

|                        |        |
|------------------------|--------|
| NOTIFICAÇÃO DE RECEITA |        |
| UF                     | NÚMERO |
| RO                     | 020567 |

**B**

|   |
|---|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE   |
| <b>HOSPITAL MUNICIPAL</b>   |
| <b>EXPEDITO GONÇALVES FERREIRA</b>  |
| CNPJ: 13.890.217/0001-66  |
| Av. Carlos Gomes, 4780 - Centro - CEP. 76.956-000 - Novo Horizonte D'Oeste - RO |

\_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Assinatura do Emitente \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

|                                 |
|---------------------------------|
| PREFEITURA MUNICIPAL            |
| Medicamento ou Substância       |
| PROC.: 162/2014                 |
| Quantidade e Forma Farmacêutica |
| FL.: 026                        |
| Dose por Unidade Posológica     |
| Posologia                       |

|                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR |                            |
| Nome:                      | _____                      |
| Endereço:                  | _____                      |
| Telefone:                  | _____                      |
| Identidade Nº:             | _____ Órgão Emissor: _____ |

|                       |                |
|-----------------------|----------------|
| CARIMBO DO FORNECEDOR |                |
| Nome do Vendedor      | ____/____/____ |
| Data                  |                |

D'press Editora &amp; Gráfica Ltda-ME - Fone: (69) 3442-4100 - - CNPJ 04.645.599/0001-71 | Av. 25 de Agosto, 3991 - CEP 76940-000 - Rolim de Moura - RO

Autorização Emitida pela VISA nº 001/2015  
Numeração desta Impressão: de 15.001 A 30.000

ID: 202016060036200202E



## Governo Municipal



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
NOVO HORIZONTE DO OESTE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA



Hospital Municipal - Irineu Ferreira da Silva S/N CEP. 76956-000 - Novo Horizonte do Oeste - RO



# VACINAS APLICADAS NA INFÂNCIA

|                         | DATA<br>(ÚLTIMA APLICAÇÃO) | TIPO DE DOSE<br>(1ª ou 2ª ou 3ª ou Reforço) |
|-------------------------|----------------------------|---|
| BCG - id                |                            |   |
| PÓLIO                   |                            |   |
| DTP                     |                            |   |
| HEPATITE B              |                            |   |
| HEMó FILO               |                            |   |
| SARAMPO/CAXUMBA/RUBÉOLA |                            |   |
| FEBRE AMARELA           |                            |   |
| OUTRAS                  |                            |   |
|                         |                            |   |
|                         |                            |   |
|                         |                            |   |



**SEMUSA**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO HORIZONTE DO SUL

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE CADERNETA DE VACINAÇÃO

NOME:

R.G.:

DATA DE NASCIMENTO:

ENDEREÇO:

UNIDADE DE SAÚDE:

MANTENHA ESTA CADERNETA EM SEU PODER, JUNTO COM SEUS DOCUMENTOS.  
VALIDADE EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

|                  |                  |                  |                  |                  |                  |               |
|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|---------------|
| DUPLA ADULTO     | HEPATITE B       | SAR/CAX/RUB      |                  |                  |                  | FEBRE AMARELA |
| ____/____/____   | ____/____/____   | ____/____/____   | ____/____/____   | ____/____/____   | ____/____/____   |               |
| Lote _____       | Lote _____       | Lote _____       | Lote _____       | Lote _____       | Lote _____       |               |
| Cod _____        | Cod _____        | Cod _____        | Cod _____        | Cod _____        | Cod _____        |               |
| Nome _____       | Nome _____       | Nome _____       | Nome _____       | Nome _____       | Nome _____       |               |
| Reg. Prof. _____ | Reg. Prof. _____ | Reg. Prof. _____ | Reg. Prof. _____ | Reg. Prof. _____ | Reg. Prof. _____ |               |
| DUPLA ADULTO     | HEPATITE B       | SAR/CAX/RUB      |                  |                  |                  | FEBRE AMARELA |
| ____/____/____   | ____/____/____   | ____/____/____   | ____/____/____   | ____/____/____   | ____/____/____   |               |
| Lote _____       | Lote _____       | Lote _____       | Lote _____       | Lote _____       | Lote _____       |               |
| Cod _____        | Cod _____        | Cod _____        | Cod _____        | Cod _____        | Cod _____        |               |
| Nome _____       | Nome _____       | Nome _____       | Nome _____       | Nome _____       | Nome _____       |               |
| Reg. Prof. _____ | Reg. Prof. _____ | Reg. Prof. _____ | Reg. Prof. _____ | Reg. Prof. _____ | Reg. Prof. _____ |               |
| DUPLA ADULTO     | HEPATITE B       | SAR/CAX/RUB      |                  |                  |                  | FEBRE AMARELA |
| ____/____/____   | ____/____/____   | ____/____/____   | ____/____/____   | ____/____/____   | ____/____/____   |               |
| Lote _____       | Lote _____       | Lote _____       | Lote _____       | Lote _____       | Lote _____       |               |
| Cod _____        | Cod _____        | Cod _____        | Cod _____        | Cod _____        | Cod _____        |               |
| Nome _____       | Nome _____       | Nome _____       | Nome _____       | Nome _____       | Nome _____       |               |
| Reg. Prof. _____ | Reg. Prof. _____ | Reg. Prof. _____ | Reg. Prof. _____ | Reg. Prof. _____ | Reg. Prof. _____ |               |



