

Definição de caso:

- São considerados acidentes de trabalho aqueles que ocorram no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho. São considerados acidentes de trabalho graves aqueles que resultam em morte, aqueles que resultam em mutilações e aqueles que acontecem com menores de dezoito anos.

- Acidente de trabalho fatal é aquele que leva a óbito imediatamente após sua ocorrência ou que venha a ocorrer posteriormente, a qualquer momento, em ambiente hospitalar ou não, desde que a causa básica, intermediária ou imediata da morte seja decorrente do acidente.

- Acidentes de trabalho com mutilações: é quando o acidente ocasiona lesão (poli traumatismos, amputações, esmagamentos, traumatismos crânio-encefálico, fratura de coluna, lesão de medula espinhal, trauma com lesões viscerais, eletrocussão, asfixia, queimaduras, perda de consciência e aborto) que resulte em internação hospitalar, a qual poderá levar à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho.

- Acidentes do trabalho em crianças e adolescentes: é quando o acidente de trabalho acontece com pessoas menores de dezoito anos.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE		Y 96	
Dados Gerais	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Acidente
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
Notificação Individual	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
	14 Escolaridade			
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
Dados de Residência	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
Dados de Residência	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação			
	32 Situação no Mercado de Trabalho			
	01- Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 99 - Ignorado 02 - Empregado não registrado 06- Aposentado 10- Trabalhador avulso 03- Autônomo/ conta própria 07- Desempregado 11- Empregador 04- Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 12- Outros			
Antecedentes Epidemiológicos	33 Tempo de Trabalho na Ocupação		34 Local Onde Ocorreu o Acidente	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1- Instalações do contratante 3- Instalações de terceiros 9 - Ignorado 2 - Via pública 4- Domicílio próprio	
	Dados da Empresa Contratante			
Antecedentes Epidemiológicos	35 Registro/ CNPJ ou CPF		36 Nome da Empresa ou Empregador	
	37 Atividade Econômica (CNAE)	38 UF	39 Município	Código (IBGE)
	40 Distrito	41 Bairro	42 Endereço	
Antecedentes Epidemiológicos	43 Número	44 Ponto de Referência	45 (DDD) Telefone	

Antecedentes Epidemiológicos	46 O Empregador é Empresa Terceirizada ☐ 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado			
	47 Se Empresa Terceirizada, Qual o CNAE da Empresa Principal		48 CNPJ da Empresa Principal	
	49 Razão Social (Nome da Empresa)			
Dados do Acidente	50 Hora do Acidente H (hora) M (minutos)		51 Horas Após o Início da Jornada H (hora) M (minutos)	
	52 UF	53 Município de Ocorrência do Acidente	54 Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98) CID 10	
	55 Tipo de Acidente 1- Típico 2- Trajeto 9- Ignorado		56 Houve Outros Trabalhadores Atingidos 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
			57 Se Sim, Quantos	
Dados do Atendimento Médico	58 Ocorreu Atendimento Médico? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		59 Data do Atendimento	
	61 Município do Atendimento		62 Nome da U. S de Atendimento	
	63 Partes do Corpo Atingidas 01- Olho 04- Tórax 07- Membro superior 10- Todo o corpo 02- Cabeça 05- Abdome 08-Membro inferior 11- Outro 03- Pescoço 06- Mão 09- Pé 99- Ignorado ☐ ☐ ☐		64 Diagnóstico da Lesão CID 10	
			65 Regime de Tratamento 1- Hospitalar 2- Ambulatorial 3- Ambos 9- Ignorado ☐	
Conclusão	66 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Incapacidade temporária 3- Incapacidade parcial 4- Incapacidade total permanente 5- Óbito por acidente de trabalho grave 6-Óbito por outras causas 7- Outro 9 - Ignorado			
	67 Se Óbito, Data do Óbito		68 Foi Emitida a Comunicação de Acidente no Trabalho - CAT 1 - Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9 - Ignorado	

Informações complementares e observações

Descrição sumária de como ocorreu o acidente/ atividade/ causas/ condições/ objeto/ agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente

Outras informações:

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde
	Nome	Função	Assinatura

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO

Nº

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		HUMANO	
	2 Agravado/doença	ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Atendimento		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade	0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código		
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP		
Antecedentes Epidemiológicos	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	31 Ocupação				
	32 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Contato Indireto ☐ Arranhadura ☐ Lamedura ☐ Mordedura ☐ Outro				
	33 Localização 1 - Sim 2 - Não 3 - Desconhecida ☐ Mucosa ☐ Cabeça/Pescoço ☐ Mãos/Pés ☐ Tronco ☐ Membros Superiores ☐ Membros Inferiores				
Tratamento Atual	34 Ferimento 1 - Único 2 - Múltiplo 3- Sem ferimento 9 - Ignorado				
	35 Tipo de Ferimento 1 - Sim 2 - Não 9-Ignorado ☐ Profundo ☐ Superficial ☐ Dilacerante				
	36 Data da Exposição				
	37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Pré-Exposição ☐ Pós-Exposição				
	38 Se Houve, quando foi concluído? 1 - Até 90 dias 2 - Após 90 dias				
	39 Nº de Doses Aplicadas				
	40 Espécie do Animal Agressor 1 - Canina 2 - Felina 3 - Quiróptera (Morcego) 4 - Primata (Macaco) 5 - Raposa 6 - Herbívoro doméstico (especificar) 7 - Outra				
	41 Condição do Animal para Fins de Conduta do Tratamento 1 - Sadio 2 - Suspeito 3 - Raivoso 4 - Morto/ Desaparecido				
	42 Animal Passível de Observação ? (Somente para Cão ou Gato) 1 - Sim 2 - Não				
	43 Tratamento Indicado 1 - Pré Exposição 2 - Dispensa de Tratamento 3 - Observação do animal (se cão ou gato) 4 - Observação + Vacina 5 - Vacina 6 - Soro + Vacina 7 - Esquema de Reexposição				
	Vacina				
	44 Laboratório Produtor Vacina 1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4- Outro Especificar)				
	45 Número do Lote				
	46 Data do Vencimento				

[illegible][illegible]

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	

Atendimento Anti-Rabico Humano Sinan Net SVS 27/09/2005

Monte Belo - MG.

BAIRRO(S):..... FOLHA: /

[illegible]

Consolidado Parcial dos Extratos - LIRAa (Supervisores)

MUNICÍPIO/UF: **Monte Belo - MG**.....

EXTRATO:

BAIRRO(S):

Data:

[illegible]

Nome do supervisor: Data:/...../.....

Exame de Laboratório

Responsável pela identificação da Larvas/pupas



**Prefeitura de
Monte Belo**
Administração 2017-2020

**CONTROLE DE
PASSAGEM**

MONTE BELO - ALFENAS

DATA: / /

PACIENTE:

TEL:

Saída: 05:50 h - Retorno após finalizada todas as consultas.

Caso suspeito: todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença INTOXICAÇÃO EXÓGENA		Código (CID10) T 65.9	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)		19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação	
	33 Situação no Mercado de Trabalho 01- Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 02 - Empregado não registrado 06- Aposentado 10- Trabalhador avulso 03- Autônomo/ conta própria 07- Desempregado 11- Empregador 04- Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 12- Outros _____ 99 - Ignorado			
Dados da Exposição	34 Local de ocorrência da exposição 1. Residência 2.Ambiente de trabalho 3.Trajeto do trabalho 4.Serviços de saúde 5.Escola/creche 6.Ambiente externo 7.Outro _____ 9.Ignorado			
	35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência		36 Atividade Econômica (CNAE)	
	37 UF	38 Município do estabelecimento	Código (IBGE)	39 Distrito
	40 Bairro		41 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento)	
	42 Número	43 Complemento (apto., casa, ...)	44 Ponto de Referência do estabelecimento	45 CEP
46 (DDD) Telefone		47 Zona de exposição 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	48 País (se estabelecimento fora do Brasil)	

 Prefeitura Municipal de Monte Belo – MG Departamento de Saúde <u>ESF Eldorado</u> PROTOCOLO DE PROCEDIMENTOS
Paciente:
CNS:
Procedimento:
Data do recebimento:
Responsável:

ou ESF Santa Rita ou ESF
Cândido Bernardes

PRONTUÁRIO MÉDICO

CNS: _____

CMS: _____

Paciente: _____ **DN:** ____/____/____

Nome da Mãe: _____ Tel.: _____

End.: _____ Nº _____ Bairro: _____

[illegible]

