MS/FNS
CRMG
PROGRAMA DE CONTROLE DA DOENÇA DE CHAGAS

FICHA DE NOTIFICAÇÃO N°_____

N° DO PIT:_____

LOCALIDADES / RG:

GRS / Patos de Minas

Município:_____

Localidade de Notificação:_____

Dentro de casa:_____

N° de insetos capturados:_____

Fora de casa:_____

Local de captura:_____

Nome do Morador:_____

Nº da casa (FNS):_____

Nome do capturador:_____

Barbeiro:_____

Tipo de inseto: Stm

Outros:_____

38.566

Não Sabe:_____

Recebido pelo colaborador em :____/____/____

Recebido pelo GVE em: ____/____/____

PCDCh - 11

Gráfica Pinheirense (38) 3561-1567

LABORATÓRIO IDENTIFICAÇÃO E EXAME DO TRIATOMÍNEO

Local de captura: Intra ☐ Peri ☐

Espécie:_____

ESTÁDIO	TOTAL	EXAM.	POSIT.	POSIT %
Adulto Macho				
Adulto Fêmea				
Ninfa 5° Est.				
Ninfa 4° Est.				
Ninfa 3° Est.				
Ninfa 2° Est.				
Ninfa 1° Est.				

_____ Assinatura

____/____/____ Data

Remetido ao laboratório em ____/____/____

Retorno ao morador em ____/____/____

Vacine seu cão contra raiva anualmente.

Quando mordido ou arranhado por cães, gatos ou outros animais, tome a seguinte conduta:

1) Lave bem o local com água e sabão em grande quantidade.

2) Não matar o cão. Conservá-lo preso por 10 dias dando-lhe água e comida, com cuidado, observando seu comportamento. Evite aproximação de crianças.

3) Procure a Unidade de Saúde mais próxima à sua residência ou o Centro de Controle de Zoonoses, à Rua Major Gote, 1748, próximo ao Parque de Exposições.
Telefone: (34) 3822-9624

Controle de Vacinação Antirrábica

25/9/10 Lote: 177-10 Ass: Solange	__/__/__ Lote: Ass:	__/__/__ Lote: Ass:
__/__/__ Lote: Ass:	__/__/__ Lote: Ass:	__/__/__ Lote: Ass:
__/__/__ Lote: Ass:	__/__/__ Lote: Ass:	__/__/__ Lote: Ass:

Stem - 42087

Centro de Controle de Zoonoses
R. Major Gote, 1748, B. Alto Caiçaras
(34) 3822.9624

Apoio: VIGISUS
Realização: Secretaria de Saúde | Prefeitura Patos de Minas

Este material foi produzido em papel reciclado.

42

Vigilância em Saúde | Secretaria de Saúde | Prefeitura Patos de Minas

Centro de Controle de Zoonoses

Comprovante de Vacinação Antirrábica

Nome do Animal: _____ Tipo: ☐ Cão ☐ Gato

Raça: _____ Cor: _____ Sexo: ☐ M ☐ F Nascimento: _____

Responsável: _____

Endereço: _____

_____ Tel.: _____

Centro de Controle de Zoonoses - Rua Major Gote, 1748 - Tel.: (34) 3822-9624

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS Sistema Único de Saúde

Item - 35.422

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Prefeitura de Patos de Minas Secretaria Municipal de Saúde R. Dr. José Olympio de Melo, 151 Bairro Eldorado - CEP 38.700-900 Patos de Minas - MG

1ª VIA FARMÁCIA (BRANCA)
2ª VIA PACIENTE (AZUL)

Área:_____

Micro-Área:_____

Família:_____

Paciente:_____

Endereço:_____

Prescrição:_____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:_____	
Ident:_____ Org. Emissor:_____	
End.:_____	
Cidade:_____ UF:_____	
Telefone:_____	Assinatura do Farmacêutico Data: ___/___/___

GRÁFICA SÃO FRANCISCO (37) 3216-2179

Este é um documento de uso exclusivo da SUS, e que só deve ser preenchido quando o ato médico for remunerado pelo SUS, estando sujeito a penalidades o profissional que o utilizar de maneira indevida.

