item 36732

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS Sistema Único de Saúde

SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

PARA USO DA UNIDADE ASSISTÊNCIAL DE ORIGEM

01 - Município de Origem	02 - GRS	03 - Município de Destino	04 - Pedido de TFD nº

PACIENTE

05 - Nome		06 - Nº Identidade/Órgão emissor?UF/Data exp.	
07 - CPF	08 - Nº Cartão SUS	09 - Certidão Nascimento	10 - Sexo
11 - Profissão	12 - Data de Nascimento	13 - Área/MA/Família	14 - Telefone Fixo/Celular
15 - Endereço (Rua/Avenida, Nº)		16 - Bairro	17 - CEP

ACOMPANHANTE

18 - Nome		19 - Nº Identidade/Órgão emissor/UF/Data exp.	
20 - CPF	21 - Relação com o paciente	23 - Telefone Fixo	23 - Telefone Celular
24 - Endereço (Rua/Avenida, Nº)		25 - Bairro	26 - CEP

27 - Histórico da Doença Atual

28 - CID

29 - Exame Fisico

30 - Exames Complementares realizados. Anexar cópias

31 - Tratamentos realizados

32 - Tratamento / Exame Solicitado

33 - Código do Procedimento Solicitado

34 - Justificar as razões que impossibilitam a realização do tratamento / Exame no município

35 - Necessita de acompanhante? Justificar dentro das normas explicitadas no Manual de TFD

36 - Descrever o transporte recomendável e justificar. Ex: ônibus, ambulância, veiculo simples. Paciente de ambulância, usa cadeira de rodas, maca, respiradores, monitores cardíacos, etc.

37 - Outras anotações

( ) Autorizado ( ) Acompanhante
( ) Negado ( ) Sem Acompanhante

Local e Data:

Assinatura e Carimbo do Médico Assistente

PARA USO DA SMS DE ORIGEM

38 - Parecer da Comissão Municipal de Saúde em face dos recursos médico assistenciais existentes neste município:

( ) Autorizado ( ) Acompanhante
( ) Negado ( ) Sem Acompanhante

Data da Avaliação:...../...../.....

Assinatura/carimbo/CRM do médido regulador/Autorizador

39 - Encaminha-se esta solicitação, juntamente com a documentação que compõe o processo

Gestor Municipal ou Diretor responsável pelo setor de TFD

40 - O paciente deverá comparecer à Unidade Assistencial

item 35423

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS

Secretaria Municipal de Saúde

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

PARA USO DO ÓRGÃO DE DESTINO

01 - Nome da Unidade Médico Assistencial	02 - Clínica
03 - Nome do Paciente	
04 - Endereço	05 - Telefone
06 - Procedência	

PARA USO DA UNIDADE ASSISTENCIAL

07 - Nº do Prontuário	08 - Número da AIH
09 - Regime de Tratamento ☐ Ambulatório de ___/___/___ À ___/___/___ ☐ Interno de ___/___/___ À ___/___/___	10 - Retorno em

11- CID	Diagnóstico Definido Principal
CID	Diagnóstico Acessório 1
CID	Diagnóstico Acessório 2
CID	Diagnóstico Acessório 3

12 - Tratamento ou Operação Realizada

13 - Achado Cirúrgico

14 - Transporte Recomendado / Justificar

15 - Necessita de Complementação de Tratamento ☐ Nesta Unidade ☐ Sim ☐ No Órgão de Origem ☐ Não	16 - Justificativa do Retorno

17 - Outras Recomendações

18 -

Item - 37.870

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS

Secretaria Municipal de Saúde

Centro de Controle de Zoonoses

SOLICITAÇÃO Nº:	DATA:	HORA:
Solicitante:		
Endereço:	Bairro:	
Referência:		

PRAGA RECLAMADA

- ☐ ROEDORES
- ☐ ESCORPIÃO
- ☐ PULGAS E BICHO-DE-PÉ
- ☐ CARRAPATOS
- ☐ BARBEIROS E PERCEVEJOS
- ☐ MORCEGOS ZONA URBANA
- ☐ OUTROS ARTRÓPODES
- ☐ OUTROS NÃO ARTRÓPODES

OBSERVAÇÕES:

VISITAS	ATENDIMENTO		
1ª	DATA:	HORA:	AGENTES:
	FATORES QUE FAVORECEM O APARECIMENTO DA PRAGA	ORIENTAÇÕES PARA COMBATE A PRAGA	

MEDIDAS ADOTADAS

- ☐ Vistoria e orientações
- ☐ Orientações para controle
- ☐ Controle físico
- ☐ Controle químico
- ☐ Outras medidas

Produto utilizado	Diluição	Quantidade

CONTRIBUINTE:

VISITAS	DATA	AGENTES SANITÁRIOS	CONTROLE QUÍMICO			CONTRIBUINTE
			Produto Utilizado	Diluição	Quantidade	
2ª						
3ª						
4ª						
5ª						
6ª						
7ª						
8ª						
9ª						
10ª						

ORIENTAÇÕES COMPLEMENTARES

- ☐ Fixar ralos
- ☐ Remover lixo, entulhos e / ou sucatas
- ☐ Consertar vazamentos
- ☐ Acondicionar corretamente a ração doas animais
- ☐ Acondicionar o lixo corretamente
- ☐ Vedar frestas e aberturas
- ☐ Providenciar desmatamento
- ☐ Evitar acumular materiais desnecessário
- ☐ Ourras orientações

CENTRO DE CON TROLE DE ZOONOSES
R. Major Gote, 1748 - Bairro Alto Caiçaras (acima do Parque de Exposição)
Patos de Minas - MG - Telefone: (34) 3822-9624

item 35424

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ALMOXARIFADO

UNIDADE REQUISITANTE_____ DATA____/____/____

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO	UNIDADE	QTDE ESTOQUE	QTDE PEDIDA	QTDE ATENDIDA

Solicitado por:

Recebido em:____/____/____

_____

Almoxarifado

_____

Assinatura Matrícula

_____

Assinatura Matrícula

Item > 35.416

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

OCORRÊNCIA DE PONTO

Servidor (a).....Matrícula.....