[illegible]

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MONTE BELO

Nome: _____

Procedimento Solicitado:

Vir saber da marcação dia: _____

Às 08:00 horas (Máximo 60 senhas/dia)

**Obs.: FAVOR VIR SABER NO DIA E HORA
MARCADA, POIS NO CASO DE PERDA DO
EXAME OU CONSULTA NÃO SERÁ
REMARCADA. TAMBÉM NÃO IREMOS OLHAR
EXAME OU CONSULTA SEM APRESENTAÇÃO
DESTE PROTOCOLO.**



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE BELO
Secretaria Municipal de Saúde

ESF: _____

Estivemos em sua residência para uma visita domiciliar

Data:/...../..... hs.

A próxima visita será no mês seguinte.

Agente de Saúde:

e-SUS Atenção Básica	CADASTRO DOMICILIAR	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO:	FOLHA:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	MICROÁREA	DATA:*
_____	_____	_____	____	/ /

ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA		NOME DO LOGRADOURO:*		Nº:*
TIPO DE LOGRADOURO:				
COMPLEMENTO:		BAIRRO:*		
MUNICÍPIO:*		UF:*	CEP:*	

TELEFONES PARA CONTATO	TELEFONE DE REFERÊNCIA: ()
TELEFONE RESIDENCIAL: ()	

CONDIÇÕES DE MORADIA										
SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA* ☐ Próprio ☐ Financiado ☐ Alugado ☐ Arrendado ☐ Cedido ☐ Ocupação ☐ Situação de Rua ☐ Outra	LOCALIZAÇÃO* ☐ Urbana ☐ Rural									
TIPO DE DOMICÍLIO ☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Cômodo ☐ Outro	EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra ☐ Proprietário ☐ Parceiro(a) / Meeiro(a) ☐ Assentado(a) ☐ Posseiro ☐ Arrendatário(a) ☐ Comodatário(a) ☐ Beneficiário(a) do Banco da Terra ☐ Não se aplica									
Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____										
TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO ☐ Pavimento ☐ Chão Batido ☐ Fluvial ☐ Outro	MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO <table border="1"> <tr> <td>Alvenaria/Tijolo:</td> <td>Taipa:</td> <td>Outros:</td> </tr> <tr> <td>☐ Com Revestimento</td> <td>☐ Com Revestimento</td> <td>☐ Madeira Aparelhada ☐ Palha</td> </tr> <tr> <td>☐ Sem Revestimento</td> <td>☐ Sem Revestimento</td> <td>☐ Material Aproveitado ☐ Outro Material</td> </tr> </table>	Alvenaria/Tijolo:	Taipa:	Outros:	☐ Com Revestimento	☐ Com Revestimento	☐ Madeira Aparelhada ☐ Palha	☐ Sem Revestimento	☐ Sem Revestimento	☐ Material Aproveitado ☐ Outro Material
Alvenaria/Tijolo:	Taipa:	Outros:								
☐ Com Revestimento	☐ Com Revestimento	☐ Madeira Aparelhada ☐ Palha								
☐ Sem Revestimento	☐ Sem Revestimento	☐ Material Aproveitado ☐ Outro Material								
Disponibilidade de Energia Elétrica? ☐ Sim ☐ Não										
ABASTECIMENTO DE ÁGUA ☐ Rede Encanada até o Domicílio ☐ Poço / Nascente no Domicílio ☐ Cisterna ☐ Carro Pipa ☐ Outro	TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO ☐ Filtração ☐ Fervura ☐ Cloração ☐ Sem Tratamento									
FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO ☐ Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial ☐ Fossa Séptica ☐ Fossa Rudimentar ☐ Direto para um Rio, Lago ou Mar ☐ Céu Aberto ☐ Outra Forma	DESTINO DO LIXO ☐ Coletado ☐ Queimado/ Enterrado ☐ Céu Aberto ☐ Outro									

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?	QUAL(IS)? ☐ Gato ☐ Cachorro ☐ Pássaro ☐ De Criação (porco, galinha...) ☐ Outros	Quantos: _____
☐ Sim ☐ Não		

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
	_____	/ /	¼½1234+	_____	____/____	☐
	_____	/ /	¼½1234+	_____	____/____	☐
	_____	/ /	¼½1234+	_____	____/____	☐
	_____	/ /	¼½1234+	_____	____/____	☐