UF \_\_\_\_\_ CNES da Unidade de Saúde \_\_\_\_\_  
Unidade de Saúde \_\_\_\_\_  
Município \_\_\_\_\_

Nº Protocolo \_\_\_\_\_  
(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

Prontuário \_\_\_\_\_



INFORMAÇÕES PESSOAIS

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

DADOS DA ANAMNESE

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

EXAME CLÍNICO

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

NOTA: Na presença do colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.

Data da coleta\* \_\_\_\_\_ Responsável\* \_\_\_\_\_

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (\*) são obrigatórios



| IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO  |  |
|---|--|
| <b>CNES do Laboratório*</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>  | <b>Número do Exame*</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>   |
| <b>Nome do Laboratório*</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>  | <b>Recebido em:*</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>  |
| RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO   |  |
| <b>AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA</b><br><b>AMOSTRA REJEITADA POR:</b><br><input type="checkbox"/> Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário<br><input type="checkbox"/> Lâmina danificada ou ausente<br><input type="checkbox"/> Causas alheias ao laboratório, especificar: _____<br><input type="checkbox"/> Outras causas, especificar: _____<br><b>EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:*</b><br><input type="checkbox"/> Escamoso<br><input type="checkbox"/> Glandular<br><input type="checkbox"/> Metaplásico  | <b>ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*</b><br><input type="checkbox"/> Satisfatório<br>Insatisfatório para avaliação oncológica devido a:<br><input type="checkbox"/> Material celular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço<br><input type="checkbox"/> Sangue em mais de 75% do esfregaço<br><input type="checkbox"/> Própios em mais de 75% do esfregaço<br><input type="checkbox"/> Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço<br><input type="checkbox"/> Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço<br><input type="checkbox"/> Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço<br><input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____   |
| <b>DIAGNÓSTICO DESCRITIVO</b><br><b>DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?</b><br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br><b>ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS</b><br><input type="checkbox"/> Inflamação<br><input type="checkbox"/> Metaplasia escamosa imatura<br><input type="checkbox"/> Reparação<br><input type="checkbox"/> Atrofia com inflamação<br><input type="checkbox"/> Radiação<br><input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____<br><b>MICROBIOLOGIA</b><br><input type="checkbox"/> Lactobacillus sp<br><input type="checkbox"/> Cocos<br><input type="checkbox"/> Sugestivo de Chlamydia sp<br><input type="checkbox"/> Actinomyces sp<br><input type="checkbox"/> Candida sp<br><input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis<br><input type="checkbox"/> Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes<br><input type="checkbox"/> Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)<br><input type="checkbox"/> Outros bacilos _____<br><input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____ | <b>CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO</b><br><b>Escamosas:</b> <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)<br><input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)<br><b>Glandulares:</b> <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas<br><input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau<br><b>De origem indefinida:</b> <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas<br><input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau<br><b>ATÍPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS</b><br><input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)<br><input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)<br><input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão<br><input type="checkbox"/> Carcinoma epidermóide invasor<br><b>ATÍPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES</b><br><input type="checkbox"/> Adenocarcinoma "in situ"<br><b>Adenocarcinoma invasor:</b> <input type="checkbox"/> Cervical<br><input type="checkbox"/> Endometrial<br><input type="checkbox"/> Sem outras especificações<br><input type="checkbox"/> OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____<br><input type="checkbox"/> PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL) |
| <b>Observações Gerais:</b> _____  |  |
| <b>Screening pelo citotécnico:</b> _____  | <b>Responsável*</b> _____  |
| <b>Data do Resultado*</b><br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>  |  |



ID: 20301340530362082002E





Nunca toque  
no Caramujo  
sem proteção.