Cargo:.....

Local de Trabalho:..... Data do evento _____/_____/_____

Eventos		Considerações da Chefia Imediata
1. Ausências de registros	( )	1.1 **Falta do crachá**: servidor não registrou o ponto às ____hrs. ____hrs. ____hrs. e ____hrs. no (s) dia (s)___/____/____a_____/____/____.
	( )	1.2 **Esquecimento:** servidor registrou o ponto na ( ) entrada ( ) saída às _____hrs
	( )	1.3 **Relógio com defeito:** servidor não registrou o ponto às _____hrs. _____hrs. _____hrs. e _____hrs. no (s) dia (s) _____
	( )	1.4 **Digital não cadastrada:** servidor não registrou o ponto às _____hrs. _____hrs. _____hrs. e _____hrs. no (s) dia (s) _____
2. Estorno de autenticação	( ) ( )	2.1 Registrou **entrada às** _____horas no lugar da saída 2.2 Registrou **saída** às _____.horas no lugar de entrada
3. Folga relativa ao acréscimo nas férias regulamentares (doação de sangue)	( )	3.1 Autorizado - no período de ____/____/____ a ____/____/____
4. Ausências de registros para atender convocação Judicial (anexar doc. original)	( )	4.1 Autorizado - no período de ____/____/____ a ____/____/____ ou de ____horas às _____horas
5. Folga concedida pela Justiça Eleitoral (anexar cópia do documento comprobatório)	( )	5.1 Autorizado - no período de ____/____/____ a ____/____/____
6. Ausências de registros por: tratamento médico, odontológico, fisioterápico, psicológico, realização de exames médicos, reunião escolar de filho (a) e licença para acompanhamento médico de pais, filhos, irmãos, avós e cônjuge; inferior a 1 dia	( )	6.1 Autorizado - Não houve registro às ____hrs. e às ____hrs. (anexar doc. original)
7. Mudança permanente de horário de trabalho	( )	7.1 Autorizado - jornada no verso deste documento
8. Participação em cursos, simpósios, palestras (anexar doc.)	( )	8.1 Abonar dia: ____/____/____
9. Serviços Externos (em locais que não contenha o relógio de ponto)	( )	9.1 Autorizado - de ____hrs. às ____hrs. e de ____hrs. a _____hrs. no (s) dia (s) _____ (Local e justificativa no campo "Informações complementares)
10. Chegadas atrasadas e saídas antecipadas acima de 120 minutos	( )	10.1 Autorizado compensar até ____/____. Registro realizado na ( ) entrada ( ) saída às _____hrs
	( )	10.2 Não autorizado - descontar 1 dia a cada 60'
11. Faltas por motivos particulares	( )	11.1 Autorizado a compensar até ____/____
	( )	11.2 Não autorizado - descontar em folha
12. Hora extra	( )	12.1 Entrada às _____hrs. e saída às _____hrs.
13. Encerramento das atividades, antes, do término do expediente normal.	( )	13.1 Houve registro às _____horas. Justificar no campo "Informação complementares"
14. Folga referente ao aniversário	( )	14.1 Autorizado – na data ____/____/____
15. Outros	( )	Justificar no campo "Informação complementares"
Informações complementares:		

Assinatura Chefia Imediata

Assinatura servidor (a)

Em _____/_____/_____

item 35415

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls.1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO / /

7 - SEXO Masc. ( ) Fem. ( )

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

10 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE.

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE.

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE.

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE.

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE.

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37-CID10 PRINCIPAL

38-CID10 SECUNDÁRIO

39-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42-DATA DA SOLICITAÇÃO / /

45-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50-DATA DA AUTORIZAÇÃO / /

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC / / a / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 – NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES

Item - 42.094

SUS

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD

REGISTRO DIÁRIO DE UBV

Município	Equipamento	
		1-Pesado 2-Portátil

Tipo de atividade de Nebulização	
	1-Surto/Epidemia 2-Portatil p/Bloqueio 3-Portatil p/apoio a UBV pesado

Semana Epid.
/

Inseticida	
Formulação e concentração do prod. comercial	
Dose de ingrediente ativo (g/ha)	

Velocidade padrão do equipamento pesado:	10 Km/h
Velocidade média do equipamento portátil:	3 Km/h

Vazão prevista (ml/minuto)

3

Dia	Localidade (codigo/nome)	Categ. Local.	Ciclo / Ciclos programados	Quart. tratados	Tempo aplicação (minutos)	Consumo (litros)			Km percorrido
						Calda	Combustível		
							Equip.	Veículo	
			/						
			/						
			/						
			/						
			/						
			/						
			/						
			/						
			/						
			/						
			/						

Motorista		Operador 1		Operador 2	

FAD-UBV2 - 30/06/2004 v.1.0

42094

Item - 42.095

SUS

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD

RESUMO SEMANAL DE UBV

Controle Digitação

Município	Equipamento	
		1-Pesado 2-Portátil

Tipo de atividade de Nebulização	
	1-Surto/Epidemia 2-Portatil p/Bloqueio 3-Portatil p/apoio a UBV pesado

Semana Epid.
/

Inseticida	
Formulação e concentração do prod. comercial	
Dose de ingrediente ativo (g/ha)	

Velocidade padrão do equipamento pesado:	10 Km/h
Velocidade média do equipamento portátil:	3 Km/h

Vazão prevista (ml/minuto)

Localidade (codigo/nome)	Categ. Local.	Ciclo/Ciclos programados	Quart. tratados	Tempo aplicação (minutos)	Consumo (litros)			Km percorrido
					Calda	Combustível		
						Equip.	Veículo	
		/						
		/						
		/						
		/						
		/						
		/						
		/						
		/						
		/						
		/						

4

FAD-UBV3 - 30/06/2004 v.1.0

42095

Item - 42.835

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL

Roteiro de Supervisão de Campo do Programa de Controle da Dengue

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

Semana:

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

Problemas observados com material de campo	Local, data e assinatua do Supervisor de Campo
Relatar aqui todos os problemas observados com o material de campo dos agentes, tais como: falta deles, mal uso, negligência, entre outros	Assinar, datar.

