
DECLIVE	3

PEDOLOGIA	20
NORMAL/FIRME	1
ALAGADO	2
INUNDÁVEL	3
ROCHOSO	4
ARENOSO	5
COMB/DEMAIS	6

PASSEIO	21
SEM	1
CALÇADA-BASALTO	2
CALÇADA-CIMENTO	3
CALÇADA-GRAMADO	4
CAL. OUTROS MAT.	5

SITUAÇÃO LOTE	22
GLEBA	1
LOTEAMENTO	2

EDIFICAÇÃO	
CARACTERIZAÇÃO	23
CASA	1
APARTAMENTO	2
SALA COMERCIAL	3
GARAGEM	4
DEPÓSITO	5
SUBSOLO	6
PAV. IND.	7
OUTROS	8

DESTINAÇÃO	24
RESIDÊNCIA	1
COMERCIAL	2
INDUSTRIAL	3
PREST. SERVIÇO	4
SERV. PÚBLICO	5
ENT. SOC. REC.	6
ENT. EDUC.	7
ENT. CLASSE	8
INST. RELIGIOSO	9
INST. HOSP.	10
POSTO ABAST.	11
BNCO/CAIXA	12
OUTRAS	13

PISO	25
TERRA BATIDA	1
CIMENTO	2
CARPETE	3
MAT. PLÁSTICO	4
CER/MOSAICO	5
LAJOTA	6
TÁBUAS	7
PARQUÊ	8
OUTROS	9

FORRO	26
INEXISTE	1
MADEIRA	2
CONCRETO	3
GESSO	4
PLÁSTICO	5
AGLOMERADO	6
OUTROS	7

COBERTURA	27
TELHA BARRO	1
ALUMÍNIO	2
ZINCO	3
FIBROCIM.	4
CONCRETO	5
OUTRAS	6

REV. EXTERNO	28
SEM	1
REBOCO	2
ÓLEO/PLAST.	3
CAIAÇÃO	4
MADEIRA	5
CERÂMICA	6
OUTROS	7

TIPO DE CONSTRUÇÃO	29
CONCRETO	1
ALVENARIA	2
MADEIRA	3
METÁLICA	4
PRÉ-MOLDADO	5
MISTA	6

EST. CONSERVAÇÃO	30
NOVO/ÓTIMO	1
BOM	2
REGULAR	3
MAU	4

ESTADO CONST.	31
CONCLUÍDA	1
EM ANDAMENTO	2
EM REFORMA	3
EM DEMOLIÇÃO	4
EM RUÍNAS	5
PARALISADA	6
EMBARGADO	7
OUTROS	8

INFORMAÇÕES GERAIS	
ISENÇÕES	32
IMUNIDADE	1
ISENÇÃO TAXAS	2
ISENÇÃO IMP.	3
ISENÇÃO TOTAL	4
NORMAL	5

PATRIMÔNIO	33
PARTICULAR	1
MUNICIPAL	2
ESTADUAL	3
FEDERAL	4
RELIGIOSO	5

P/ ALÍQUOTA PROG.	34
ANO CADAST.	

SERVIÇOS URBANOS	
PAVIMENTAÇÃO	35
ILUM. PÚBLICA	36
COLETA LIXO	37
LIMPEZA PÚBL.	38
ESGOTO	39

ÁREA DO TERRENO	40
ÁREA DA UNIDADE	41
ÁREA TOTAL EDIFICAÇÃO	42
TESTADA DO TERRENO	43

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO IMÓVEL

RESPONSÁVEL TÉCNICO

CARIMBO, ASSINATURA E DATA

Obs.: _____

CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO:

FOLHA:

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA*

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA

CEP*

MUNICÍPIO*

UF*

BAIRRO*

TIPO DE LOGRADOURO*

NOME DO LOGRADOURO*

NÚMERO*

☐ SEM NÚMERO

COMPLEMENTO:

PTO. REFERÊNCIA:

MICROÁREA*

☐ FA

TIPO DE IMÓVEL*

☐ ☐

TELEFONES PARA CONTATO

TEL. RESIDÊNCIA: ()