**SEMUSA**

Secretaria Municipal de Saúde  
Novo Horizonte do Oeste



**NOVO HORIZONTE DO OESTE**  
Unidos para o desenvolvimento



Saúde da Família

Ministério da  
Saúde



**CAMPANHA  
DE CONTROLE**

**DO**



**CARAMUJO GIGANTE AFRICANO**

SEJA NOSSO  
PARCEIRO  
NESTA CAUSA!  
A MAIOR RIQUEZA  
É A SAÚDE.

NOVO HORIZONTE DO OESTE - RO



ID: 2025436630007030662E



## RECOMENDAÇÕES À POPULAÇÃO

- 1 - Não utilizar os caramujos gigantes africanos como alimento ou isca para pescar.
- 2 - Não tentar criá-los, pois há legislação proibindo.
- 3 - Não utilizar agro-químicos para exterminá-los, pois pode provocar intoxicações nas pessoas e a contaminação do meio ambiente.
- 4 - Não deixar crianças brincarem com os caramujos ou efetuar catação manual.
- 5 - Não jogar os caramujos vivos no lixo, terrenos baldios ou qualquer outro local.
- 6 - Efetuar a catação manual dos caramujos, protegendo as mãos com sacos plásticos ou luvas, evitando o contato da secreção do caramujo com a pele humana. Depois de efetuada a catação, os caramujos deverão ser sacrificados e descartar conforme citado acima.
- 7 - A catação deve ser feita manualmente nas áreas endêmicas, pois essa é a única técnica possível conhecida e segura e repetida com frequência, pois esses animais se reproduzem com muita rapidez.
- 8 - Manter o quintal e terrenos de sua propriedade em boas condições de limpeza retirando entulhos, vasilhames velhos, madeiras, matos e fezes dos animais domésticos, evitando assim a criação e infestações por caramujos.
- 9 - Em locais sujeitos à infestação devem ser colocadas iscas das plantas preferidas ou iscas molusquicidas. As consequências da proliferação do caramujo gigante africano no território brasileiro ainda não são mensuráveis, mas os registros dos danos até o momento são extremamente preocupantes.



## COMO RECONHECER O CARAMUJO GIGANTE-AFRICANO?



O jeito mais seguro identificar o caramujo gigante africano é através da sua concha. Observe que ela é, geralmente, de cor marrom-escuro, com listras esbranquiçadas desiguais, um pouco em zigue-zague.



Aruá-do-mato (brasileiro) borda espessa



Caramujo africano: borda cortante

Observe, também que a abertura da concha (a "boca" da concha) possui uma borda afiada, bem diferente da abertura do caramujo-da-boca-rosada ou aruá-do-mato (*Megalobulimus* sp.). Este último é um tipo de caramujo nativo brasileiro que não deve ser eliminado.

## QUE DOENÇAS O CARAMUJO-AFRICANO PODE TRANSMITIR?

É um hospedeiro intermediário de dois vermes que podem causar as seguintes doenças:

1. *Angiostrongylus costaricensis*, causador da angiostrongilíase abdominal, doença que provoca fortes dores abdominais, febre, perda do apetite e vômitos, podendo culminar com a perfuração do intestino, hemorragias e em alguns casos, levar à morte.
2. *Angiostrongylus cantonensis*, causador de um tipo de meningite denominada meningite eosinofílica (angiostrongilíase meningocefálica).

Essa doença ocorre quando o verme se aloja no sistema nervoso central do paciente, provocando a inflamação das meninges (membranas que recobrem o cérebro).

## QUE CUIDADOS DEVEMOS TER?

Considerando que os vermes supracitados podem ocorrer tanto no interior dos caramujos, quanto no muco (secreção viscosa) que e secretam para se locomover, devemos ter os seguintes cuidados:

1. não pegar o caramujo sem proteger as mãos com luvas ou sacos plásticos.



2. higienizar frutas, verduras e hortaliças antes de ingeri-las, deixando-as mergulhadas em uma mistura contendo 01 colher (sopa) de água sanitária para 01 litro de água, durante trinta minutos e enxaguar muito bem antes de comê-las.

3. não comer, não beber, não fumar e não levar a mão à boca durante o manuseio do caramujo. Caso queira comer, beber ou fumar, tire as luvas e lave as mãos após ter tido contato com o animal.