8

Item - 42.836

Prefeitura de Patos de Minas
Secretaria Municipal de Saúde
SUS

FICHA DE REGISTRO DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS/ORIENTAÇÃO EM GRUPO - POR GRUPO

UNIDADE/LOCAL: _____ CNES: _____

DIA: _____ MÊS: _____ ANO: _____ HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

TEMAS ABORDADOS: _____

	PROFISSIONAIS	CBO		PROFISSIONAIS	CBO		PROFISSIONAIS	CBO
1			3			5		
2			4			6		

ASSINATURA DOS PARTICIPANTES

1		16		31	
2		17		32	
3		18		33	
4		19		34	
5		20		35	
6		21		36	
7		22		37	
8		23		38	
9		24		39	
10		25		40	
11		26		41	
12		27		42	
13		28		43	
14		29		44	
15		30		45	

OBS: MÍNIMO DE 10 PARTICIPANTES DE DURAÇÃO MÍNIMA DE 30 MINUTOS.

Item - 42.093

SUS

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

01 Controle Digitação

02 Município	03 Código e nome da localidade	04 Zona

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

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

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

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

TB - terreno baldio PE - Ponto Estratégico

Nº depósitos inspecionados por tipo								35 Depósito Eliminado
27 A1	28 A2	29 B	30 C	31 D1	32 D2	33 E	34 Total	

Depósitos Tratados							Adulticida		44 Total de Agentes na semana	45 Total Dias Trabalhados na semana
Larvicida (1)			Larvicida (2)				42 Tipo	43 Qtde (Cargas)		
36 Tipo	37 Qtde.(Gramas)	38 Qt dep.trat	39 Tipo	40 Qtde.(Gramas)	41 Qt.dep.trat.					

RESUMO DO LABORATORIO

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

A1 - caixa d'água (elevado) A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo) B - Pequenos depósitos móveis C - Depósitos fixos
D1 - Pneus e outros materiais rodantes D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos E - Depósitos naturais

Nº de imóveis com espécimes, por tipo	54 Residência	55 Comércio	56 Terreno Baldio	57 Ponto Estratégico	58 Outros	59 Total
com Aedes aegypti						
com Aedes albopictus						
outros						

Nº de exemplares	60 Larvas	61 Pupas	62 Exúvia de pupa	63 Adultos

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

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

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

67 Visto do Supervisor	68 Data do visto

FAD07 - 20/09/2006 v.2.1

Prefeitura Municipal de Patos de Minas
Secretaria Municipal de Saúde
Programa Municipal de Combate à Dengue

Item - 38.576

TPVE

Atendente:_____ Data:_____ Horário: _____

Paciente com suspeita de DENGUE:_____

Endereço:_____ nº:_____

Bairro:_____ Tel. Contato:_____

Referência:_____

Repassado por: _____ Origem da Notificação: _____

OBSERVAÇÕES DA EQUIPE DE TPVE:

Assinatura do morador do imóvel:_____

Assinatura data e matrícula do visitador sanitário executor do UBV:

_____ _____ ____/____/____
Assinatura Matrícula Data

✂----------

Prefeitura Municipal de Patos de Minas
Secretaria Municipal de Saúde
Programa Municipal de Combate à Dengue

TPVE

Atendente:_____ Data: _____ Horário: _____

Paciente com suspeita de DENGUE:_____

Endereço:_____ nº:_____

Bairro:_____ Tel. Contato:_____

Referência:_____

Repassado por: _____ Origem da Notificação: _____

OBSERVAÇÕES DA EQUIPE DE TPVE:

Assinatura do morador do imóvel:_____

Assinatura data e matrícula do visitador sanitário executor do UBV:

_____ _____ ____/____/____.
Assinatura Matrícula Data

5

Item - 38.575

Secretaria de Saúde | PREFEITURA PATOS DE MINAS

Ficha de Solicitação de serviços

Atendente:_____ Data: _____ Horário: _____

Nome do Reclamante: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Telefone: _____

Referência: _____

Solicitação:

Retorno:

Assinatura do Supervisor:_____

Assinatura do Reclamante: _____

Secretaria de Saúde | PREFEITURA PATOS DE MINAS

BRASIL UNIDO CONTRA A DENGUE

SUS

Secretaria de Saúde | PREFEITURA PATOS DE MINAS

Ficha de Solicitação de serviços

Atendente:_____ Data: _____ Horário: _____

Nome do Reclamante: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Telefone: _____

Referência: _____

Solicitação:

Retorno:

Assinatura do Supervisor:_____

Assinatura do Reclamante: _____

Secretaria de Saúde | PREFEITURA PATOS DE MINAS

BRASIL UNIDO CONTRA A DENGUE

SUS

Secretaria Municipal de Saúde

MS - FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

PROGRAMA DE CONTROLE DA FEBRE AMARELA E DENGUE - PCFAD

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Item - 38.594

Itinerário semanal de trabalho

Diretoria regional _____ Município _____

Turma _____ Responsável _____ Localidade _____

Semana nº _____ Mês _____ Ano _____

Atividade _____ Mod. de trabalho _____

Dia	Nome do guarda	Bairro ou localidade	Nº dos quart. ou nome das ruas
Segunda:			

Dia	Nome do guarda	Bairro ou localidade	Nº dos quart. ou nome das ruas
Terça:			

Dia	Nome do guarda	Bairro ou localidade	Nº dos quart. ou nome das ruas
Quarta			

Dia	Nome do guarda	Bairro ou localidade	Nº dos quart. ou nome das ruas
Quinta:			

Dia	Nome do guarda	Bairro ou localidade	Nº dos quart. ou nome das ruas
Sexta:			

DATA	HORA	PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE	LOCAL

CONSULTAS

UNIDADE	PRONTUÁRIO

Codigo 5000984

Obs.: Não perca este cartão, pois você facilitará o seu atendimento com ele.