TEL. CONTATO: ()

CONDIÇÕES DE MORADIA

SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*

☐ Próprio ☐ Financiada ☐ Alugada ☐ Arrendada ☐ Cedida ☐ Ocupação ☐ Situação de Rua ☐ Outra

LOCALIZAÇÃO*

☐ Urbana ☐ Rural

TIPO DE DOMICÍLIO

☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Cômodo ☐ Outro

EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra

☐ Proprietário ☐ Parceiro(a)/Meio(a) ☐ Assentado(a) ☐ Posseiro ☐ Arrendatário(a)

☐ Comodatário(a) ☐ Beneficiário(a) do Banco da Terra ☐ Não se aplica

Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO

☐ Pavimento ☐ Chão Batido ☐ Fluvial ☐ Outro

MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO

Alvenaria/Tijolo: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento

Taipa: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento

Outros: ☐ Madeira Aparelhada ☐ Palha ☐ Material Aproveitado ☐ Outro Material

Disponibilidade de Energia Elétrica? ☐ Sim ☐ Não

ABASTECIMENTO DE ÁGUA

☐ Rede Encanada até o Domicílio ☐ Poço/Nascente no Domicílio ☐ Cisterna

☐ Carro Pipa ☐ Outro

ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO

☐ Filtrada ☐ Fervida ☐ Clorada ☐ Mineral

☐ Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO

☐ Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial ☐ Fossa Séptica ☐ Fossa Rudimentar

☐ Direto para um Rio, Lago ou Mar ☐ Céu Aberto ☐ Outra Forma

DESTINO DO LIXO

☐ Coletado ☐ Queimado/Enterrado ☐ Céu Aberto ☐ Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?

☐ Sim ☐ Não

QUAL(ES)?

☐ Gato ☐ Cachorro ☐ Pássaro ☐ Outros

Quantos: _____

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
	CNS _____ CPF	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	____	____	☐
	_____ _____ _____ _____	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	____	____	☐
	_____ _____ _____ _____	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	____	____	☐
	_____ _____ _____ _____	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	____	____	☐

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

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

Assinatura

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA
NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA:

Ita 15

Existem outros profissionais de saúde vinculados à instituição (não inclui profissionais da rede pública de saúde)? ☐ Sim ☐ Não

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME:

CNS DO RESPONSÁVEL:

CARGO NA INSTITUIÇÃO:

TEL. CONTATO:

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, responsável técnico pela instituição, recuso este cadastro, mesmo que essa recusa dificulte o acompanhamento da saúde das pessoas abrigadas/residentes nesta instituição. Estou ciente de que esta recusa não implicará o não atendimento pela equipe de saúde.

Assinatura

Legenda: ☐ Opção de múltipla escolha ☐ Opção de única escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

Tipo de Imóvel: 01 Domicílio, 02 Comércio, 03 Terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

*Campo obrigatório

**Campo com obrigatoriedade condicional

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISICÃO DE MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer de Ma

UF **CNES da Unidade de Saúde** **Nº Protocolo**

Unidade de Saúde **Município** **Prontuário**

Código Município **Município** **Prontuário**

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*

Nome Completo do(a) paciente*

Nome Completo da Mãe*

CPF

Data de Nascimento* / / Idade*

Dados Residenciais

Logradouro

Número Complemento

Código Município Município UF

CEP DDD Telefone -

Ponto de Referência

Escolaridade

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

Nacionalidade

Cor/Raça ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena/Etnia

☐ Analfabeto(a) ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nóculo ou caroço na mama?"