4. conservar o quintal limpo, pois os caramujos africanos gostam de ficar embaixo de folhas, de entulhos, em lugares úmidos ou sem incidência de luz solar.

## O QUE FAZER SE ENCONTRAR O CARAMUJO-AFRICANO EM SUA RESIDÊNCIA?

1. colete os caramujos com as mãos protegidas com luvas ou sacos plástico
2. coloque-os em sacos plásticos resistentes;
3. Entre em contato com a Secretaria de Estado do Meio Ambiente



NAO JOGUE LIXO NAS RUAS!

Classificação científica

Reino: Animalia / Fila: Mollusca / Classe: Gastropoda / Ordem: Polygastropoda / Subordem: Stylommatophora / Família: Achatinidae / Subfamília: Achatininae / Gênero: Achatina / Espécie: A. fulica / Nome binomial: Achatina fulica Linnaeus 1758



ID: 20254366300233662E





PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO HORIZONTE DO OESTE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL E PRONTO SOCORRO  
( ) - UNIDADE MISTA DE SAÚDE  
( ) - C.S.D DE MIGRANTINÓPOLIS  
( ) E.S.F. - N.H.O - ( ) E.S.F - MIGRANTINÓPOLIS



## REQUISIÇÃO DE EXAMES

1 - NOME: \_\_\_\_\_

2 - IDADE: \_\_\_\_\_ 3 - REGISTRO: \_\_\_\_\_

4 - ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

5 - MATERIAL (S): \_\_\_\_\_

6 - INDICAÇÃO CLÍNICA DO EXAME: \_\_\_\_\_

7 - EXAME (S) SOLICITADO (S): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA

ASS. E CRM DO MÉDICO RESPONSÁVEL







Prefeitura Municipal de Novo Horizonte do Oeste  
Unidade Mista de Saúde  
**ATESTADO MÉDICO**



ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE

Por mim examinado(a) e atualmente encontra-se em gozo de saúde física e mental, e está apto para o trabalho.

Hospital ou Ambulatório

Localidade e Data

Médico - CRM Nº

gner Gráfica e Editora - 442-4319



ID: 202016060036200002E



Governo do Estado de Rondônia  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Ministério da Previdência e Assistência Social  
Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social



## **Atestado Médico Para Gestante**

ATESTO que a segurada \_\_\_\_\_

portadora da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_  
deverá afastar-se do trabalho à partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, de conformidade com o que  
dispõe o parágrafo 1º do Art. 392 da Consolidação das Leis do Trabalho.

\_\_\_\_\_  
Unidade de Saúde

\_\_\_\_\_  
Localidade e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico - CRM Nº \_\_\_\_\_







## ATESTADO MÉDICO

\_\_\_\_\_, portador da carteira

CID

LOCALIDADE E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM Nº

Obs.: Este atestado terá validade se tiver o carimbo da Unidade de Saúde



## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITAL MUNICIPAL - NHO

CNPJ: 13.890.217/0001-66

AV. JOSÉ REIS FILHOS, S/N - CEP. 76.956-000 - NOVO HORIZONTE DO OESTE - RO

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Endereço Completo e Telefone: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

1ª VIA - Farmácia

2ª VIA - Paciente



Paciente: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR        |  | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR   |  |
|-----------------------------------|--|---|--|
| Nome: _____                       |  | <div>Assinatura do Farmacêutico</div> <div>Data ____ / ____ /20____</div> |  |
| Ident.: _____ Órg. Emissor: _____ |  |   |  |
| End.: _____                       |  |   |  |
| Cidade: _____ UF: _____           |  |   |  |
| Telefone: _____                   |  |   |  |







**É preciso externar de vez com a raiva**

A Raiva é uma doença que existe prevenção. Ao ser mordido por cão ou gato, procure a Unidade de Saúde mais próxima da sua residência para receber orientação médica;

Quando seu animal morder alguém, lave o ferimento imediatamente com água e encaminhe o mesmo à Unidade de Saúde mais próxima de sua residência para receber orientação médica. Mantenha o animal em observação em local fechado e chame um veterinário;

Não deixe seu cão solto, pois o mesmo, em contato com cães vadios para contrair várias doenças. O cão transmite cerca de 50 doenças ao homem:

Se seu animal mudar o comportamento e morrer, não enterre ou jogue fora. Procure a Divisão de Vigilância Sanitária ou médico veterinário. Todo cuidado é pouco com a saliva do cão ou gato, pois o vírus se encontra nela. **Guarde em local seguro este documento.**

