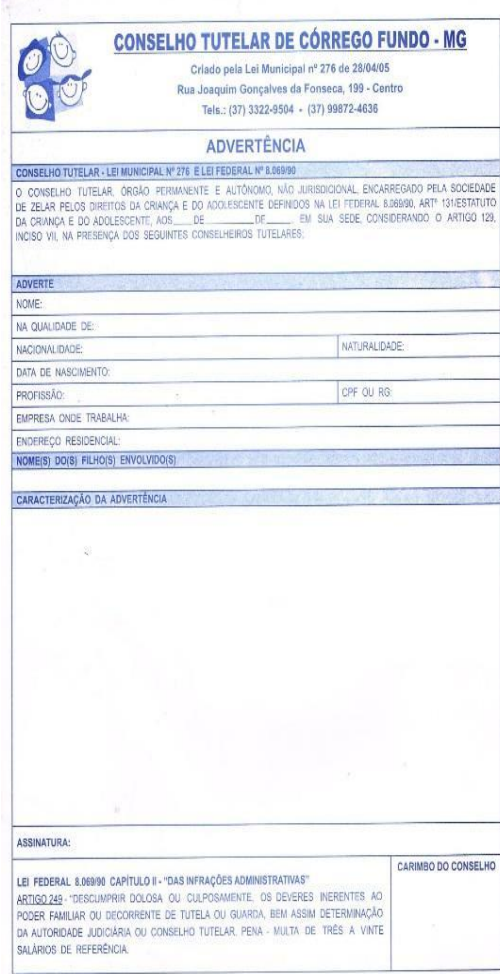
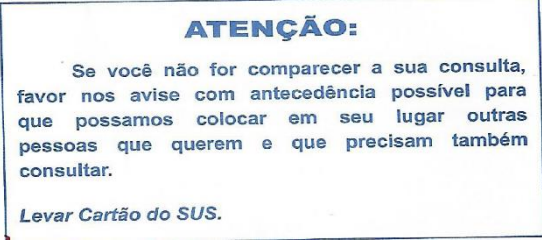
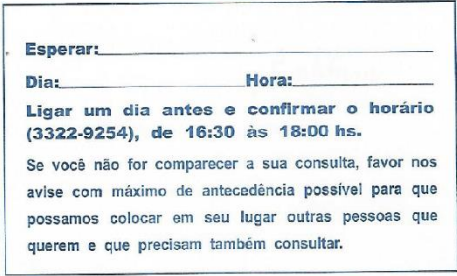


ITEM	DESCRIÇÃO
01	<p>Advertência (Conselho Tutelar) com medida 21,4x30,5cm, papel AP 75grs, color 1x0 azul, formato retrato, bloco com 100 fls.</p> 
02	<p>Aviso para comparecer a consulta, com medida 11,7x7,7cm, papel AP 75 grs, color 1x0 azul, formato retrato, bloco com 100 fls.</p> 
03	<p>Bloco de espera com medida 11,5x7,6cm, papel AP 75grs, color 1x0 azul, bloco com 100 fls.</p> 

04

Bloco de Marcação com medida 12,5x7,5cm, papel 75grs, color 1x0 azul, bloco com 100 fls.

MARCAÇÃO	
LOCAL:	
ESPECIALIDADE:	
MARCADA PARA:	
DIA: / /	HORAS
NOME:	
ASSINATURA:	

TIPOGRAFIA E OFF SET PAINS LTDA. - TELEFAX: (37) 3320-1032

05

Bloco NASF, frente e verso, papel AP 75grs, color 1x0 azul, bloco com 100 fls, medindo 21,4x30,5cm.

SECRETARIA MUNICIPAL DE CÓRREGO FUNDO
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Rua Santa Cruz, 135 - Bairro Santa Teresza
Córrego Fundo - MG

Nome: _____ Data de Nasc: / /
Profissão: _____ ACS: _____ Telefone: _____
Data: / /

Data: / /

Data: / /

Data: / /

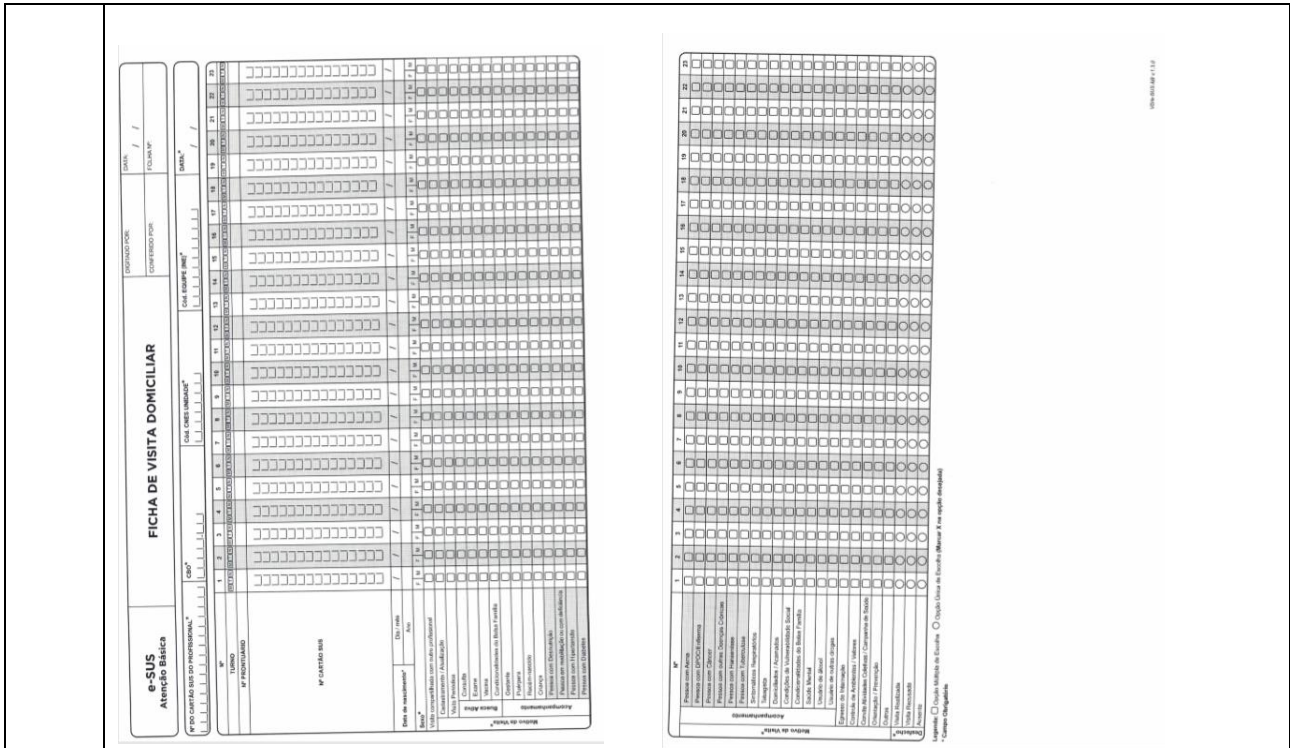
Data: / /

Data: / /

Data: / /

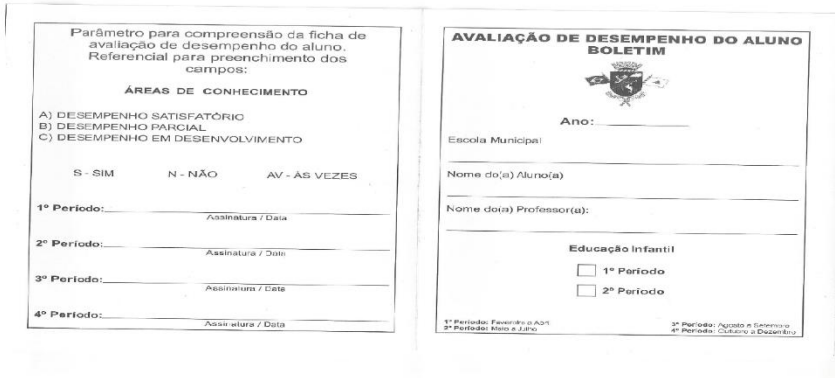
06

Ficha de visita domiciliar, frente e verso, com medidas de 21,4x30,5cm, color 1x0 azul, papel AP 75 grs. Bloco com 100fls.



Boletim escolar em papel AP 180grs branco, color 1x0 preto, frente e verso, medida de 28,8x18cm.

07



Bolso para livro em papel AP 130grs branco, 1x0 preta, com identificação do nome da Biblioteca, medida de 21,5x 11,5cm.

08

*Prove que sabe honrar seus compromissos,
devolvendo com pontualidade este livro à Biblioteca.
Pede-se ao leitor zelar pela conservação deste livro.*

**- BIBLIOTECA ISAAC SILVEIRA FARIA -
CEMEI "SOL NASCENTE"**

09

Carimbo automático datador, área da borracha 11x22mm.

010

Carimbo automático, auto entintado 20, com medida 38x14mm.

011

Carimbo automático, auto entintado 30, com medida 18x47mm.

012

Carimbo automático, auto entintado 40, com medida 55x23mm.