☐ Sim, mama direita
☐ Sim, mama esquerda
☐ Não

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

☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

* Risco elevado são:

Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:

- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
- câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;

Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino:

Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ

Mulheres com história pessoal de câncer de mama

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

☐ Sim
☐ Nunca foram examinadas anteriormente
☐ Não sabe

4- Fez mamografia alguma vez?*

☐ Sim. Quando fez a última mamografia? Ano

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

☐ Sim, mama direita

☐ Sim, mama esquerda

☐ Não

☐ Não sabe

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

Mama direita		Mama esquerda
☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Biópsia cirúrgica incisional	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Biópsia cirúrgica excisional	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Centralectomia	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Segmentectomia	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Ductectomia	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Mastectomia	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Mastectomia poupadora pele	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Mastectomia poupadora de pele e complexo aréolo-papilar	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Linfadenectomia axilar	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Biópsia de linfonodo sentinela	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Reconstrução mamária	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Mastoplastia redutora	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Indução de implantes	☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ Não fez cirurgia

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

☐ 7a. Achados no exame clínico

Mama direita

☐ Lesão papilar

Descarga papilar

☐ Cristalina
☐ Hemorrágica

Nódulo:

Localização

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat

☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:

Localização

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat

☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

Mama esquerda

☐ Lesão papilar

Descarga papilar

☐ Cristalina
☐ Hemorrágica

Nódulo:

Localização

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat

☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:

Localização

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat

☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

☐ 7b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita

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

Mama esquerda

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

☐ 7c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita

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

Mama esquerda

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

☐ 7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

☐ Mama direita

☐ Mama esquerda

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

Mama direita

☐ Categoria 0
☐ Categoria 3
☐ Categoria 4
☐ Categoria 5

Mama esquerda

☐
☐
☐
☐

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

Mama direita

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

Mama esquerda

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

8 - Mamografia de rastreamento

☐ 8a. População alvo

☐ 8b. População de risco elevado (história familiar)

☐ 8c. Paciente já tratado de câncer de mama

Data de solicitação*

Responsável*

Número do Exame:

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

7 - Mamografia Diagnóstica

7a - 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)

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

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

7c - Lesão com diagnóstico de câncer

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

7d - Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta

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

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

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

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

8 - Mamografia de Rastreamento

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

Localização:

QSL - Quadrante superior lateral

QIL - Quadrante inferior lateral

QSM - Quadrante superior medial

QIM - Quadrante inferior medial

UQlat - União dos quadrantes laterais

UQinf - União dos quadrantes inferiores

UQmed - União dos quadrantes mediais

RRA - Região retroareolar

RC - Região central (união de todos os quadrantes)

PA - Prolapso axilar

CADASTRO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:

DATA: / /

CONFERIDO POR:

FOLHA N°:

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA* / /

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS OU CPF DO CIDADÃO*

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?

CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

MICROÁREA*

☐ Sim ☐ Não

☐ FA

NOME COMPLETO:*

NOME SOCIAL:

DATA DE NASCIMENTO:*

SEXO: * ☐ F ☐ M

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

Etnia: **

Nº NIS (PIS/PASEP)

NOME COMPLETO DA MÃE:*

☐ Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI:*

☐ Desconhecido

NACIONALIDADE: * ☐ Brasileira ☐ Naturalizado ☐ Estrangeiro

PAÍS DE NASCIMENTO: **

DATA DE NATURALIZAÇÃO: ** / /

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO: **

MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO: **

DATA DE ENTRADA NO BRASIL: ** / /

TELEFONE CELULAR: ()

E-MAIL:

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

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

Ocupação

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? * ☐ Sim ☐ Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

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

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

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

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

FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não

PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? ☐ Sim ☐ Não

POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? ☐ Sim ☐ Não

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL OU CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS? ☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?*

- ☐ Sim ☐ Não
SE SIM, QUAL?
☐ Heterossexual ☐ Gay ☐ Lésbica
☐ Bissexual ☐ Assexual ☐ Pansexual
☐ Outro

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?*

- ☐ Sim ☐ Não
SE SIM, QUAL?
☐ Homem cisgênero ☐ Mulher cisgênero
☐ Homem transgênero ☐ Mulher transgênero
☐ Transgênero ☐ Travesti ☐ Não-Binário ☐ Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*

- ☐ Sim ☐ Não
SE SIM, QUAL(ES)?
☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva
☐ Visual ☐ Física ☐ Outra

INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS - TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA)

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES QUE VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA?