APOIO: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



**ACINE O SEU CÃO E O SEU GATO  
NÃO DEIXE SEUS GRANDES AMIGOS COM RAIVA**



**Não deixe grandes amigos com raiva!**

**Nome do Proprietário:** \_\_\_\_\_

**Nome do Animalzinho:**







# CADERNETA DA GESTANTE



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Saúde*







**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria da Saúde*

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

UNIDADE BÁSICA: \_\_\_\_\_

**DADOS PESSOAIS**

NOME: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_

LOCALIDADE: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

Nº SISPRENATAL: \_\_\_\_\_



## AGENDAMENTO

| DATA | HORA | NOME DO PROFISSIONAL | SALA |
|------|------|----------------------|------|
|      |      |                      |      |
|      |      |                      |      |
|      |      |                      |      |
|      |      |                      |      |
|      |      |                      |      |
|      |      |                      |      |
|      |      |                      |      |
|      |      |                      |      |
|      |      |                      |      |

## ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS

| DATA | NOME | Nº CONSELHO |
|------|------|-------------|
|      |      |             |
|      |      |             |
|      |      |             |
|      |      |             |
|      |      |             |
|      |      |             |
|      |      |             |
|      |      |             |

## VISITA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

| MÊS | ALTERAÇÕES/ORIENTAÇÕES | ASSINATURA |
|-----|------------------------|------------|
|     |                        |            |
|     |                        |            |
|     |                        |            |
|     |                        |            |
|     |                        |            |
|     |                        |            |
|     |                        |            |





# DADOS CLÍNICOS/EPIDEMIOLÓGICOS

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ ☐ < 15 ☐ 15 - 35 ☐ > 35

Escolaridade: ☐ Nenhuma ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ Superior

Estado Civil/União: ☐ Casada ☐ Solteira (sem união estável)

☐ Solteira (com união estável) Outra: \_\_\_\_\_

Cor/Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Asiática

Natural: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES CLÍNICOS

Antecedentes familiares:

☐ Hipertensão arterial ☐ Diabetes ☐ Gemelidade ☐ Malformação

Outros: \_\_\_\_\_

Antecedentes pessoais:

☐ Hipertensão arterial ☐ Diabetes ☐ Cirurgias

☐ Cardiopatia ☐ Infec. Urinária

Outros: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Gestação: \_\_\_\_\_ Parto: \_\_\_\_\_ Aborto: \_\_\_\_\_

Ectópica: \_\_\_\_\_ Gemelares: \_\_\_\_\_

Abortamento: \_\_\_\_\_ Espontâneos: \_\_\_\_\_

Provocados: \_\_\_\_\_ Com curetagem: \_\_\_\_\_

Partos: Vaginais: \_\_\_\_\_ Césareos: \_\_\_\_\_

Nascidos vivos: \_\_\_\_\_ Nascidos Mortos: \_\_\_\_\_

Filhos vivos atuais: \_\_\_\_ Óbitos 1ª semana: \_\_\_\_ Óbitos após 1ª semana: \_\_\_\_



Causa do óbito: \_\_\_\_\_

Peso RN: <2500g \_\_\_\_\_ 2500-4000g \_\_\_\_\_ >4000g \_\_\_\_\_

Data da última gestação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Mês/Ano)

Amamentação: ☐ S ☐ N Duração: \_\_\_\_\_ Causa insucesso: \_\_\_\_\_

Intercorrências em gestações anteriores: \_\_\_\_\_

## GESTACÃO ATUAL

DUM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DPP \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Dúvida: ☐ S ☐ N

Qual: \_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo: ☐ Rh+ ☐ Rh- Sensibilizada: ☐ S ☐ N

Vacinação antitetânica: ☐ S ☐ N Doses prévias: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Vacinação da hepatite B: ☐ S ☐ N Doses prévias: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Última dose > 5 anos: ☐ S ☐ N ☐ Ignorado

Data prevista vacinações: 1ª \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Realizada: ☐ S ☐ N

2ª \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Realizada: ☐ S ☐ N

3ª \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Realizada: ☐ S ☐ N

Fumo: ☐ S ☐ N Quantos/Dia: \_\_\_\_\_

Álcool: ☐ S ☐ N Frequência: \_\_\_\_\_

Intercorrências até 1ª consulta: \_\_\_\_\_

## EXAME FÍSICO

Peso 1ª consulta: \_\_\_\_\_ Kg Peso prévio: \_\_\_\_\_ Kg estatura: \_\_\_\_\_ cm