DICAS PARA UMA BOA SAÚDE

- Procure ter uma alimentação saudável.
- Evite excesso de alimentos gordurosos.
- Faça exercícios físicos regularmente.
- Evite o consumo excessivo de bebidas alcóolicas.
- Evite fumar. O cigarro faz mal à saúde.
- Mulheres: Façam o auto-exame das mamas e a prevenção do câncer cérvico-uterino.
- Homens acima de 50 anos devem procurar anualmente a Equipe de Saúde para realização de exame de próstata.

Item 36.788

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
Secretaria Municipal de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

CARTÃO DE CONSULTAS / MATRÍCULA

UAPS:_____ ÁREA:_____

MICRO-ÁREA:_____ Nº FAMÍLIA:_____

Nº CARTÃO SUS:_____

NOME:_____

DATA DE NASCIMENTO:_____

FILIAÇÃO:_____ Item 36.788

_____

ENDEREÇO:_____

Gráfica IDEAL (37) 3231-2667 - Pará de Minas

Item - 42.837

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS
Sistema Único de Saúde

CONTROLE DE FREQÜÊNCIA INDIVIDUAL
DEFICIÊNCIA FÍSICA

Nº do Prontuário

Identificação da Unidade

Nome

CNPJ

Dados do Paciente

Nome do Paciente

CPF

Nome da Mãe ou Responsável

Endereço (Logradouro, n.º complemento, bairro)

DDD

Nº TELEFONE

Município

UF

CEP

Data Nascimento

SEXO Masc 1 Fem 2

DECLARAÇÃO

DECLARO QUE NO MÊS DE _____, O PACIENTE IDENTIFICADO ACIMA, FOI SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS ABAIXO RELACIONADOS, CONFORME ASSINATURA(S) DO PACIENTE / RESPONSÁVEL ABAIXO.

_____, _____ de _____ de 200____
Local e data

_____
Assinatura/Carimbo do Diretor da Unidade

Código do Procedimento | Nome do Procedimento | Quantidade

ÓRTESE, PRÓTESE E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Código do Procedimento | Nome do Procedimento

Código do Procedimento | Nome do Procedimento

Código do Procedimento | Nome do Procedimento

Código do Procedimento | Nome do Procedimento

ATENÇÃO: ASSINAR APENAS UMA VEZ PARA PROCEDIMENTOS DE ÓRTESE, PRÓTESE E/OU MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

	DATA	ASSINATURA
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

ARTE E IMPRESSÃO GRÁFICA ESCOLA - FUNDAÇÃO PROHAN

Item - 42.089

SUS
Sistema Único de Saúde

Prefeitura de Patos de Minas
Secretaria Municipal de Saúde
Centro de Controle de Zoonoses
C. P. A. D. - Controle da Raiva em Pequenos Animais

ACOMPANHAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE PEQUENO ANIMAL SUSPEITO DE RAIVA

Contato com C.C.Z._____/_____/_____ Responsável pelo contato_____

DADOS DO PACIENTE

Nome:_____Idade_____

Endereço:_____Bairro:_____

Telefone:_____Referência:_____

Local da agressão / extensão:_____

Data da agressão:_____/_____/_____ Data do atendimento médico:_____/_____/_____

Local de atendimento:_____

Informações adicionais:_____

_____

_____Assinatura:_____

DADOS DO ANIMAL

Proprietário:_____

Endereço:_____Bairro:_____

Telefone:_____Referência:_____

Nome do animal:_____Cadastro:_____Espécie:_____

Raça:_____Sexo:_____Cor:_____

Idade:_____Comportamento habitual: ( ) bravo ( ) manso

Possui o animal há quanto tempo:_____Origem do animal:_____

Condições que mantém o animal:_____

Vacinado contra raiva: ( ) sim ( ) não ( ) ignorado

Data da última vacina:_____/_____/_____ Local da última vacina:_____

Laboratório fabricante da vacina:_____ Partida:_____

Comportamento do animal no momento da agressão: ( ) normal ( ) anormal ( ) ignorado

_____

_____

_____Assinatura:_____

Tipo de observações: ( ) técnica ( ) domiciliar

Data:_____/_____/_____ Estado do animal:_____Agente:_____Resp. animal:_____

Data:_____/_____/_____ Estado do animal:_____Agente:_____Resp. animal:_____

Data:_____/_____/_____ Estado do animal:_____Agente:_____Resp. animal:_____

Observações:_____

_____

_____

Liberação do animal data_____/_____/_____ Responsável pela liberação:_____

Resultado laboratorial: data_____/_____/_____ Responsável:_____

Liberação Animal Centro Saúde: data_____/_____/_____ Responsável:_____

Arte e Impressão Grafica Escola PROMAM

item 36750

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS Sistema Único de Saúde

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

CÓD. UNIDADE DE ORIGEM	NOME DA UNIDADE DE ORIGEM	CNPJ

PACIENTE

NOME DO CLIENTE				CNS	
ENDEREÇO				NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	CEP	TELEFONE	ÁREA	MICROÁREA	FAMÍLIA
DATA DE NASCIMENTO	SEXO ☐1 MASC. ☐3 FEM.	CONDIÇÃO ☐2 SEGURADO ☐4 CÔNJUGE ☐6 FILHO ☐8 OUTRO DEP.			

MÉDICO

CPF DO MÉDICO SOLICITANTE	PROCED. SOLICITADO		CART. INT	DATA DA EMISSÃO
CPF DO MÉDICO RESPONSÁVEL	ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL			
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO →	CAUSA EXTERNA	CNPJ DA SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS			
DIAGNÓSTICO INICIAL	CLÍNICA ☐1 CIRURUGIA ☐2 OBSTÉTRICA ☐3 CII MÉDICA ☐4 TISIOPNEUMOL. ☐5 PSIQUIÁTRICA ☐6 PEDIÁTRICA ☐3 OUTRAS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE (EXAMINADOR)	CRM	DATA	

GRÁFICA PINHEIRENSE (38) 3561-1567

Item - 42.844

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Rua Henrique Cota, 101 – Bela Vista
(34) 3822-9682

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que _____

_____

é paciente do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II, apresentando quadro compatível ou diagnóstico de CID (s)_____

_____

_____

_____

_____

_____

e faz uso da seguinte medicação:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Patos de Minas, _____de _____ de 20____.