☐ Sim ☐ Não

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ COMEU APENAS ALGUNS ALIMENTOS QUE AINDA TINHA, PORQUE O DINHEIRO ACABOU?

☐ Sim ☐ Não

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

☐ Mudança de território ☐ Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE:

Data do óbito: ** / /

Número da D.O.: -

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

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

Assinatura

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

ESTA GESTANTE? ☐ Sim ☐ Não

SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?

☐ Abaixo do Peso ☐ Peso Adequado ☐ Acima do Peso

ESTÁ FUMANTE?

☐ Sim ☐ Não

FAZ USO DE ÁLCOOL?

☐ Sim ☐ Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?

☐ Sim ☐ Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?

☐ Sim ☐ Não

TEM DIABETES?

☐ Sim ☐ Não

TEVE AVC/DERRAME?

☐ Sim ☐ Não

TEVE INFARTO?

☐ Sim ☐ Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). **

☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outra ☐ Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). **

☐ Insuficiência Renal ☐ Outro ☐ Não Sabe

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL?

2 - QUAL?

3 - QUAL?

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? *

☐ Sim ☐ Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?

☐ < 6 meses ☐ 6 a 12 meses ☐ 1 a 5 anos ☐ > 5 anos

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?

☐ Sim ☐ Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR?

☐ Sim ☐ Não

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?

☐ 1 vez ☐ 2 ou 3 vezes ☐ mais de 3 vezes

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?

☐ Restaurante Popular ☐ Doação Restaurante ☐ Outras
☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação de Popular

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). **

☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outra ☐ Não Sabe

ESTÁ COM HANSENÍASE?

☐ Sim ☐ Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE?

☐ Sim ☐ Não

TEM OU TEVE CÂNCER?

☐ Sim ☐ Não

TEVE ALGUMA INTERNACÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, POR QUAL CAUSA?

TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE?

☐ Sim ☐ Não

ESTÁ ACAMADO?

☐ Sim ☐ Não

ESTÁ DOMICILIADO?

☐ Sim ☐ Não

USA PLANTAS MEDICINAIS?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES?

☐ Sim ☐ Não

Item 10

FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA:*

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
TURNO*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
MICROÁREA*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
TIPO DE IMÓVEL*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Nº PRONTUÁRIO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
CNS do Cidadão (para visita periódica ou visita domiciliar para controle veterinária, usar o CNS do responsável familiar)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Data de nascimento**	Dia/mês		/		/		/		/		/		/		/		/		/		/		/	
	Ano																							
Sexo** (F) Feminino (M) Masculino	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Visita compartilhada com outro profissional	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Motivo da visita*	Cadastramento/Atualização	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Visita periódica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Busca ativa	Consulta	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Exame	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Vacina	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Condicionalidades do Bolsa Família	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Acompanhamento	Gestante	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Puérpera	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Recém-nascido	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Criança	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pessoa com desnutrição	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Item 11

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Motivo da visita*	Acompanhamento	Pessoa em reabilitação ou com deficiência	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Pessoa com hipertensão	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Pessoa com diabetes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Pessoa com asma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Pessoa com DPOC/enfisema	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		Pessoa com câncer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com outras doenças crônicas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com hanseníase	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com tuberculose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Sintomáticos respiratórios	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Tabagista	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Domiciliados/Acamados	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Condições de vulnerabilidade social	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Condicionalidades do Bolsa Família	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Saúde mental	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Usuário de álcool	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Usuário de outras drogas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Controle ambiental/vetorial	Ação educativa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Imóvel com foco		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Ação mecânica		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Tratamento focal		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Egresso de Internação		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Convite atividades coletivas/campanha de saúde		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Orientação/prevenção	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Outros	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Antropometria	Peso (kg)																								
	Altura (cm)																								
Desfecho*	Visita realizada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Visita recusada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	Ausente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar FA para Fora de Área ou 00 a 99 para o número da microárea.

Tipo de Imóvel: 01 Domicílio, 02 comércio, 03 terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borcharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

Campo _ : campo numérico

* Campo obrigatório

** Campos obrigatórios para visitas ao cidadão ou a sua família