Ex. clínico: normal ☐ S ☐ N Ex. mamas: Normal ☐ S ☐ N

Ex. ginecológico: normal ☐ S ☐ N

Achados alterados nos exames realizados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## EVOLUÇÃO DA GRAVIDEZ

| Consulta nº         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Data                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| IG (semanas)        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Peso (kg)           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| PA max/min (mmHg)   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Altura uterina (cm) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Apresentação fetal  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Movimentos fetais   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| BCF                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| Edema MMII          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |





## EXAMES LABORATORIAIS

| Exame  | Data | Resultado | Data | Resultado | Data | Resultado |
|--|------|-----------|------|-----------|------|-----------|
| Tipo Sanguíneo   |      |           |      |           |      |           |
| Hemoglobina<br>Hematócrito                             |      |           |      |           |      |           |
| Glicemia jejum   |      |           |      |           |      |           |
| TOTG 50g<br>(Teste Oral de<br>tolerância à<br>Glicose) |      |           |      |           |      |           |
| VDRL (Sífilis)   |      |           |      |           |      |           |
| HbsAg<br>(Hepatite)                                    |      |           |      |           |      |           |
| HIV  |      |           |      |           |      |           |
| Toxoplasmose   |      |           |      |           |      |           |
| Rubéola  |      |           |      |           |      |           |
| Urina 1  |      |           |      |           |      |           |
| Urocultura   |      |           |      |           |      |           |
| Papanicolau  |      |           |      |           |      |           |
| Outros   |      |           |      |           |      |           |



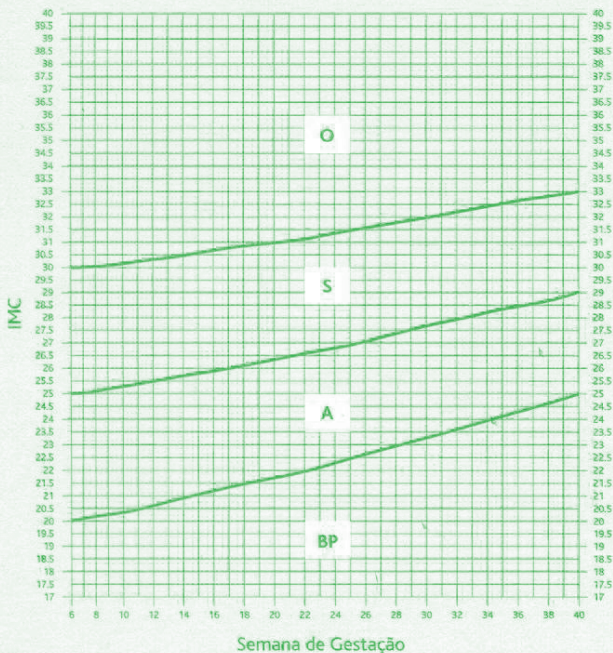
## ULTRASSONOGRAFIA

| DATA | IG DUM | IG USG | PESO FETAL | PLACENTA | LÍQUIDO | OUTROS |
|------|--------|--------|------------|----------|---------|--------|
|      |        |        |            |          |         |        |
|      |        |        |            |          |         |        |
|      |        |        |            |          |         |        |