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS

Secretaria Municipal de Saúde

Centro de Controle de Zoonoses

Rua Major Gote, 1748 - Fone: (34) 3822-9624

Item 37.871

BUSCA E APREENSÃO DE ANIMAL

SS Nº	Data	Hora	Recebida por	OS Nº	Data

Solicitante

Endereço

Referência

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Assumo a responsabilidade pela solicitação de busca e apreensão dos animais referidos neste termo. Estou ciente que o Centro de Controle de Zoonoses poderá dar qualquer destino previsto pela Lei Complementar 012/91 (Código Sanitária Municipal), inclusive eutanasiar ou doar o animal à terceiros.

Patos de Minas, _____de_____de_____

_____

Assinatura do contribuinte

Descrições dos animais recolhidos

Ocorrências

Agentes sanitários

GRÁFICA PINHEIRENSE (38) 3561-1567

10

Prefeitura Municipal de Patos de Minas

PROGRAMA DE COMBATE A DENGUE

Eu,_____

Morador(a) à Rua_____

Bairro:_____

Recebi da *SMS - PROGRAMA COMBATE A DENGUE* - uma Tampa para Caixa D'água onde a mesma se encontra tampada pelos servidores.

_____ _____

Supervisor Turma Supervisor Área

Patos de Minas,_____/_____/20_____.

Item - 41.353

11 36740

FICHA DE VISITA DOMICILIAR

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS Sistema Único de Saúde
MINISTÉRIO DE SAÚDE
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

CASA Nº.....BAIRRO.....DISTRITO SANITÁRIO.....COORD.....

DATA	MODAL. TRABALHO	PROG.	EXECUTADO POR	VISTO	DATA	MODAL. TRABALHO	PROG.	EXECUTADO POR	VISTO

Prefeitura Municipal de Patos de Minas
Secretaria Municipal de Saúde

item 36a18

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado.....
.....portador da Carteira Profissional número.....,
série....., necessita de .....(.....)dias de
afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.
CID:.....

.....

Médico - CRM - Carimbo

Patos de Minas,...../...../.....

Prefeitura de Patos de Minas

Secretaria Municipal de Saúde

MEMORANDO

PARA	
DE	

Item - 35.528

____/____/____ _____

DATA ASSINATURA

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS Sistema Único de Saúde

Nº PRONTUÁRIO

item 36712

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários que _____ permaneceu nesta unidade de saúde no dia _____ de _____ de 20_____, no período de _____ às _____ horas com a finalidade de _____

_____

_____

_____

_____

Por ser verdade, dato e assino.

Patos de Minas, _____ de _____ de 20_____.

_____
Assinatura do Servidor e Matrícula

Item - 36.712.

Este é um documento de uso exclusivo do S.U.S., e que só deve ser preenchido quando o ato médico for remunerado pelo S.U.S., estando sujeito a penalidades o profissional que o utilizar de maneira indevida

G. Pinheirense 35 4021-1567

ENDEREÇO DA CAPTURA	ESPÉCIE	PELAGEM	SEXO	PORTE	HORA

OBSERVAÇÕES:_____

_____

_____

MOTORISTA:_____ENCARREGADO:_____

Stera - 42.088

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS

Centro de Controle de Zoonoses

CAPTURA DE GRANDES ANIMAIS

Rua Major Gote, 1748 - Fone: (34) 3822-9624

DATA:

_____/_____/_____

ESPÉCIE: ( ) Canina ( ) Bovina ( ) Equina ( ) Outra:_____

ORIGEM DA SOLICITAÇÃO: ( ) CCZ_____ ( ) RO nº_____Data_____/_____/_____

ROTEIRO(bairros):_____

ENDEREÇO DA CAPTURA	ESPÉCIE	PELAGEM	SEXO	PORTE	HORA

G. PINHEIRENSE 38 3561-1567

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS Sistema Único de Saúde

PEDIDO DE EXAME ESPECIALIZADO

DADOS DO PACIENTE

01 - NOME	02 - IDADE

03 - ENDEREÇO

04 - ÁREA	05 - MICRO-ÁREA	06 - FAMÍLIA	07 - FAMÍLIA

08 - EXAME SOLICITADO

09 - JUSTIFICATIVA

10 - EXAMES JÁ REALIZADOS

Carimbo do Centro de Saúde e Assinatura do Gerente

Carimbo e Assinatura do Médico

Este é um documento de uso exclusivo da SUS, e que so deve ser preenchido quando o ato médico for renumerado pelo SUS, estando sujeito a penalidades o profissional que o utilizar de maneira indevida.