OBS: _____

_____

9

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS DE MINAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE / S.U.S
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE CONTROLE DA FEBRE AMARELA E DENGUE

Item 41.354

DIÁRIO DE ATUALIZAÇÃO DE RECONHECIMENTO GEOGRÁFICO

COORD. REGIONAL - GRS **MUNICÍPIO- PATOS DE MINAS**
LOCALIDADE: **Atualização:**

DATA	NÚMERO DO QUARTEIRÃO	NÚMERO DE UNIDADES								NUMERO DE PONTOS ESTRATÉGICOS	TOTAL	OBS.
		EXISTENTES				TRABALHADAS						
		R	C	TB	O	R	C	TB	O			
	1										0	
	2										0	
	3										0	
	4										0	
	5										0	
	6										0	
	7										0	
	8										0	
	9										0	
	10										0	
	11										0	
	12										0	
	13										0	
	14										0	
	15										0	
	16										0	
	17										0	
	18										0	
	19										0	
	20										0	
	21										0	
	22										0	
	23										0	
	24										0	
	25										0	
	26										0	
	27										0	
	28										0	
	29										0	
	30										0	
	31										0	
	32										0	
	33										0	
	34										0	
	35										0	
	36										0	
	37										0	
TOTAL						0	0	0	0		0	0

Os Processos Fonológicos descritos por Wertzner (2000) são em número de treze, a saber:

1- Redução de sílaba, devendo ser superado aos 2:6 anos (ex: anel-"nel");
2- Harmonia consonantal, devendo ser superado aos 2:6 anos (ex: sapato-"papato");
3- Plosivação de fricativa, devendo ser superado aos 2:6 anos (ex: sapo-"tapo");
4- Simplificação de velar, devendo ser superado aos 3:6 anos (ex: cachorro-"cachou");
5- Posteriorização para velar, devendo ser superado aos 3:6 anos (ex: dama-"gama");
6- Posteriorização para palatal, devendo ser superado aos 4:6 anos (ex: zêlo-"gelo");
7- Frontalização de velares, devendo ser superado aos 3:0 anos (ex: capa-"tapa");
8- Frontalização de palatal, devendo ser superado aos 4:6 anos (ex: choro-"soro");
9- Simplificação de líquidas, devendo ser superado aos 3:6 anos (ex: bola-"bóia");
10- Simplificação de encontro consonantal, devendo ser superado aos 7:0 anos (ex: prato-"pato");
11- Simplificação de consoante final, devendo ser superado aos 7:0 anos (ex: pasta-"pata");
12- Ensurdecimento de plosiva (ex: dedu-"tetu") e
13- Ensurdecimento de fricativa (ex: meza-"mesa"), esses dois últimos não são observados frequentemente durante o desenvolvimento fonológico.

Item - 42.854

Item 42.841

42841

ABFW – TESTE DE LINGUAGEM INFANTIL

(nas áreas de Fonologia, Vocabulário, Fluência e Pragmática)

Data: _____ 1º ( ) Avaliação 2º ( ) Avaliação 3º ( ) Avaliação

Figuras	Redução de Sílaba	Harmonia consonantal	Plosivação de fricativas	Posteriorização de velar	Posteriorização de palatal	Frontalização de velares	Frontalização de palatal	Simplificação de líquida	Simplificação do encontro consonantal	Simplificação da consoante final	Sonorização de plosivas	Sonorização de fricativas	Enrurdecimento de plosivas	Ensurdecimento de fricativas	Outros
PALHAÇO															
BOLSA															
TESOURA															
CADEIRA															
GALINHA															
VASSOURA															
CEBOLA															
XÍCARA															
LIVRO															
MESA															
NAVIO															
SAPO															
TAMBOR															
SAPATO															
BALDE															
FACA															
FOGÃO															
PEIXE															
RELÓGIO															
CAMA															
ANEL															
MILHO															
CACHORRO															
BLUSA															
GARFO															
TRATOR															
PRATO															
DEDO															
ZEBRA															
GIRAFA															
BRAÇO															
PLANTA															
CRUZ															

p	t	k		arq /R/
b	d	g		arq/s/
m	n	ŋ		gr /π/
f	s	ʃ		gr /l/
v	z	ε		
l	λ			
π	R			
w	y			

Obs:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

80 blocos c/ 100 folhas 50+2, 1ª 2ª vias carbonadas

item 1

Item 38.596

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS DE MINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SAMU 192

SAMU 192

Paciente: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Motivo do Atendimento/Encaminhamento:

TERMO DE RECUSA

Por este instrumento, recuso o atendimento/transporte do paciente supracitado, assumindo total responsabilidade civil e criminal por este ato, isentando a equipe SAMU 192 Patos de Minas de tais ônus.

_____

Assinatura do paciente ou responsável

Dados vitais: PA: _____/_____ mmHg - FC: _____ bpm - FR: _____ irpm

Temp: _____ °C - Glicemia capilar: _____ mg/dL - Sat. O2: _____ Glasgow: _____

Procedimentos efetuados:

- ☐ Colar cervical
- ☐ Administração de O2
- ☐ Oximetria de pulso
- ☐ Ventilação mecânica
- ☐ Imobilização
- ☐ Prancha longa
- ☐ Punção venosa
- ☐ Outro: _____

Resumo Clínico: _____

Médico Regulador: _____

Téc. Enfermagem: _____

TERMO DE RECEBIMENTO

Recebi, neste Serviço, o paciente supra identificado, transportado pela equipe do SAMU 192.