013

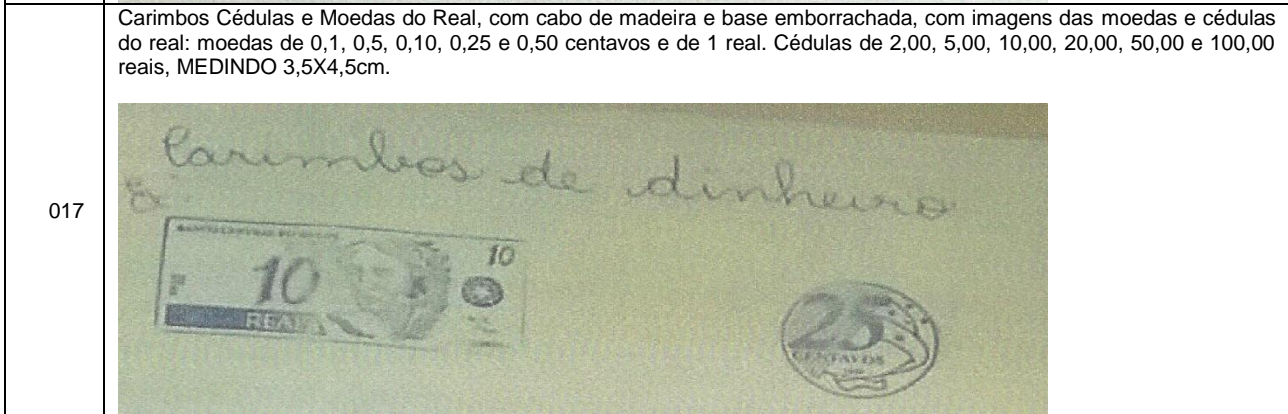
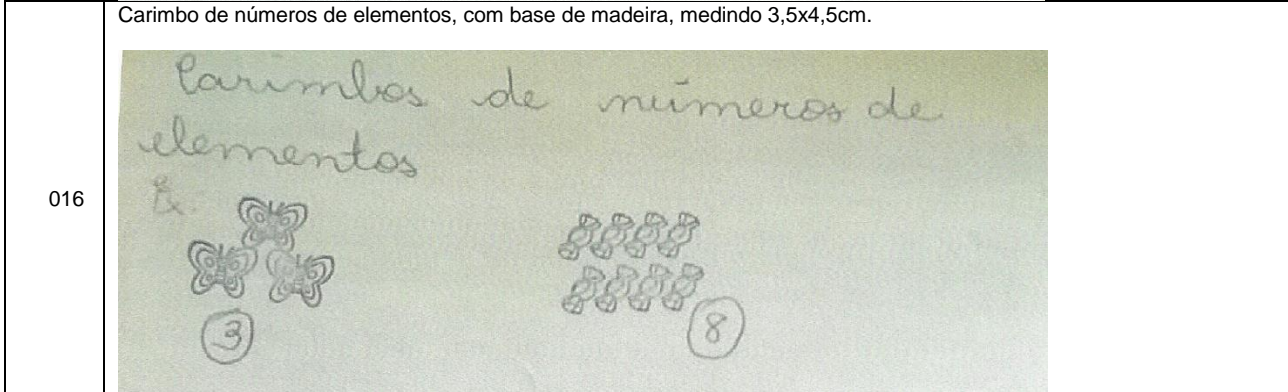
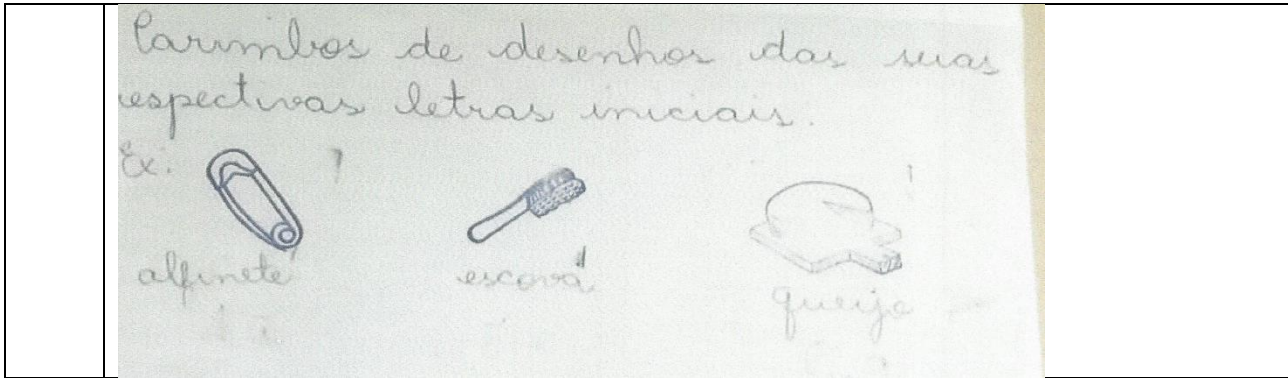
Carimbo automático, auto entintado 55, com medida 40x60mm.

014

Carimbo automático, auto entintado numerador sequencial, no mínimo 4 dígitos. Dígitos com 3mm.

015

Carimbo de desenhos das suas respectivas letras iniciais, com base de madeira, medindo 3,5x4,5cm.



018 Cartão pré-natal, frente e verso, com medidas de 21,3x14cm, color 1x0 azul, formato paisagem, papel AP 230 grs.

Frente:

PREFEITURA MUNICIPAL DE CÓRREGO FUNDO
Sistema Unificado de Saúde

PRÉ-NATAL

Nome: _____

Idade: _____ Cor: _____ Profissão: _____ Naturalidade: _____

ANAMNESE E EXAME OBSTÉTRICO

Última menstruação: ____/____/____ **GESTANTE** Grupo Sanguíneo: _____

Data provável do parto: ____/____/____ Fator RH: _____

Gesta: _____ **Partos:** À termo: _____ Prematuro: _____ Normais: _____

Para: _____ Cesária: _____ Fórcepe: _____

Aborto: _____ **Abortos:** Espontâneos: _____ Provocados: _____

Filhos: Nativos: _____ Natimortos: _____

Observação: _____

Verso:

CONSELHO TUTELAR DE CÓRREGO FUNDO - MG
 Criado pela Lei Municipal nº 278 de 28/04/05
 Rua Joaquim Gonçalves da Fonseca, 199 - Centro
 Tels.: (37) 3322-8504 - (37) 99872-4636

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

O Conselho Tutelar da Criança e do adolescente atesta para os devidos fins que o(a)
 Sr(a) _____
 CI _____ Carteira de Trabalho _____
 esteve na sede do Conselho Tutelar no dia ____/____/____, às _____ hs
 Para tratar de assuntos referentes a seu/sua filho(a):
 _____ de _____ de _____

Conselheiros Tutelares:

Diário de Pesquisa e Borrifação, Papel AP 75grs, formato retrato, com medida de 21,4x30,5cm, color 1x0 azul, Bloco com 100 fls.

021

MINISTÉRIO DA SAÚDE
 Secretaria Municipal de Saúde

DIÁRIO DE PESQUISA E BORRIFAÇÃO

A 1- Localização da Unidade Domiciliar Data da Atividade ____/____/____
 Cód. do Município Nome do Município Abidade
 1-Pesquisa 5- Atend. Notific.
 2-Borrifação
 Cód. Localidade Nome da Localidade 3-Vista ao PIT S/ Notificação
 4- Visita ao PIT C/ Notificação
 Nº da Casa Compl. Pendência de Pesquisa Pendência da Borrifação
 1- Recusa 2- Casa Fechada 1- Recusa 2 Casa Fechada
 Nome do Morador Nº de Habit. Nº de Anexos

2- Dados da Pesquisa e Borrifação
 Tipo de Parede
 1-Avenaria C/Reb. 2-Avenaria S/Reb. 3-Barro C/Reb. 4-Barro S/Reb. 5-Madeira 6-Outros
 Tipo de Teto Situação das Casas
 1-Telha 2-Palha 3-Madeira 4-Metálico 5-Outros 1-Nova 2 - Demolida

Intradomicílio Peridomicílio
 Captura Vestígios Local de Captura Utilizando Captura Vestígios Local de Captura
 Triatômico Ovos Sala Cozinha Triatômico Ovos Galinheiro Paiol
 Outros Outros Quarto Outros Bio-Sensor Outros Outros Chiqueiro Outros

Tipo de Desoligante Nº de Cargas Tipo de Inseticida Nº de Cargas
 Nº do PIT Nº Notif. PIPIT Matr. Ag. Saúde Assinatura do Agente de Saúde
 Data do Visto Visto do Chefe da Equipe ETIQUETA

B 1- Localização da Unidade Domiciliar Data da Atividade ____/____/____
 Cód. do Município Nome do Município Abidade
 1-Pesquisa 5- Atend. Notific.
 2-Borrifação
 Cód. Localidade Nome da Localidade 3-Vista ao PIT S/ Notificação
 4- Visita ao PIT C/ Notificação
 Nº da Casa Compl. Pendência de Pesquisa Pendência da Borrifação
 1- Recusa 2- Casa Fechada 1- Recusa 2 Casa Fechada
 Nome do Morador Nº de Habit. Nº de Anexos

2- Dados da Pesquisa e Borrifação
 Tipo de Parede
 1-Avenaria C/Reb. 2-Avenaria S/Reb. 3-Barro C/Reb. 4-Barro S/Reb. 5-Madeira 6-Outros
 Tipo de Teto Situação das Casas
 1-Telha 2-Palha 3-Madeira 4-Metálico 5-Outros 1-Nova 2 - Demolida

Intradomicílio Peridomicílio
 Captura Vestígios Local de Captura Utilizando Captura Vestígios Local de Captura
 Triatômico Ovos Sala Cozinha Triatômico Ovos Galinheiro Paiol
 Outros Outros Quarto Outros Bio-Sensor Outros Outros Chiqueiro Outros

Tipo de Desoligante Nº de Cargas Tipo de Inseticida Nº de Cargas
 Nº do PIT Nº Notif. PIPIT Matr. Ag. Saúde Assinatura do Agente de Saúde
 Data do Visto Visto do Chefe da Equipe ETIQUETA

022

Encaminhamento, papel AP 75grs (Conselho Tutelar), bloco com 100 fls, com medida de 21,4x30,5cm, color 1x0 azul.

FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

SAÚDE Cidadã

ORGANIZADO POR: DATA: / /

CONFERIDO POR: FOLHA Nº: /

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL* CBO* CNES* INE* DATA* / /

TURNOS* LOCAL DE ATIVIDADE

Nº INEP (ESCOLA/CRECHE) CNES

OUTRA LOCALIDADE

Nº DE PARTICIPANTES* Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS

ATIVIDADE (opção única)*

TEMAS PARA RESUMÃO (opção múltipla)**

ATIVIDADE (opção única)*

PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatória para atividades 4, 6 e 7)

TEMA PARA SAÚDE (opção única e obrigatória para atividades 4, 6 e 7)

PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatória para atividades 4, 6 e 7)

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

Nº	CNS DO CIDADÃO***	DATA DE NASCIMENTO**	SEXO**	AValiaÇÃO ALTERADA	PESO (kg)	ALTURA (cm)	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
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		/ /					
32		/ /					
33		/ /					
34		/ /					
35		/ /					

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

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório ao informar lista de participantes

***Campo com obrigatoriedade condicionada

029

Ficha de ponto, papel cartolina AP 180 grs, frente e verso, color 1x0 preta, com medidas 21,5x15,5cm.

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

FICHA Nº: _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: _____

LOCAL DE SERVIÇO: _____

Observações no verso:


	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	Diária	Extrema	Ass.	
Janeiro																																			
Fevereiro																																			
Março																																			
Abril																																			
Mai																																			
Junho																																			
Julho																																			
Agosto																																			
Setembro																																			
Outubro																																			
Novembro																																			
Dezembro																																			

Data de admissão: / / 20

Data da demissão: / / 20

030

Ficha de referência, com 21,4x30,5cm, em formato de retrato, color 1x0 azul bloco com 100 fls, papel AP 75grs.


PREFEITURA MUNICIPAL DE CORREGO FUNDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 CMA: 01.648.808/0177 - TEL. FAX: (011)3202-518
 RUA JOAQUIM GONCALVES DA HONDECA, 463 - CENTRO
 CEP 33075-009 - CORREGO FUNDO - MG - saas@fand.gov.br

FICHA DE REFERENCIA OU CONTRA-REFERENCIA
Encaminhamento para consultas especializadas

1 - IDENTIFICAÇÃO:

NOME: _____ TELEFONE: _____

AGENTE DE SAÚDE: _____

NOME DA MÃE: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

CARTÃO DO SUS: _____ UNIDADE BÁSICA: _____ DATA NASC.: / /

2 - REFERENCIA AO ESPECIALISTA:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: (o selecionar deve fornecer dados que caracterizam a necessidade de exame e sua urgência ao não)

CID: _____

EXAMES REALIZADOS E PRINCIPAIS RESULTADOS:

DATA: _____ ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

3 - CONTRA REFERENCIA:

LAUDO MÉDICO:

PROCEDIMENTOS (Realizados/Solicitados):


EXAMES REALIZADOS:

CID: _____ CÓD. SSM: _____

DATA: _____ ASSINATURA MÉDICA

DATA: _____ AUTORIZAÇÃO DO SECRETÁRIO

Ficha perinatal, frente e verso, colorido, formato retrato, tamanho 21,4x30,5cm, papel AP 75grs, bloco com 100fls.


FICHA PERINATAL – Ambulatório

Nome: _____ Unidade: _____

Endereço: _____

Como usar: ver Manual do Usuário

Gestões: Gestões: _____

Tipos de gravidez: _____

Antecedentes clínicos: _____

Exames: _____

Ultrassonografia: _____

Parto e nascimento: _____

Revisão neonatal: _____

Alta hospitalar: _____


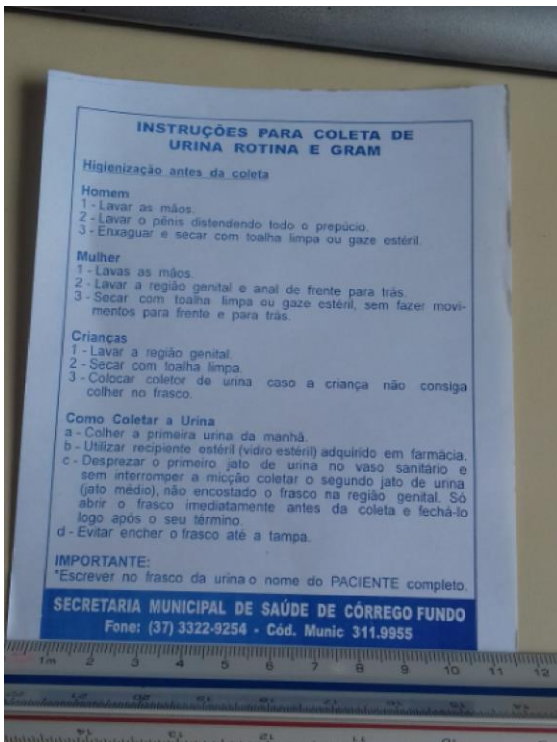
Alta reinternamento: _____

Perímetro E.M: _____

1031

1032

Impresso de receituário azul, papel AP 75grs, color 1x0 azul, medindo 15,5x 7,5cm, bloco com 100fls.

	
033	Impresso Envelope branco com timbre do município – papel AP 80grs, com medida de 37x50cm
034	Impresso Envelope branco com timbre do município – papel AP 80grs, com medida de 26x36cm
035	Impresso Envelope branco com timbre do município – Papel AP 80grs, com medida de 18,5x25cm
036	Impresso Envelope ouro com timbre do município- papel AP 80grs, com medida de 18,5x25cm
037	Impresso Envelope ouro com timbre do município- papel AP 80 grs, com medida de 26x36cm
038	Impresso Envelope pardo A4 com timbre do município – papel AP 80grs, com medida de 24x34cm.
039	Impresso Envelope ouro com timbre do Município - papel AP 80 grs, com medida 37x50cm.
040	<p>Impresso Instruções para coleta urina, medindo 11,7x 15,8cm, color 1x0 azul, papel AP 75grs. Bloco com 100fls.</p> 
041	Impresso Laudo médico para emissão de APAC, papel AP 75grs, color 1x0 azul, medindo 21,4x30,5cm, bloco com 100fls.

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE FEDERAL

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

ENFERMARIA: _____
Nº LEITO: _____
Nº PRONTUÁRIO: _____
Nº DOC.: _____
C.N. SUS: _____

UNIDADE		NOME	
PRONTO ATENDIMENTO DE CARRÉGO FUNDO		CORRIGIDO (CNPJ): 01.614.982/0001-77	
MOVE DO CLIENTE			
ORÇÃO EMISSOR			
ENFERMIA (RUA, Nº, BAIRRO)		MUNICÍPIO	
UF		UF	
CEP	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	COMUNICAÇÃO
		Masculino 1 Feminino 3	Suplente 2 Colaborador 4 Físico 6 Outros 8
MOVE DO SEGURADO			
PSI (Pessoa Física) Nº INDIVIDUAL			
VINCULO COM A PREVIDÊNCIA			
Emprego 1 Desemprego 2 Aposentado 3 Desempregado 4 Aposentado 5 Não Informado 7 CNPJ DA EMPRESA 9			
CPF DO MÉDICO SOLICITANTE			
PROF. SOLICITADO	QDPT Nº	DATA EXATOS	CPF DO MÉDICO RESPONSÁVEL
			ASS. DO MÉDICO RESPONSÁVEL
PRESCRIÇÃO DE CASO DE ACIDENTE DE TRABALHO			
CAUSA LESÃO	CNPJ DA SEGURADORA	Nº DO BÔNUS	SERIE
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO			
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA DIAGNÓSTICAS			
DIAGNÓSTICO MORBI			
CLÍNICA			
Simples 1 Dupla 2 Tripla 3			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
Tumorais 4 Cirúrgicas 5 Fisiológicas 7 Outras 9			
ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE (EXAMINADOR)			
CRM	DATA		

Laudo para solicitação/autorização de procedimento ambulatorial, papel AP 75grs, color 1x0 azul, medindo 21,4x30,5cm, formato retrato, bloco com 100fls.

043

SUS Sistema Único de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CID
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
3 - NOME DO PACIENTE	4 - Nº DO PRONTUÁRIO
5 - SEXO (MASCULINO/FEMININO)	6 - DATA DE NASCIMENTO
7 - ENDEREÇO DO PACIENTE	8 - CID
9 - CID DO PACIENTE	10 - CID DO PACIENTE
11 - CID DO PACIENTE	12 - CID DO PACIENTE
13 - CID DO PACIENTE	14 - CID DO PACIENTE
15 - CID DO PACIENTE	16 - CID DO PACIENTE
17 - CID DO PACIENTE	18 - CID DO PACIENTE
19 - CID DO PACIENTE	20 - CID DO PACIENTE
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
21 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	22 - CID
PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS	
23 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	24 - CID
25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - CID
27 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - CID
29 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	30 - CID
31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - CID
JUSTIFICATIVA DOS PROCEDIMENTOS SOLICITADOS	
33 - RESPOSTA DO SOLICITANTE	34 - CID DO PACIENTE
35 - CID DO PACIENTE	36 - CID DO PACIENTE
SOLICITAÇÃO	
37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	38 - CID DO PACIENTE
39 - CID DO PACIENTE	40 - CID DO PACIENTE
41 - CID DO PACIENTE	42 - CID DO PACIENTE
AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - CID DO PACIENTE
45 - CID DO PACIENTE	46 - CID DO PACIENTE
47 - CID DO PACIENTE	48 - CID DO PACIENTE
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXEQUENTE)	
49 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXEQUENTE	50 - CID

Marcadores de consumo alimentar de crianças de 6 meses até 23 meses, medindo 21,4x30,5cm, papel AP 75grs, color 1x0 azul, bloco com 100fls, formato retrato.