Fum - 35.418

Item - 35.476.

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ENCAMINHAMENTO DE CORRESPONDÊNCIA

PARA	Setor/Unidade de Saúde _____ _____ Servidor _____
DE	Carimbo do Setor/Unidade de Saúde: Servidor (assinatura por Extenso e/ou carimbo):

Data:____/____/____ Prioridade: ( ) Normal ( ) Urgente

Gráfica Pinheirense (38) 3561-1567

Prefeitura Municipal de Patos de Minas
Secretaria Municipal de Saúde SUS

Sou _____, seu (a) Agente Comunitário de Saúde (ACS), estive em sua casa dia ____/____/____ às _____ e não te encontrei, volto em: _____. Caso precise dos meus serviços deixe recado na unidade de saúde: _____, com seu nome e endereço.

Obrigado(a).

Item - 36.738

Prefeitura Municipal de Patos de Minas
Secretaria Municipal de Saúde SUS

Sou _____, seu (a) Agente Comunitário de Saúde (ACS), estive em sua casa dia ____/____/____ às _____ e não te encontrei, volto em: _____. Caso precise dos meus serviços deixe recado na unidade de saúde: _____, com seu nome e endereço.

Obrigado(a).

Prefeitura de Patos de Minas
Secretaria Municipal de Saúde SUS

Reuniões de Grupo

Usuário(a) _____

GRUPO ( ) Gestante ( ) Criança
( ) Vivência ( ) Diabético
( ) Hipertenso
( ) Planejamento Familiar
( ) _____

ACS _____
Equipe _____ MA _____
Local _____
Data ____/____/____ Hora _____

Obs.: Não esqueça de trazer seu cartão e sua receita médica atual.
Aguardamos você !!!

Prefeitura de Patos de Minas
Secretaria Municipal de Saúde SUS

Item 36.737

Reuniões de Grupo

Usuário(a) _____

GRUPO ( ) Gestante ( ) Criança
( ) Vivência ( ) Diabético
( ) Hipertenso
( ) Planejamento Familiar
( ) _____

ACS _____
Equipe _____ MA _____
Local _____
Data ____/____/____ Hora _____

Obs.: Não esqueça de trazer seu cartão e sua receita médica atual.
Aguardamos você !!!

SUS Sistema Único de Saúde

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

N° DO PRONTUÁRIO

RECEITUÁRIO

Equipe.....M. Área.....Fam.:.....

Item - 34895

Este é um documento de uso exclusivo do SUS e que só deve ser preenchido quando o ato médico for remunerado pelo SUS estando sujeito a penalidades o profissional que utilizar de maneira indevida.

G. Pinheiros 39.3561-1587

item 35420

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Protocolo de documentos / Malotes Nº_____

De:	Para:
Setor / Unidade:	Setor / Unidade:

Nº de ordem	Documento
01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	
11	
12	
13	
14	

Gráfica Pinheirense (38) 3561-1567

Data___/___/___ _____ Data___/___/___ _____

Assinatura do emitente — Assinatura do receptor

Prefeitura Municipal de Patos de Minas - Secretaria Municipal de Saúde
Cartão Espelho de Vacinação - Criança e Adolescente (0 a 19 anos)

item 35444

Área:_____ Micro Área:_____ Família:_____

Unidade de Saúde:_____

Nome:_____

Data de Nascimento:_____/_____/_____ Telefone:_____

Endereço:_____ Bairro:_____ Cidade:_____

DOSES \ VACINAS		BCG	Hepatite B	Pólio	Tetravalente	Febre Amarela	Tríplice Viral	Dupla Adulta	DPT	Outros
1ª	Data Rubrica									
2ª	Data Rubrica									
3ª	Data Rubrica									
1ª Reforço	Data Rubrica									
2ª Reforço	Data Rubrica									

Item - 35.444

G. Pinheirense (38) 3561-1567