_____ Patos de Minas, _____/_____/_____

Ass. do Médico - Carimbo

Hospital/Unidade de Saúde: _____. Hora: _____:_____ h.

Obs: _____

38596

Item - 36.757.

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS Sistema Único de Saúde

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

CÓDIGO CONSULTA
Nº PRONTUÁRIO

REFERÊNCIA

CÓD UNIDADE DE ORIGEM (SIA/SUS)	NOME DA UNIDADE DE ORIGEM	DATA

NOME DO PACIENTE	NOME DA MÃE

ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO

BAIRRO	TELEFONE	ÁREA	MICROÁREA	FAMÍLIA

DATA NASC	SEXO	Nº CARTÃO SUS	NOME DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
/ /			

SOLICITAÇÃO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO / DESCRIÇÃO DO CASO	PROFISSIONAL SOLICITANTE (CARIMBO E ASSINATURA)

CONTRA - REFERÊNCIA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO/CARTÃO SUS			NOME DA UNIDADE DE ORIGEM
ENDEREÇO	ÁREA	M. ÁREA	FAM.	TELEFONE:

RELATÓRIO DO PROFISSIONAL	CID / NANDA / CIPESC / OUTROS

ENCAMINHAMENTO: ☐ RETORNO EM_____DIAS ☐ RETORNO À UNIDADE DE ORIGEM ☐ URGÊNCIA

☐ INTERNAÇÃO EXAMES ☐ LAB ☐ RX ☐ OUTROS:_____

☐ ESPECIALIDADE:_____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL (DATA, CARIMBO E ASSINATURA)	CARIMBO DA UNIDADE REFERENCIADA

G. PINHEIRENSE (38) 3561-1567

item 36757

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS Sistema Único de Saúde

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

CÓDIGO CONSULTA
Nº PRONTUÁRIO

REFERÊNCIA

CÓD UNIDADE DE ORIGEM (SIA/SUS)	NOME DA UNIDADE DE ORIGEM	DATA

NOME DO PACIENTE	NOME DA MÃE

ENDEREÇO	NÚMERO	COMPLEMENTO

BAIRRO	TELEFONE	ÁREA	MICROÁREA	FAMÍLIA

DATA NASC / /	SEXO	Nº CARTÃO SUS	NOME DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO / DESCRIÇÃO DO CASO	PROFISSIONAL SOLICITANTE (CARIMBO E ASSINATURA)

CONTRA - REFERÊNCIA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO/CARTÃO SUS			NOME DA UNIDADE DE ORIGEM
ENDEREÇO	ÁREA	M. ÁREA	FAM.	TELEFONE:

RELATÓRIO DO PROFISSIONAL	CID / NANDA / CIPESC / OUTROS

ENCAMINHAMENTO: ☐ RETORNO EM_____DIAS ☐ RETORNO À UNIDADE DE ORIGEM ☐ URGÊNCIA

☐ INTERNAÇÃO EXAMES ☐ LAB ☐ RX ☐ OUTROS:_____

☐ ESPECIALIDADE:_____ _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL (DATA, CARIMBO E ASSINATURA)	CARIMBO DA UNIDADE REFERENCIADA

G. PINHEIRENSE (38) 3561-1567

Item - 35.404

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

AUTORIZAÇÃO DE FÉRIAS

DATA _____/_____/_____

À GERÊNCIA DE CONTROLE E REGISTRO DE PESSOAL

Autorizamos o(a) Sr.(a)

_____

Local de Trabalho: _____

Cargo:_____

Matrícula: _____, a gozar _____ dias de férias regulamentares a partir de

____/____/____ devendo retornar ao trabalho em ____/____/____ (dia subsequente ao término das férias).

_____
Gerencia ou Chefia de Setor

_____
Diretoria Imediata

_____
Diretoria de Gestão Administrativa

_____
Secretário Municipal de Saúde

_____
Ciente do Servidor

Atenção: Encaminhar à Diretoria de Gestão Administrativa até no máximo o 1º dia útil do mês anterior ao das férias solicitadas.

Item - 42.846

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Rua Henrique Cota, nº 101- Bela Vista
Telefone: (34) 3822.9682 – caps@patosdeminas.mg.gov.br

Para o PSF:

Encaminho:

Data de nascimento:

Endereço e telefone:

Diagnóstico CID 10:

Condições atuais:

Prescrição medicamentosa:

Justificativa:

Recomendações:

_____

Profissional de Referência

Local/ data.

Item - 36.728

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PATOS DE MINAS

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

FREQUÊNCIA NO SERVIÇO PSICOSSOCIAL/DIA

Paciente:_____CPF:_____

Número do Prontuário:_____CID:_____

Nome da mãe:_____

Data de nascimento:_____/_____/_____

Data de admissão: _____/_____/_____ Mês:_____

Médico responsável_____CPF:_____

Alta: _____/_____/_____

Endereço:_____

Dias	Presença	Ausência
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		

36.728

Gráfica Pinheirense (38) 3561-1567

③ Item - 36763

SUS Sistema Unico de Saúde

(4) Item - 36.797

(2)

Item - 36.765.

ANEXO X

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF NÚMERO

B

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Medicamento ou Substância

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

_____ de _____ de _____

Paciente: _____

Endereço: _____

Assinatura do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Identidade Nº: _____ ÓrgãoEmissor: _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor

Data / /

Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC

Numeração desta impressão: de _____ a _____

AZUL

a pegar numeração na Vig. Sanitária.