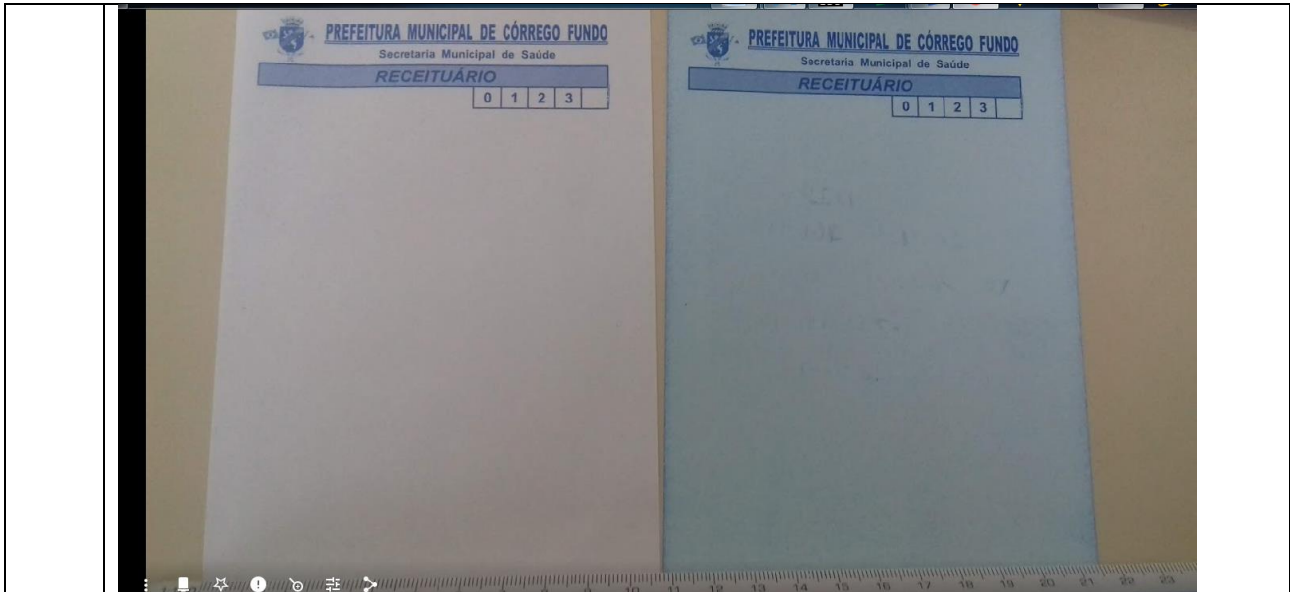
044

	MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR		DESTINADO POR:	DATA:
			CONFÉREDO POR:	FOLHA Nº:
Nº DO CARTÃO SÚB. DO PROFISSIONAL* _____ Gênero: _____ Cód. CIES LINEAR* _____ Cód. EQUIP. (INE)* _____ D.M.U.* _____				
Nº CENTRO S.U.P. _____				
Nome do Cuidado: _____ Sexo: <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino Local de Atendimento* _____				
A criança come sozinho e do prato? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Criança aceita sua comida, faz ruídos, mexe e sacode o cotovelo? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Ela já quer se mover? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Já anda <input type="radio"/> Já marcha, corre <input type="radio"/> Não sabe				
Criança consegue comer sozinho de colher de pau, pega no bico? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim				
Se sim, quantas vezes? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> Mais de 2 vezes <input type="radio"/> Não sabe				
Se sim, usa colher ou canivete? <input type="radio"/> Não sabe <input type="radio"/> An. próprio <input type="radio"/> Usando os dedos <input type="radio"/> Com colher <input type="radio"/> Não sabe				
Comer que tipos de alimentos?				
Outros alimentos que não são de leite materno? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Alimento com leite? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Legumes (não considero os utilizados para temperar, com batata, mandioca, inhame, milho, feijão, arroz)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Legumes (não considero os utilizados para temperar, com batata, mandioca, inhame, milho, feijão, arroz, batata-doce, beterraba, espinafre, acelga)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Alimentos de origem animal (carne, peixe, ovos, leite, manteiga, margarina, queijo, leite condensado, leite em pó, leite UHT, leite de soja, leite de vaca, leite de cabra)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Carne (vacca, frango, peixe, porco, aves, outros de ave)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Frango <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Peixe <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Arroz, batata, milho, soja e derivados (farinha de milho, amido, fécula de milho)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Manteiga e outros derivados (leite em pó, leite UHT, leite de vaca, leite de cabra)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Alimentos e bebidas industrializados, doces e salgados, sorvete, pipoca, doce de leite, biscoitos, bolachas, açúcar, leite de leite com açúcar de leite? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Alimentos e bebidas industrializados, doces e salgados, sorvete, pipoca, doce de leite, biscoitos, bolachas, açúcar, leite de leite com açúcar de leite? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Bebidas (refrescos, doces ou guloseimas (doce, mel, xarope, doce em pó, leite condensado, leite em pó)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Nº CENTRO S.Ú. _____				
Nome do Cuidado: _____ Sexo: <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino Local de Atendimento* _____				
A criança quer beber água do prato? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Criança consegue beber água do copo ou do bico? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Criança, quantas vezes? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> Mais de 2 vezes <input type="radio"/> Não sabe				
Criança consegue beber água de colher de pau, pega no bico? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim				
Se sim, quantas vezes? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> Mais de 2 vezes <input type="radio"/> Não sabe				
Se sim, como bebe? <input type="radio"/> Não sabe <input type="radio"/> An. próprio <input type="radio"/> Usando os dedos <input type="radio"/> Com colher <input type="radio"/> Não sabe				
Beber que tipos de líquidos?				
Outros líquidos que não são de leite materno? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Leite com leite? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Legumes <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Legumes (não considero os utilizados para temperar, com batata, mandioca, inhame, milho, feijão, arroz)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Legumes (não considero os utilizados para temperar, com batata, mandioca, inhame, milho, feijão, arroz, batata-doce, beterraba, espinafre, acelga)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Alimentos de origem animal (carne, peixe, ovos, leite, manteiga, margarina, queijo, leite condensado, leite em pó, leite UHT, leite de vaca, leite de cabra)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Carne (vacca, frango, peixe, porco, aves, outros de ave)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Frango <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Peixe <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Arroz, batata, milho, soja e derivados (farinha de milho, amido, fécula de milho)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Manteiga e outros derivados (leite em pó, leite UHT, leite de vaca, leite de cabra)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Alimentos e bebidas industrializados, doces e salgados, sorvete, pipoca, doce de leite, biscoitos, bolachas, açúcar, leite de leite com açúcar de leite? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Alimentos e bebidas industrializados, doces e salgados, sorvete, pipoca, doce de leite, biscoitos, bolachas, açúcar, leite de leite com açúcar de leite? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Bebidas (refrescos, doces ou guloseimas (doce, mel, xarope, doce em pó, leite condensado, leite em pó)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Bebidas (refrescos, doces ou guloseimas (doce, mel, xarope, doce em pó, leite condensado, leite em pó)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Legenda: <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe				
* Centro de Saúde				
** Tabela de frequência de consumo alimentar				
Local de Atendimento: 01 - UBS; 02 - Unidade Móvel; 03 - Rua; 04 - Domicílio; 05 - Escola; 06 - Casa; 07 - Posto de Saúde; 08 - Posto; 09 - Hospital; 10 - Outros				
01 - Unidade Móvel; 02 - Rua; 03 - Domicílio; 04 - Escola; 05 - Casa; 06 - Posto de Saúde; 07 - Posto; 08 - Hospital; 09 - Outros				

045

Marcadores de consumo alimentar, medindo 21,4x30,5cm, papel AP 75grs, color 1x0 azul, formato retrato, bloco com 100fls.

	<div data-bbox="667 248 981 1010" style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">ORIENTAÇÕES PARA COLETA PSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - APÓS TOQUE RETAL AGUARDAR <u>2 DIAS.</u> - APÓS ULTRA-SON TRANS-RETAL AGUARDAR <u>24 HORAS.</u> - APÓS BIOPSIA DE PRÓSTATA AGUARDAR <u>4 SEMANAS.</u> - APÓS EJACULAÇÃO AGUARDAR <u>24 HORAS.</u> - APÓS MASSAGEM NA PRÓSTATA AGUARDAR <u>4 SEMANAS.</u> - APÓS EXERCÍCIOS PESADOS COMO BICICLETAS ERGOMÉTRICAS AGUARDAR <u>5 DIAS.</u> - <u>INFEÇÃO DAS VIAS URINÁRIAS APÓS TRATAMENTO ESPECÍFICO.</u> </div>
048	<p>Orientação para coleta fezes, medidas 11,7x15,8cm, color 1x0 azul, papel AP 75grs, bloco com 100fls.</p> <div data-bbox="582 1093 1072 1780" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">COLETA DE FEZES COM MIF</p> <p>PROCEDIMENTOS: NO 1º DIA DA COLETA: Colher a amostra de fezes e colocá-la no frasco com líquido conservante. NO 2º DIA DA COLETA: Colher a amostra de fezes e colocá-la também no frasco com líquido conservante. NO 3º DIA DA COLETA: Colher a amostra de fezes e colocá-la também no frasco com líquido conservante.</p> <p>OBS.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O frasco com o conservante MIF (líquido laranja) deve ser comprado em Farmácia. - As três amostras devem ser colocadas no mesmo frasco. - Dissolver e homogeneizar (misturar bem) as fezes coletadas no líquido conservante para que as mesmas fiquem totalmente cobertas pelo MIF. - Deve ser coletadas três amostras de fezes em dias consecutivos ou alternados ou conforme orientação médica. - Identificar o frasco com o nome completo. - Não é necessário colocar em geladeira, pois o líquido é conservante. - O recipiente contendo o conservante deve ficar em pé dentro da sacola ao ser transportado. Cuidado para não pressionar o frasco, pois o material poderá vazar. - O líquido conservante (MIF) contém Glicerina, Iodo e Formol. Não pode ser ingerido e deve ser mantido fora do alcance das crianças. <p style="text-align: center;">SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CÓRREGO FUNDO Fone: (37) 3322-9254 - Cód. Munic 311.9955</p> </div>
049	<p>Receituário carbonado autocopiativo, bloco 50x2 vias, color 1x0 azul, papel AP 75 grs, medidas de 11 x15,5cm.</p>