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

## Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante



## PLANO DE PARTO

---



---



---



---

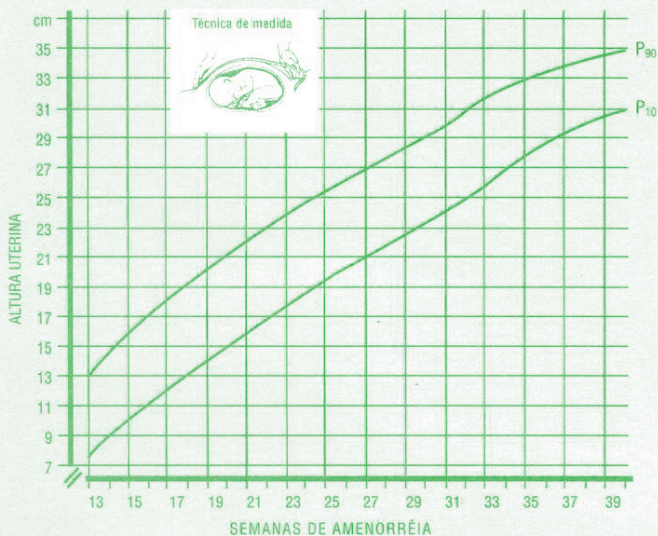


---





## Gráfico de curva altura uterina/idade gestacional



**MATERNIDADE DE REFERÊNCIA**

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

## DIAGNÓSTICO DE LESÕES E CÂNCER BUCAL

---

---

---

---

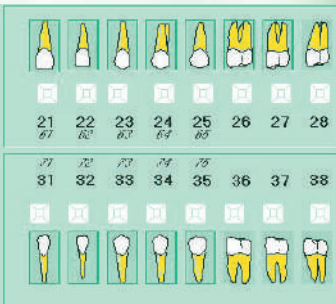
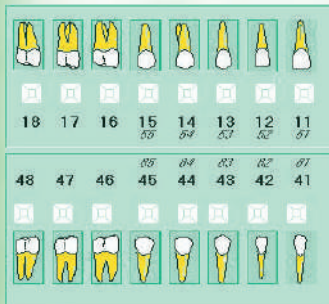
---

---

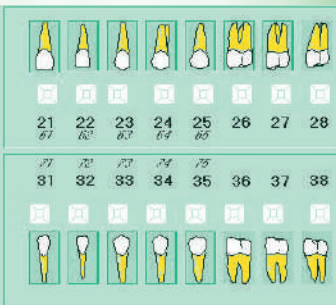
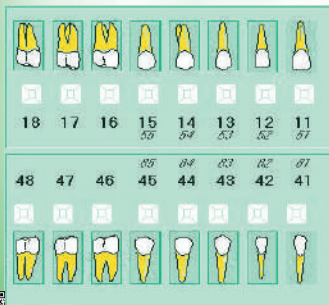


## ODONTOGRAMAS

1º EXAME: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



2º EXAME: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## CONSULTA PUERPERAL

Altura de fundo de útero – Loquiação \_\_\_\_\_

Loquiação \_\_\_\_\_

Condições do RN \_\_\_\_\_

Condições da Gestante \_\_\_\_\_

Orientações sobre Aleitamento Materno exclusivo \_\_\_\_\_

Orientações sobre Planejamento Familiar \_\_\_\_\_

## AGENDAMENTO DAS CONSULTAS

Revisão de Parto \_\_\_\_\_

Planejamento Familiar \_\_\_\_\_

Consulta de Puericultura \_\_\_\_\_

CADSUS

SISPRENATAL





# MATERNIDADE E PATERNIDADE

A maternidade e a paternidade são momentos extremamente importantes no ciclo da vida. Por mais que você tenha sonhado ou planejado, ter um filho traz mudanças. Essas transformações podem gerar preocupações com o futuro, tensões, medos, dúvidas, tristezas. É um período que você sente:

- Sensibilidade e irritabilidade aumentadas.
- Variações de humor - você chora e ri facilmente.
- Sentimentos de culpa, devido à “oscilação entre desejar e não desejar a gravidez” - absolutamente natural, portanto, não se culpe.
- Carência afetiva.

Todas as relações de amor são suficientemente grandes para permitir a existência de diversos sentimentos.

## ATENÇÃO!

Esta caderneta não substitui as consultas de pré-natal. Deve ser levada em todas as suas consultas e peça que façam anotações. Também não se esqueça de levar para a maternidade na hora do parto.

Os fatores que contribuem para a intensidade desses estados emocionais são:

- Hormônios sexuais.
- História de vida.
- Idade (se adolescente ou adulta).
- Presença de apoio ou não.
- Evolução da gravidez
- Situação sócio-econômica.
- Condições assistenciais.

Portanto, é um período em que você sente maior necessidade de afeto, cuidados adequados, proteção e muito carinho de sua família e de quem entende de SAÚDE e GRAVIDEZ.



# MODIFICAÇÕES GRAVÍDICAS E EMOCIONAIS:

## TRÊS TRIMESTRES

É importante considerar que os sintomas acontecem em graus variados e diferenciados a cada mulher e a cada gestação. Portanto, é necessário considerar a sua individualidade e a sua história de vida.

### PRIMEIRO TRIMESTRE:

- Hipersonia: sente mais necessidade de dormir.
- Náuseas e vômitos: mais frequentes em mulheres que apresentam esses sintomas em situações de tensão.
- Desejos e aversões: várias justificativas: carência nutricional, emocional e social.
- Aumento de apetite: muito cuidado com a sua alimentação. É necessário fazer pequenas refeições várias vezes ao dia.
- Oscilações de humor e hipersensibilidade: você fica mais sensível do que normalmente. Chorar e rir facilmente. É normal nesse período devido as alterações dos hormônios e por se encontrar muito identificada com o bebê.
- Procure participar de grupos de apoio, isto lhe ajudará a se compreender melhor.