(1)

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Item - 36.764

AUTO /TERMO

1. NÚMERO

ESTABELECIMENTO			
2. NOME		3. RAZÃO SOCIAL:	
4. CNPJ	5. INSCRIÇÃO ESTADUAL	6. INSCRIÇÃO MUNICIPAL	
7. ATIVIDADE			
8. ENDEREÇO COMPLETO (AV./RUA, Nº, BAIRRO)			
9. TELEFONE	10. CEP	11. MUNICÍPIO/LOCALIDADE	12. UF

PROPRIETÁRIO/RESPONSÁVEL TÉCNICO			
13. NOME		14. NACIONALIDADE	15. NATURALIDADE
16. ESTADO CIVIL	17. PROFISSÃO	18. IDENTIDADE	19. CPF
20. ENDEREÇO COMPLETO (AV./RUA, Nº, BAIRRO)			
21. TELEFONE	22. CEP	23. MUNICÍPIO/LOCALIDADE	24. UF

RESPONSÁVEL TÉCNICO			
25. NOME			26. INSCRIÇÃO
27. ENDEREÇO COMPLETO (AV./RUA, Nº, BAIRRO)			
28. TELEFONE	29. CEP	30. MUNICÍPIO/LOCALIDADE	31. UF

32. COM BASE (INCISO-ARTIGO-LEI-PORTARIA-RESOLUÇAO)

33. ☐ AUTO _____	34. ☐ TERMO DE _____
☐ PELO FATO DE	☐ ATRAVÉS DO QUAL FICA

35.

36. O INFRATOR ESTARÁ SUJEITO A PENA DE: _____ E RESPONDERÁ PELO FATO EM PROCESSO ADMINISTRATIVO, TENDO 15(QUINZE) DIAS PARA INTERPOSIÇÃO DE DEFESA, APÓS O RECEBIMENTO DE SUA NOTIFICAÇÃO.

37.

_____
NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA/RG/FUNÇÃO/ASSINATURA

_____
NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA/RG/FUNÇÃO/ASSINATURA

_____
NOME DA AUTORIDADE SANITÁRIA/RG/FUNÇÃO/ASSINATURA

Patos de Minas, / /
LOCAL E DATA

_____
HORA

_____
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL

38. POR MOTIVO DE RECUSA/AUSÊNCIA DO AUTUADO, ASSINAM AS TESTEMUNHAS:

_____
1ª TESTEMUNHA/RG/ENDEREÇO

_____
2ª TESTEMUNHA/RG/ENDEREÇO

Item - 42.740

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE CONTROLE DE ZOONOSES
Rua Major Gote 1748 - Telefone/Fax: (34) 3822.9624
FICHA DE BUSCA ATIVA DE ESCORPIÕES

Nº _____

Data da solicitação ___/___/___ meio de comunicação____ pessoal ___ telefone___eletrônico___imprensa

Solicitante_____

Endereço_____

Bairro:_____Telefone: ( )_____Município_____UF___

Tipo de Imóvel: ( )casa ( ) apartamento ( )escola ( )comércio ( ) escritório ( ) indústria ( ) terreno baldio ( ) outro_____

Data da visita____/____/_____ início às ____h_____ término às ____h_____

Perguntas ao morador ou solicitante

Houve acidente? ( ) sim ( ) não se sim, data acidente____/____/____ Procurou atendimento ( ) sim ( ) não

Nome do acidentado_____
Há quanto tempo encontra escorpiões no local: _____( ) dias ( ) meses ( ) anos
Em que horário os escorpiões são mais observados: entre ___h___e___h___
Onde ( ) sala ( ) copa/cozinha ( ) banheiro ( ) dormitório ( ) depósito/dispensa ( ) corredor ( ) garagem ( ) porão ( ) sótão ( ) jardim/quintal ( ) outro local _____
Houve visita anterior? ( ) sim ( ) não Se sim, foram adotadas as recomendações? ( ) sim ( ) não
Há quanto tempo? ( ) dias ( ) meses ( ) anos As recomendações foram efetivas ( ) sim ( ) não ( ) parcialmente
O imóvel dispõe de: rede de água ( ) sim ( ) não rede de esgoto ( ) sim ( ) não coleta de lixo ( ) sim ( ) não

Dado de coleta/captura de escorpião
Houve coleta captura ( ) sim ( ) não nº ( ) os animais foram coletados? capturados ( ) mortos ( ) vivos
Descrição do local de coleta/captura _____
_____

Condições favoráveis a escorpiões e recomendações ao morador

	Telar ralos nas áreas internas e externas		Controlar a presença de baratas e outros insetos
	Vedar frestas nas paredes, janelas, portas e piso		Acondicionar bem alimentos e lixo
	Instalar tampa em pontos de luz e caixas de fiação		Providenciar limpeza de terrenos, quintais e jardins
	Rebocar paredes e muros		Recompor tampas de caixas de gordura e de passagem
	Limpar e organizar depósito de materiais		Retirar entulhos, pedras, madeira ou tijolos acumulados
	Outras		

Responsável pela execução: _____

Assinatura do morador: _____

Assinatura do solicitante. _____

Gráfica IDEAL (37) 3231-2667

Item - 42.090

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
Secretaria Municipal de Saúde
Centro de Controle de Zoonoses

TERMO DE ADOÇÃO

Pelo presente instrumento o contribuinte_____

_____, documento_____residente na:

_____adota e assume perante ao Centro de Controle de Zoonoses a responsabilidade pela guarda do(s) animal(is):

Origem	Esp	Sexo	Raça	Pelagem	Porte	Comportamento	Nome

Se compromete a comunicar este Centro de Controle de Zoonoses qualquer alteração no comportamento do(s) animal(is) e a mantê-lo(s) em condições dignas de higiene e humanidade. No momento, o animal não apresenta nenhum sintoma de doença infecto-contagiosa.

OBS.:_____

_____

_____

_____

_____
Responsável pela doação
(Centro de Controle de Zoonoses)

_____
Responsável pelo animal

Patos de Minas,_____/_____/_____

Arte e Impressão Gráfica Escola - FUNDAÇÃO PROMAM

Item_42.737

Prefeitura de Patos de Minas

Secretaria Municipal de Saúde

TERMO DE COMPROMISSO DO USO DE GAIOLA PARA CAPTURA DE GATOS

Pelo presente termo o contribuinte_____

_____, residente à_____

_____, assume a responsabilidade por uma gaiola para captura de gatos, instalada em_____/_____/_____, no endereço_____.

Assume o contribuinte total responsabilidade por perdas e danos propositais na gaiola.