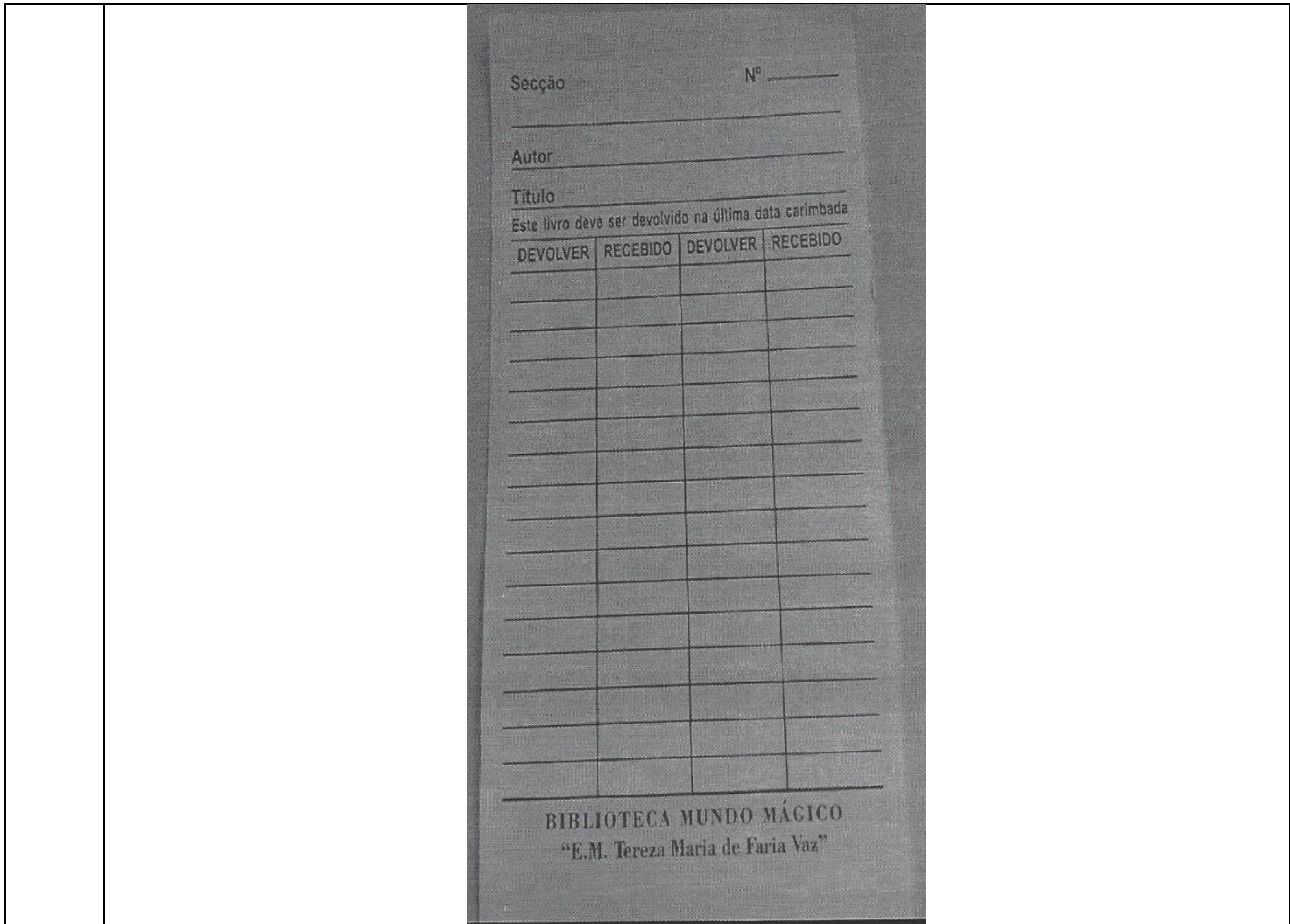
Papel carta timbrado Conselho Tutelar, papel AP 75grs, color 1x0 azul, bloco com 100 fls, medindo 21,4x30,5cm.

050



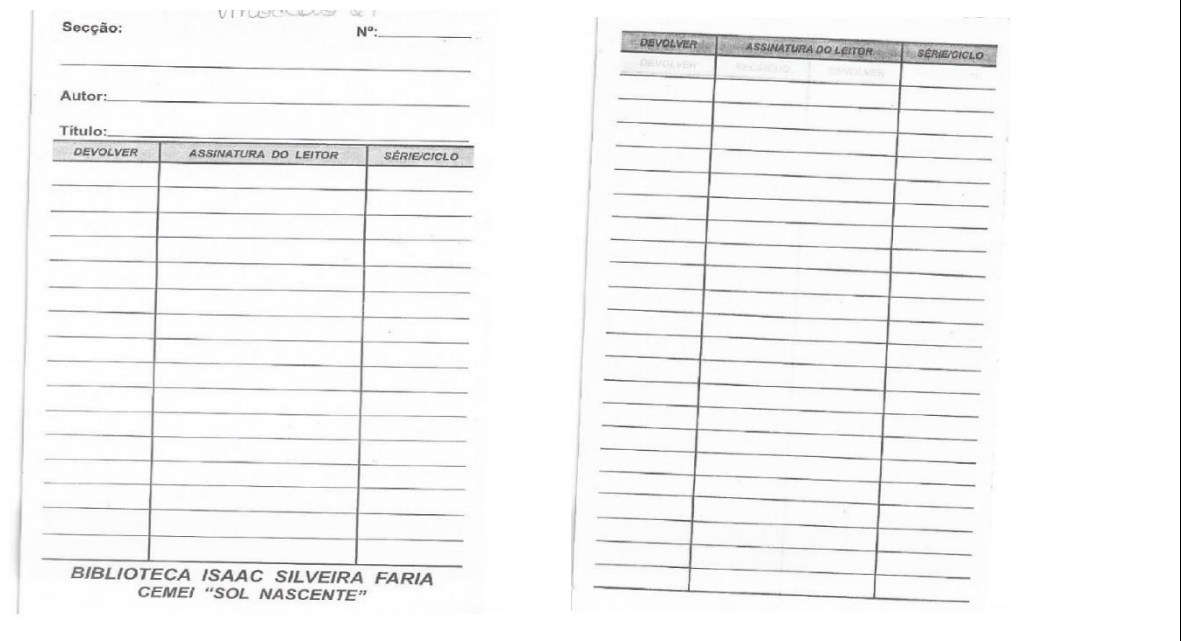
051

Papeleta de data, papel AP 150grs, 1x1, papel cartão resistente, color 1x0 preto, frente e verso, medindo 13,5x8,5cm.



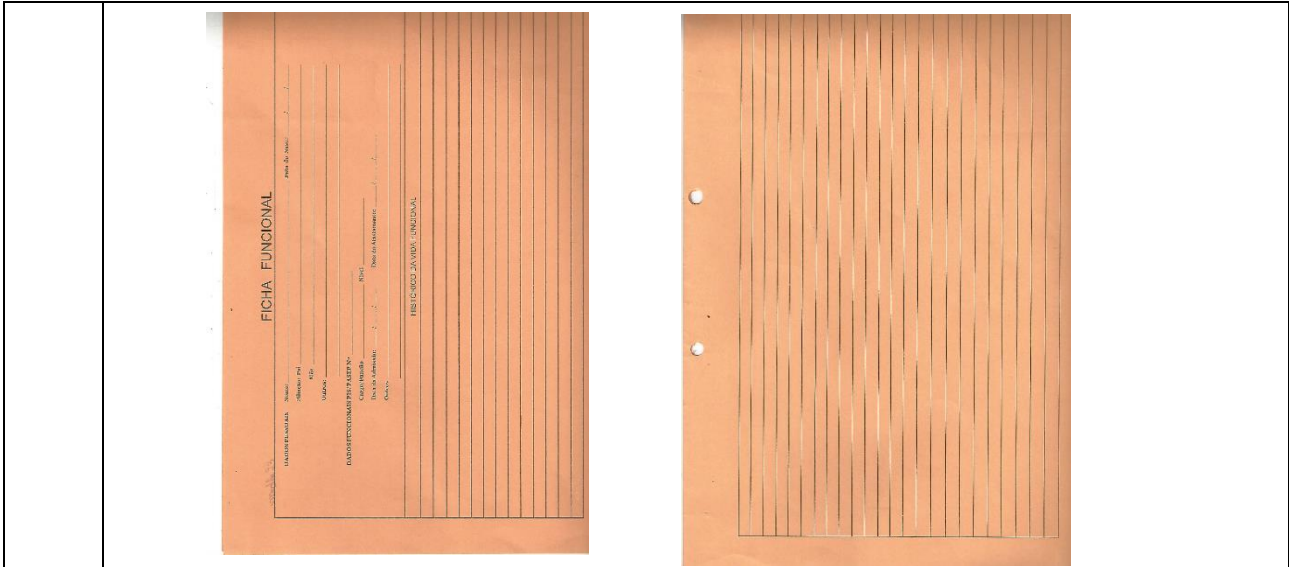
Papeleta de data de devolução AP 150 g – 1x1, papel cartão resistente, color 1x0 preto, frente e verso, medindo 13,5x8,5cm.