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA Eu, _____ portador do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde. _____ Assinatura
--

Legenda: ☐ Opção de Múltipla Escolha ☐ Opção de Única Escolha (Marcar X na opção desejada)

* Campo Obrigatório

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Caderneta de Saúde da Criança



PASSAPORTE DA CIDADANIA

11ª edição



Brasília - DF
2017



VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
PREFEITURA MUNICIPAL
DE MUZAMBINHO



SECRETARIA DE SAÚDE

DADOS DO RECÉM-NASCIDO

Nascimento:

Nascido às _____ h, do dia ____/____/____
 Maternidade/Cidade, UF: _____
 Peso ao nascer: _____ g Comprimento ao nascer: _____ cm
 Perímetro cefálico: _____ cm Sexo: () Masculino () Feminino
 Apgar: 1º min: _____ 5º min: _____
 Idade gestacional (IG): _____ semanas _____ dias
 Método de avaliação da IG: () DUM () Ultrassom () Exame do RN
 Tipagem sanguínea do RN: _____ Mãe: _____
 Profissional que assistiu ao recém-nascido (RN)
 () Pediatra () Enfermeiro () Parteira () Outro _____
 Aleitamento materno na primeira hora de vida: () Sim () Não

Exames/Triagem neonatal:

Manobra de Ortolani: () Negativo () Positivo
 Conduta: _____
Teste do reflexo vermelho: () Normal () Alterado
 Conduta: _____
Teste do Pezinho () Não () Sim Data: ____/____/____
 Realizar entre o 3º e 5º dia de vida.
 Resultados:
 Fenilcetonúria: () Normal () Alterado
 Hipotireodismo: () Normal () Alterado
 Anemia falciforme: () Normal () Alterado
 Outros: _____
Triagem auditiva () Não () Sim Data: ____/____/____
 Preferencialmente, nos primeiros dias de vida (24 a 48h) e, no máximo, no primeiro mês de vida.
 Testes realizados: () PEATE¹ () EOA²
 Resultado: OD _____ OE _____ (normal/alterado)
 Conduta: _____
 Reteste:³ Até 30 dias () Não () Sim Data: ____/____/____
 () PEATE () EOA
 Resultado: OD _____ OE _____ (normal/alterado)
 Conduta: _____
¹ PEATE – Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico.
² EOA – Emissões Otoacústicas Evocadas.
³ Indicado quando resposta alterada em uma ou ambas orelhas no teste.
Outros exames: _____

Dados na alta:

Data: ____/____/____ Peso _____
 Alimentação:
 () leite materno () leite materno e outro leite () outro leite _____

IDENTIFICAÇÃO

FOTO

Nome da criança: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Município de nascimento: _____

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

Endereço: _____

Ponto de Referência: _____

_____ Telefone: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Raça/cor/etnia: () Branca () Negra () Amarela
() Parda () Indígena

Unidade Básica que frequenta: _____

Nº do Prontuário na UBS: _____

Nº da Declaração de Nascido Vivo: _____

Nº do Registro Civil de Nascimento: _____

Nº do Cartão do SUS: _____

REGISTRO DAS VACINAS DO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO - CRIANÇA

Nome: _____			
DOSES / VACINAS	BCG	Hepatite B	Penta
Ao nascer	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	
1ª dose			Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____
2ª dose			Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____
3ª dose			Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____
DOSES / VACINAS	Febre Amarela	Hepatite A	DTP
Dose	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	
Dose			
Reforço	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____		Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____
Reforço			Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____

	Data de nascimento: ____/____/____		
VIP	Pneumocócica 10V (conjugada)	Rotavírus Humano	Meningocócica C (conjugada)
Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____
Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____
Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____			
VOP	Triplíce Viral	Tetra Viral	HPV
	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____
			Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____
Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____			
Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab.Produt: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____			

Nome: _____		Data de nascimento: ____/____/____	
OUTRAS VACINAS		CAMPANHAS	
Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____
Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____
Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____
Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____	Vacina: _____ Data: ____/____/____ Lote: _____ Lab. Produz: _____ Unidade: _____ Nome vacinador: _____

FOLHA DE REGISTRO DAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

[illegible]

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

PREFEITURA MUNICIPAL
DE MUZAMBINHO



SECRETARIA DE SAÚDE



DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