Contribuinte:_____ _____

Nome Assinatura

Armada em_____/_____/_____ Por:_____

Vistoriada em:

_____/_____/_____Por:_____Gatos cap.:_____

_____/_____/_____Por:_____Gatos cap.:_____

_____/_____/_____Por:_____Gatos cap.:_____

_____/_____/_____Por:_____Gatos cap.:_____

_____/_____/_____Por:_____Gatos cap.:_____

_____/_____/_____Por:_____Gatos cap.:_____

_____/_____/_____Por:_____Gatos cap.:_____

_____/_____/_____Por:_____Gatos cap.:_____

_____/_____/_____Por:_____Gatos cap.:_____

_____/_____/_____Por:_____Gatos cap.:_____

Retirada em_____/_____/_____ **Por:**_____

Contribuinte:_____

Visto do veterinário:_____

ARTE E IMPRESSÃO GRÁFICA ESCOLA - FUNDAÇÃO PROMAM

42 736

Item → 42.736.

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
Secretaria Municipal de Saúde
Centro de Controle de Zoonoses

TERMO DE RESGATE DE PEQUENOS ANIMAIS

Pelo presente instrumento o(a) contribuinte_____

_____, portador(a) do documento_____ Nº_____, residente a_____

_____Bairro_____

_____, afirma ser proprietário(a) do animal descrito abaixo:

espécie	nome	sexo	pelagem	idade	porte	estado sanitário

O animal acima citado foi apreendido vadiando no logradouro_____

_____em _____/_____/_____

e recolhido ao depósito do Centro de Controle de Zoonoses.

Fica o proprietário notificado que tal fato é passível de cobrança de multas e taxas por parte do Poder Público Municipal, conforme Lei 012/91 (Código Sanitário Municipal) e que no momento as mesmas estão sendo isentadas pelo caráter educativo que está vigorando no momento.

OBS.: Animal foi vacinado ( ) Sim

( ) Não_____

OBS.:_____

Patos de Minas,_____de_____de_____

Responsável pelo animal:_____

Responsável pela liberação:_____

ARTE E IMPRESSÃO GRÁFICA ESCOLA - FUNDAÇÃO PROMAM

Item - 37.901

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE CONTROLE DE ZOONOSES
Rua Major Gote 1748 - (34) 3822.9624
saude.vigiambiental@patosdeminas.mg.gov.br

ORIENTAÇÃO PARA O PÓS-CIRÚRGICO DE ANIMAIS

Após seu animal deixar a clínica, você, proprietário, assume um importante papel na sua recuperação. As próximas 24 horas são fundamentais. Seu animal acabou de ser submetido a uma cirurgia de rotina, porém difícil. Nas fêmeas realizamos a retirada dos ovários e do útero. Nos machos foi feita uma castração, que é a retirada dos testículos.

Cuidados gerais

USO DO COLAR ELIZABETANO SE NECESSÁRIO.

Nas próximas horas...

* A anestesia passa lentamente, assim o seu animal apresentará seus efeitos até o final da noite, e você notará que ele ficará mais alerta e ativo com o passar do tempo. Os cães dormem e acordam diversas vezes à noite, e muitas vezes estão mal-humorados. Os gatos às vezes têm alucinações conforme a anestesia vai passando, e sons e luzes e toques podem assustá-los (eles podem tentar atacar objetos invisíveis, rosnando e "unhando", até um dia após a cirurgia). Por isso o animal deve ficar confinado a uma área pequena, aquecida (porém ventilada), seca e silenciosa. Não coloque-o em cima da cama ou em outro lugar alto. Se o local escolhido for um banheiro, mantenha a tampa do vaso abaixada. Se possível, coloque seu bichinho dentro do box (desde que o chão esteja seco e não fique pingando água do chuveiro), para que ele não tente subir na pia ou no armário e se machuque. Lembre-se que os gatos são hábeis em subir nos lugares, portanto não os deixe em locais com armários e prateleiras.

Nos próximos dias...

* Mantenha seu animal em local seco e limpo até 7 dias após a cirurgia. Ele não poderá se molhar ou receber banho até 7 dias após a cirurgia. Não deixe-o a lamber a incisão cirúrgica.

* Restrinja as atividades do seu animal durante 14 dias após a cirurgia. Não permita que ele pule, corra ou brinque com outro animal ou com crianças.

* Machos continuam férteis até 2 meses após a cirurgia, portanto mantenha-os longe de fêmeas. Fêmeas operadas que estavam no cio podem tentar cruzar até 15 dias após a cirurgia, portanto mantenha-as longe de machos.

Alimentação

* A alimentação é importante para a recuperação do seu animal. Ofereça água e comida em pequenas quantidades na primeiras 12 horas, mas não se assuste se ele se recusar a comer, pois alguns animais ficam enjoados por causa do anestésico e só vão querer comer alguns dias depois da cirurgia.

Atenção!!!! Não dê Tylenol®, Aspirina®, Novalgina®, ou qualquer outro medicamento - seu animal pode MORRER por causa disso!!!

* Verifique diariamente o corte cirúrgico e observe se há sangramento, corrimento, ferida aberta, inchaço ou vermelhidão. Um pouco de inchaço e vermelhidão é esperado e não há problema algum.
* Observe diariamente na sua fêmea se há algum corrimento vaginal, até 3 semanas após a cirurgia.

Retorno

Após 10 (dez) dias retornar ao CCZ para retirada dos pontos, exceto os gatos, tantos machos como as fêmeas

Em caso de complicações

* Telefone para 3822.9624. Esteja preparado para dar detalhes do que está ocorrendo e tenha em mãos o receituário fornecido no dia da cirurgia. Isso é necessário para que possamos avaliar se o caso é realmente uma emergência e, assim, fazer o melhor para o seu animal.

*** Caso você prefira ser atendido por um veterinário de sua escolha, não nos responsabilizamos por procedimentos e despesas ocorridas.**