052



053

Pasta Ficha funcional, papel cartolina AP 180 grs na cor laranja, com dobras e furos vazados, com medidas 44,5x32cm, color 1x0 preto, frente e verso.



Produção ambulatorial odontológica, papel AP 75g, color 1x0 azul, formato paisagem, bloco com 100 fls, medidas 21,4x30,5cm.

054

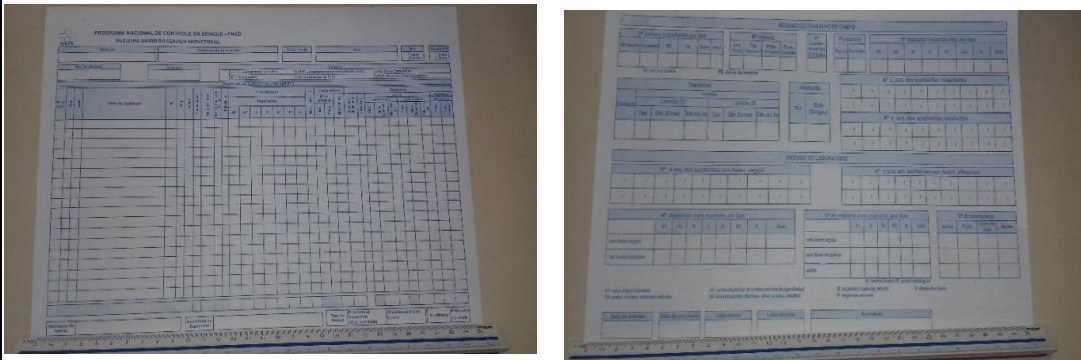
PREFEITURA MUNICIPAL DE CÔRREGO FUNDO
Secretaria Municipal de Saúde
 Rua Joaquim Gonçalves da Fonseca, 493 - Miral dos Bernardes - FONE: (37) 3322-9224 - FAX: (37) 3322-9158 - E-mail: saude@corregofundo.mg.gov.br - CEP 35578-008 - Corrego Fundo -

PRODUÇÃO AMBULATORIAL - ODONTOLOGIA

Unidade de Saúde:	Produção de mês:	(R) Responsável (assinatura e carimbo):																																	
Categoria	Processamento	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
010100074	Apliação Tostada de Flúor (Indivíduos por sessão)																																		
0207010016	Captação Prétor																																		
0307010040	Restauração de Dente Permanente Posterior																																		
0307010031	Restauração de Dente Permanente Anterior																																		
0307010033	Restauração de Dente Decíduo																																		
0309191030	Prevenção Clínica Odontológica Programática																																		
0101020062	Exodontia de Placa bacteriana																																		
0101020060	Apliação de Selante (por dente)																																		
0207020019	Remoção, Alisamento e Polimento Superficiais (por sessão)																																		
0414020030	Exodontia de Dente Decíduo																																		
0414020038	Exodontia de Dente Permanente																																		
0110020148	Exodontia Parcial ou Total/Quadrante (por sessão)																																		
0101020060	Retenção Protética de Coroa de Dente																																		
0307020024	Reaparelhamento Superficial (por sessão)																																		
0307020079	Fuligem Dentária																																		
0414020058	Ultrassom/Ultracônd																																		
0307020016	Asseso à Polpa Dentária e Medicação por Dente																																		
0101020040	Aplicação de Flúor (Dentes) e Flúorados Epidemiológicos																																		
0101020023	Aplicação de Flúor em Fios e Fios																																		
0101020015	Aplicação de Flúor em Aplicação Tostada de Flúor Gel																																		
0101020033	Aplicação de Escovação Dental Supervisionada																																		
Total																																			

Programa de controle de doença de Chagas, tamanho A4, formato paisagem, papel AP 75 grs, color 1x0 azul, medindo 21,4x30,5cm, bloco com 100fls, frente e verso.

055



Relatório de atendimento, papel AP 75grs, color 1x0 azul, medindo 21x15,5cm, bloco com 100fls.

062

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS SUPERINTENDÊNCIA OPERACIONAL DE SAÚDE CENTRO DE APOIO ASSISTENCIAL / COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR	
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO - TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO	
01 - NOME DA UNIDADE MÉDICO ASSISTENCIAL	02 - CLÍNICA
03 - NOME DO PACIENTE	
04 - ENDEREÇO	05 - TELEFONE
06 - PROCEDÊNCIA	
07 - TRATAMENTO REALIZADO (SÚMULA)	
08 - NECESSITA DE COMPLEMENTAÇÃO DE TRATAMENTO	
<input type="checkbox"/> NESTA UNIDADE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NO ÓRGÃO DE ORIGEM <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
09 - JUSTIFICATIVA DO RETORNO	
RETORNAR EM: _____	
10 - OUTRAS OBSERVAÇÕES	
11 - DATA	12 - CARIMBO - CREMEMGE - ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE

TIPOGRAFIA E OFF SET PAINS L10A - TEL/FAX: (37) 3322-1032

Relatório de viagem, papel AP 75grs, color 1x0 azul, medindo 20x14,5cm, bloco com 100fls.

063

PREFEITURA MUNICIPAL DE CÓRREGO FUNDO Estado de Minas Gerais		
Relatório de Viagem		
Servidor(a):		
Destino:	Data e Horário da Saída:	Data e Horário do Retorno:
Finalidade:		
A presente viagem compreendeu o período _____ horas, correspondentes a _____ diárias (s) (l) (P) (S)		
Veículo Placa	Quilometragem Saída	Quilometragem Chegada
Despesas Adicionais?	() Sim, conforme comprovantes anexos	() Não
Assinatura do(a) Servidor(a)	Quilometragem de Conferência de água, óleo, extintor, etc...	
As informações acima correspondem ao trabalho realizado.	Data:	
Assinatura da Chefia	Córrego Fundo, _____ de _____ de _____	

TIPOGRAFIA E OFF SET PAINS L10A - TEL/FAX: (37) 3322-1032

Requisição abrigo (Conselho Tutelar), papel AP 75grs, color 1x0 azul, bloco com 100 fls, medindo 21,4x30,5cm.

064

CONSELHO TUTELAR DE CÓRREGO FUNDO - MG	
<small>Criado pelo Lei Municipal nº 276 de 28/04/05 Rua Joaquim Gonçalves da Fonseca, 199 - Centro Tele.: (37) 3322-8504 - (37) 99872-4836</small>	
REQUISIÇÃO / ABRIGO	
CONSELHO TUTELAR - LEI MUNICIPAL Nº 276 E LEI FEDERAL Nº 8.069/90	DATA:
DE CONSELHO TUTELAR DE CÓRREGO FUNDO/MG	
PARA:	
CRANÇA / ADOLESCENTE	
<p>O CONSELHO TUTELAR órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelos direitos da criança e do adolescente, definidos na LEI FEDERAL 8.069/90 - no uso de suas atribuições fixadas no art. 136, II, "a".</p>	
<p>REQUISITA</p> <p>ABRIGO - Provido e em caráter excepcional, como Medida Protetiva prevista no art. 103, VI - ECA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparação gradativa para o desligamento / Família em fase de inclusão "Programa orientação e apoio Sócio Familiar". - Não desmembramento / Grupo de irmãos - Espera passe retorno à cidade de origem - Estudo Social de Caso / Família - Outros 	
<p>DECISÃO DO CONSELHO:</p> <p>Requisita à instituição retorno ao Conselho de informações sobre o "abrigo". Evasão - permanência - transferência para outra instituição - Desligamento.</p>	
CONSELHEIROS TUTELARES:	
<p>LEI FEDERAL 8.069/90</p>	
<p>ARTIGO 136, II - "PROMOVER A EXECUÇÃO DE SUAS DECISÕES PODENDO PARA TANTO "A" - REQUISITAR SERVIÇOS PÚBLICOS NAS ÁREAS DE SAÚDE, EDUCAÇÃO, SERVIÇO SOCIAL, PREVIDÊNCIA, TRABALHO E SEGURANÇA".</p>	
<p>ARTIGO 236 - "IMPEDIR OU EMBAIAR A AÇÃO DE AUTORIDADE JUDICIÁRIA. MEMBRO DO CONSELHO TUTELAR OU REPRESENTANTE DO MINISTÉRIO PÚBLICO NO EXERCÍCIO DE FUNÇÃO PREVISTA NESTA LEI PENAL - DETENÇÃO DE SEIS MESES A DOIS ANOS."</p>	
<p>ARTIGO 31 - "PARÁGRAFO ÚNICO - O DIRIGENTE DE ENTIDADE DE ABRIGO É EQUIPARADO AO GUARDIÃO, PARA TODOS OS EFEITOS DE DIREITO."</p>	

065

Requisição de abastecimento, bloco com folha branca e folha carbonada, papel AP 75grs, color 1x0 azul, bloco 50x2 vias, com medidas de 11x 14,5cm.

ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE CÓRREGO FUNDO
 CNPJ: 01.014.802/0001-77
 Rua Joaquim Gonçalves da Fonseca, 493 - Fone: (37) 3322-9144 - Córrego Fundo - MG

REQUISIÇÃO DE ABASTECIMENTO

Córrego Fundo: _____
 Fornecedor: _____
 Veículo: _____ Placa: _____
 Km.: _____

Nome Motorista: _____

QUANT.	UNID.	DESCRIÇÃO DO MATERIAL	V. UNIT.	TOTAL
		Litros de Gasolina		
		Litros de Alcool		
		Litros de Óleo Diesel		
		Litros de Óleo Lubrificante		
		Lavação		

Nº **Nº 001500** TOTAL: _____

DEPARTAMENTO REQUISITANTE: _____

Assinatura: _____

ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE CÓRREGO FUNDO
 CNPJ: 01.014.802/0001-77
 Rua Joaquim Gonçalves da Fonseca, 493 - Fone: (37) 3322-9144 - Córrego Fundo - MG

REQUISIÇÃO DE ABASTECIMENTO

Córrego Fundo: _____
 Fornecedor: _____
 Veículo: _____ Placa: _____
 Km.: _____

Nome Motorista: _____

QUANT.	UNID.	DESCRIÇÃO DO MATERIAL	V. UNIT.	TOTAL
		Litros de Gasolina		
		Litros de Alcool		
		Litros de Óleo Diesel		
		Litros de Óleo Lubrificante		
		Lavação		

Nº **Nº 001500** TOTAL: _____

DEPARTAMENTO REQUISITANTE: _____

Assinatura: _____

Sistema de monitoramento e avaliação, ficha despecho, papel AP 75grs, color 1x0 azul, medida 21,4x30,5cm, bloco com 100fls.

066

MINISTÉRIO DA SAÚDE
 SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
 SISPRENATAL Nº _____

SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL, PARTO E NASCIMENTO COMPONENTE I - PRÉ-NATAL

FICHA DE DESPECHO

Motivo despecho:

Despecho do Alodamento:
 Mudança de Estado
 Mudança de Município
 Mudança de Estabelecimento
 Residência
 Outros Motivos
 Optou por Convênio Particular

Despecho de Estação:
 Aborto
 Cesário
 Óbito Ambos
 Óbito Fetal
 Óbito Materno

DESPECHO

01 Data do Despecho: _____

02 Justificativa: _____

Responsável pela Digitação: _____

Data da Digitação: _____

Sistema monitoramento e avaliação pré-natal, ficha de consulta à puérpera, papel AP 75grs, color 1x0 azul, medida 21,4x30,5cm, bloco com 100fls.

067

MINISTÉRIO DA SAÚDE
 SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
 COORDENADORIA DE _____

SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL, PARTO, PUÉRPERA E CRIANÇA 1 - PUÉRPERA

FICHA DE CONSULTA À PUÉRPERA

01 Município de Alodamento 02 Código BDE 03 Data de MF

04 Nome da Unidade de Saúde 05 Código CNEB

06 Mês de Anis 07 Número do Mês-Anis

08 Nome do Profissional 09 CNEB Profissional

10 Nome do Ponto 11 Nº (Cem / Dez)

12 Fluxo de Parto (Seguel) (3) Outros (1) Pré-natal

13 Nome do Púrpura 14 Tipo de Alodamento

DADOS PESSOAIS

15 Nome da Mãe ou Responsável

16 Nº do Cadastro Profissional de Saúde - CNEB Profissional

17 Local de Domicílio (1 - Centro de Parto Normal) (2 - Domicílio) (3 - Hospital) (4 - Maternidade) (5 - Outra Estabelecimento) (6 - Outros)

DADOS DO PARTO

18 Caracterização do Parto (CNEB)

19 Tipo e Processo de Acompanhamento de Saúde (1 - Sem Acompanhamento) (2 - Acompanhamento) (3 - Acompanhamento) (4 - Acompanhamento) (5 - Acompanhamento) (6 - Acompanhamento)

20 Foi Atendida no Caso do Convênio, de Fim de ou Parto (1) - Sim (2) - Não

Responsável pela Digitação: _____

Data da Digitação: _____

068

Termo de compromisso (Conselho Tutelar), AP 75grs, color 1x0 azul, bloco com 100 fls, com medidas de 21,4x30,5cm.

CONSELHO TUTELAR DE CÓRREGO FUNDO - MG
 Criado pela Lei Municipal nº 276 de 28/04/05
 Rua Joaquim Gonçalves da Fonseca, 199 - Centro
 Tels.: (37) 3322-9504 - (37) 99872-4636

TERMO DE COMPROMISSO

Na data de _____ de _____ de _____ na cidade de _____, criança _____, adolescente _____, filiação: _____, nascido aos _____ dias do mês de _____ de _____ se responsabiliza pelos atos e deveres no que concerne a Escola _____, comprometer-se a observar as normas e regras da mesma, cumprindo-as, de acordo com os direitos e deveres contidos na Lei Federal 8069/90 (ECA) Estatuto da Criança e do Adolescente, tendo por intermédio e Conselho Tutelar, neste ato representado pelo(s) Conselheiro(s) Tutelar:

Aos pais e responsáveis aplicam-se as medidas previstas no mesmo diploma legal, conforme art. 12º, inciso V ("São medidas aplicáveis aos pais e responsáveis: I... II... III... IV... V - Obrigação de matricular o filho ou pupilo e acompanhar sua frequência e aproveitamento escolar", ...).
 Aluno: _____
 País ou responsável: _____
 Responsável pela Escola: _____
 _____ de _____ de _____
 Conselheiros Tutelares: _____

Termo de declaração (Conselho Tutelar), papel AP 75grs, color 1x0 azul, bloco com 100 fls, com medidas de 21,4x30,5cm.

069

CONSELHO TUTELAR DE CÓRREGO FUNDO - MG
 Criado pela Lei Municipal nº 276 de 28/04/05
 Rua Joaquim Gonçalves da Fonseca, 199 - Centro
 Tels.: (37) 3322-9504 - (37) 99872-4636

TERMO DE DECLARAÇÃO

CONSELHO TUTELAR - LEI MUNICIPAL Nº 276 E LEI FEDERAL Nº 8.069/90
CONSELHO TUTELAR DE CÓRREGO FUNDO

01. DADOS DO DECLARANTE:
 NOME: _____
 NACIONALIDADE: _____ NATURALIDADE: _____
 PROFISSÃO: _____ DOCUMENTO: _____
 DATA DE NASCIMENTO: _____ ORÇÃO/EMPRESA ONDE TRABALHA: _____

02. ENDEREÇO COMERCIAL:
 RUA / AV.: _____ Nº: _____ COMPLEMENTO: _____
 BAIRRO: _____ TEL.: _____ MUNICÍPIO: _____

03. ENDEREÇO RESIDENCIAL:
 RUA / AV.: _____ Nº: _____ COMPLEMENTO: _____
 BAIRRO: _____ TEL.: _____ MUNICÍPIO: _____

ADOS _____ DIAS DO MÊS DE _____ DE _____ NA SEDE DO CONSELHO TUTELAR DESTA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL, ESTANDO PRESENTES:

CONSELHEIROS TUTELARES COMPARECERAM O(A) DECLARANTE ACIMA QUALIFICADO(A) QUE, ÀS PERGUNTAS FEITAS E (COM)SEU O COMPROMISSO LEGAL DE DIZER A:

MAIS NADA TENDO A DECLARAR, FIRMO A PRESENTE DECLARAÇÃO:
 _____ ASSINATURA

070

Termo de desligamento abrigo (Conselho Tutelar), papel AP 75grs, color 1x0 azul, bloco com 100 fls, com medidas de 21,4x30,5cm.

074

FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

CPF DO PROFISSIONAL* _____ DATA / / _____
 IDENTIFICADOR CONFÉRENCIA _____ RESULTANTE* _____

C/RES*	C/PRO*												C/RES*	C/RES*	DATA*	DATA*
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
NOME DO RESPONSÁVEL*																
ENDEREÇO*																
BARRIO*																
CIDADE*																
CEP*																
TEL. RESIDENTE*																
TEL. CELULAR*																
TIPO DE INSUFIL* Nº PROFISSIONAL																
CPF do Cidadão <small>Informe o CPF do cidadão em visita domiciliar ou territorial. Se não possuir CPF, informe o número de identificação pessoal.</small>																
Atividade em visita domiciliar*																
Atividade em visita territorial*																
Atividade em visita mista*																
Atividade em visita não classificada*																
Atividade em visita não classificada*																



075

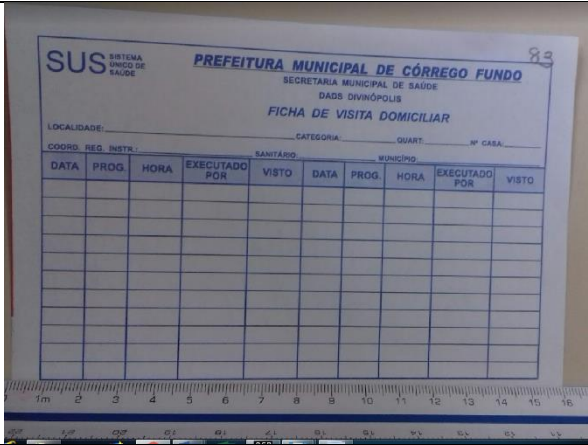
Bloco de Ficha de Visita Domiciliar, com medidas de 16x11cm, papel AP 75grs, color 1x0 azul, bloco com 100 fls.

FICHA DE VISITA DOMICILIAR

CPF DO PROFISSIONAL* _____ DATA / / _____
 IDENTIFICADOR CONFÉRENCIA _____ RESULTANTE* _____

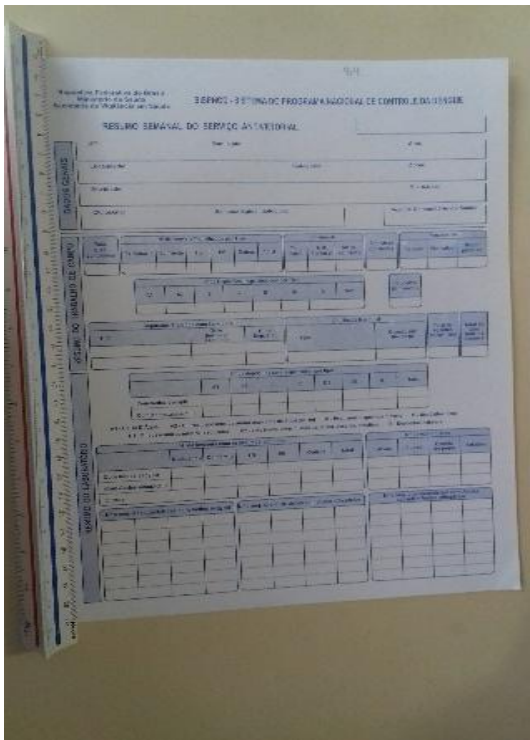
C/RES*	C/PRO*												C/RES*	C/RES*	DATA*	DATA*
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
NOME DO RESPONSÁVEL*																
ENDEREÇO*																
BARRIO*																
CIDADE*																
CEP*																
TEL. RESIDENTE*																
TEL. CELULAR*																
TIPO DE INSUFIL* Nº PROFISSIONAL																
CPF do Cidadão <small>Informe o CPF do cidadão em visita domiciliar ou territorial. Se não possuir CPF, informe o número de identificação pessoal.</small>																
Atividade em visita domiciliar*																
Atividade em visita territorial*																
Atividade em visita mista*																
Atividade em visita não classificada*																
Atividade em visita não classificada*																

*Informar o CPF do cidadão em visita domiciliar ou territorial. Se não possuir CPF, informe o número de identificação pessoal.
 *Informe o endereço completo para a visita ou trabalho em sua família.



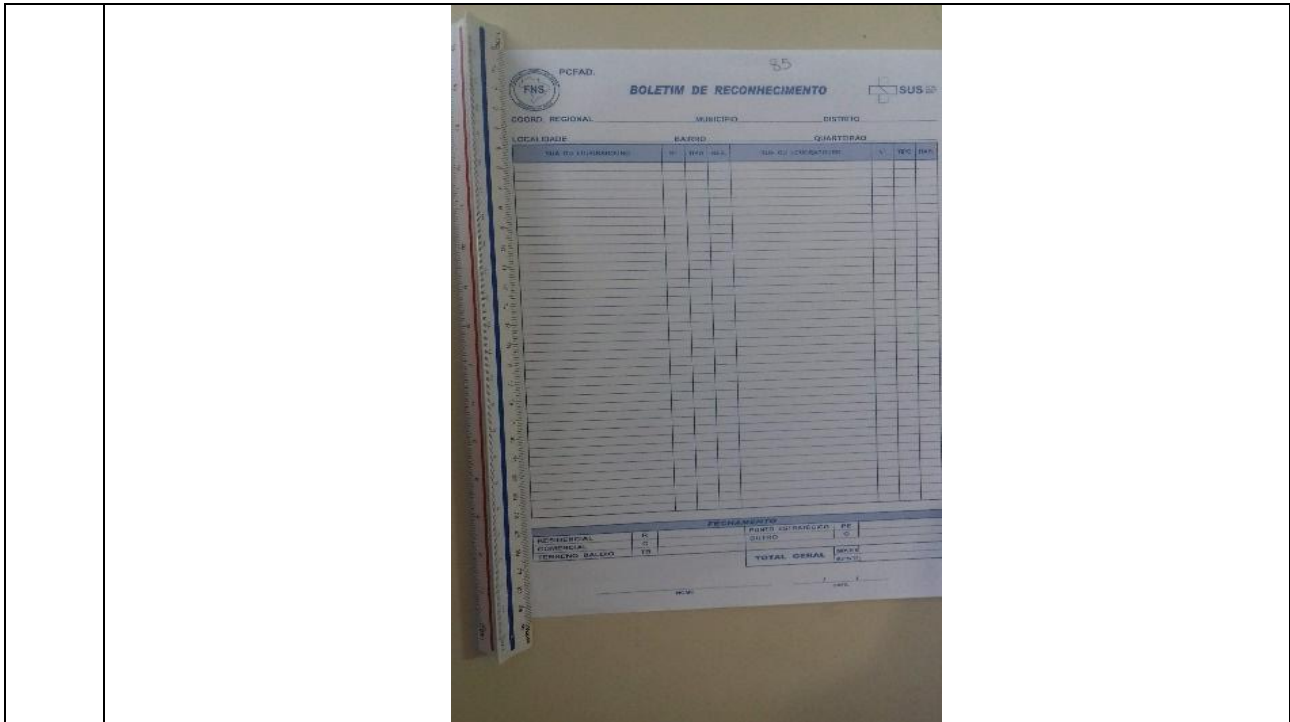
Bloco de resumo semanal do serviço antivetorial, papel AP 75grs, color 1x0 azul, bloco com 100 fls, com medidas de 21,4x30,5cm.

076



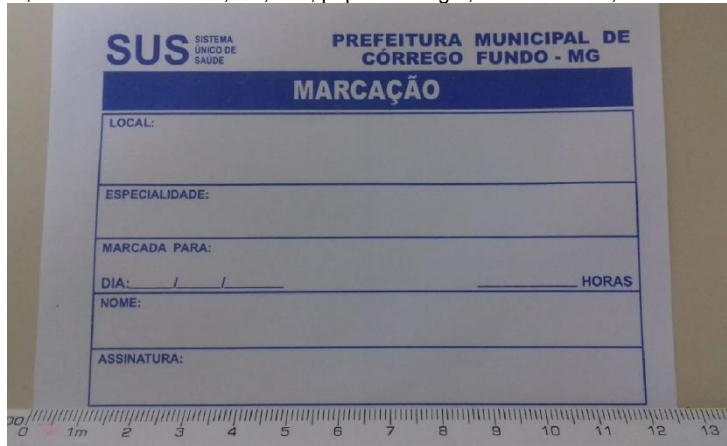
Bloco Boletim de Reconhecimento, papel AP 75grs, color 1x0 azul, bloco com 100 fls, com medidas de 21,4x30,5cm.

077



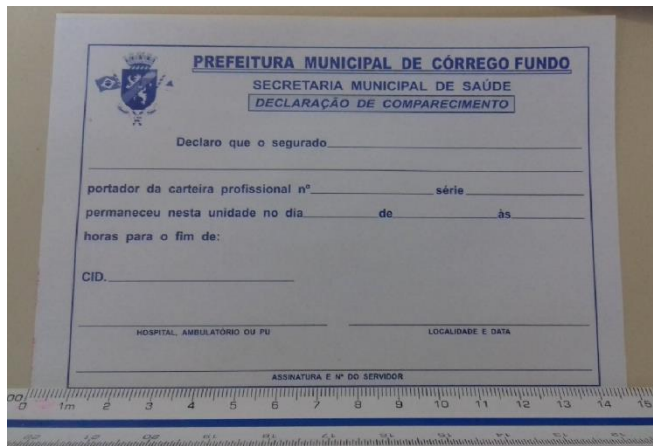
Bloco de Marcação SUS, com medidas de 12,5x7,5cm, papel AP 75grs, color 1x0 azul, bloco com 100 fls.

078



Bloco de Declaração de comparecimento, com medidas de 14,5x10,5cm, papel AP 75grs, color 1x0 azul, bloco com 100 fls.

079



Bloco de requisição de exame citopatológico (colo útero), papel AP 75grs, bloco com 100 fls, color 1x0 azul, frente e verso, com medidas de 21,4x30,5cm.

080

Bloco de risco cirúrgico, papel AP 75grs, bloco com 100 fls, color 1x0 azul, com medidas de 21,4x30,5cm.

081

082

Bloco de Ficha de controle individual, papel AP 75grs, bloco com 100 fls, color 1x0 azul, com medidas de 21,4x30,5cm. Frente e verso.



Bloco de controle de atendimento, papel AP 75grs, bloco com 100 fls, color 1x0 azul, com medidas de 21,4x30,5cm. Frente e verso.

083



Bloco de requisição de mamografia, papel AP 75grs, bloco com 100 fls, color 1x0 azul, com medidas de 21,4x30,5cm. Frente e verso.

084



Ficha 2 – Identificação da criança/adolescente (Conselho Tutelar), papel AP 75grs, color 1x0 azul, bloco com 100 fls, medindo 21,4x30,5cm.

085

CONSELHO TUTELAR DE CÔRREGO FUNDO - MG
 Criado pela Lei Municipal nº 276 de 28/04/05
 Rua Joaquim Gonçalves da Fonseca, 199 - Centro
 Tels.: (37) 3322-9504 - (37) 99872-4636

FICHA 2 - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA / ADOLESCENTE

CONSELHO TUTELAR DA REGIONAL DATA Nº CADASTRO

01 DADOS DA CRIANÇA / ADOLESCENTE

NOME COMPLETO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (01)

NOME DO PAI (02)

NOME DA MÃE (03)

NOME DO RESPONSÁVEL (04)

ENDEREÇO DOS PAIS OU RESPONSÁVEL (05)

SEXO (06) () FEM () MASC ESTADOCIVIL (07) () SOLTEIRO () CASADO () VIÚVO () DIVORCIADO () OUTRO

DATA DE NASCIMENTO(08) COR (10) BRANCA NEGRA PIRUA AMARELA

OBSERVAÇÕES (QUANDO NECESSÁRIO) (11)
 CIRCUNSTÂNCIAS ESPECIAIS QUE MOTIVAM A APRESENTAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE AO CONSELHO TUTELAR:
 SITUAÇÃO FAMILIAR (COMPOSIÇÃO DO NÚCLEO/NÚMERO DE IRMÃOS/RELIGIÃO/TIPO DE UNIÃO DOS CÔNJUGES/ RENDA FAMILIAR, ETC)
 OUTRAS OBSERVAÇÕES

RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS ANEXADOS (12)

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO / NOME E ASSINATURA

86

Prontuário E-SUAS com 56 páginas, miolo em papel AP 120grs, capa em triplex 300grs, com verniz localizado e janela.