### CUIDADOS IMPORTANTES:

- Escove os dentes depois de todas as refeições e antes de dormir.
- Não fume. O cigarro impede o desenvolvimento do bebê.
- Evite tomar bebidas que tenham álcool. Seu bebê pode nascer com baixo peso e mal formação.
- Não tome remédio sem consultar o médico ou a enfermeira que acompanha seu pré-natal.

ANOTE AQUI SUAS DÚVIDAS PARA PERGUNTAR NA PRÓXIMA CONSULTA:

---

---

---

---

---



## SEGUNDO TRIMESTRE:

Nesse período você se sente mais plena. Está livre dos desconfortos dos primeiros meses.

Você percebe seu bebê se mexendo, sua barriga crescendo, e diante das alterações de seu corpo você sente alterações do desejo sexual.

## SEXO E GRAVIDEZ

Devido às tensões, você provavelmente fica sem disposição, com necessidade de receber atenção. Portanto, deve conversar com seu companheiro sobre seus sentimentos. Quanto ao bebê no momento do ato sexual, fisicamente ele está protegido no útero dentro da bolsa-d'água. E em relação às sensações emocionais, o bebê sentirá prazer diante de sua satisfação e alegria. Lembre-se: o limite é a dor.

ANOTE AQUI SUAS DÚVIDAS PARA PERGUNTAR NA PRÓXIMA CONSULTA:

---

---

---

---

---

---

---

---

## TERCEIRO TRIMESTRE: proximidade do parto

Provavelmente, você deve ficar muito preocupada e ansiosa com o seu bebê e em como vai ser o parto.

É importante conversar com seu médico sobre seus medos e sentimentos relacionados ao parto e cuidados com o bebê. Você tem direito a ser preparada para o parto, receber apoio e obter segurança no momento do nascimento de seu filho.





## Dicas importantes:

- Pergunte ao médico ou à enfermeira a data que eles acham que o bebê vai nascer, e sobre a maternidade que você deverá ir no momento do parto.
- Importante dar atenção aos sinais de depressão, nesse caso converse com seu médico.
- Diante da dificuldade para dormir e falta de ar, deite-se do lado esquerdo. Diminua seu ritmo, caso trabalhe.
- Em caso de inchaço nos pés, descanse com as pernas para cima.
- Procure a Unidade de Saúde se você tiver sangramento ou perda de líquido (água), se tiver contrações fortes, dolorosas e frequentes.

## ATENÇÃO!

Não deixe de ir às últimas consultas. Seu pré-natal só irá terminar quando o bebê nascer.

ANOTE AQUI SUAS DÚVIDAS PARA PERGUNTAR NA PRÓXIMA CONSULTA:

---

---

---

---

---

---

---

---



## O “PAI GRÁVIDO”

Para se obter uma assistência pré-natal integral é necessário considerar que há uma “família grávida”, em especial, também, que há um “pai grávido”.

Se o pai do bebê participar ativamente de sua gestação, vivenciará os temores e as ansiedades referentes ao parto e ao pós-parto, compartilhará das expectativas e fantasias em relação ao bebê.

Frequentemente o pai do bebê é o único apoio disponível para a mulher. E, com maior número de mulheres trabalhando, observa-se que eles estão desempenhando um papel mais ativo junto aos cuidados com o bebê.

Enfim, o pai merece ser cuidado também.

## A PARTICIPAÇÃO DO PAI É UM DIREITO QUE DEVE SER EXERCIDO.

O pai tem direito a:

- Participar do pré-natal – isso é muito importante para para o bebê e para você.
- Ter suas dúvidas esclarecidas sobre a gravidez, sobre o relacionamento com a mulher e sobre os cuidados com o bebê.
- Ser reconhecido como PAI e não como visita no Serviço de Saúde.
- Ter acesso facilitado para acompanhar você e o bebê a qualquer hora do dia.
- No pós-parto, é importante que o pai do bebê vá com você na consulta, para receber informações sobre a vida sexual e cuidados com o bebê.

## PARTICIPAR É FUNDAMENTAL! VOCÊ TEM DIREITO AO PRÉ-NATAL

O que toda gestante deve saber sobre o pré-natal

O pré-natal pode lhe assegurar uma gestação saudável e um parto seguro. Esse acompanhamento, feito regularmente, é da maior importância para avaliar as modificações, o desenvolvimento do bebê e para prevenir problemas que podem ocorrer nessa fase da vida.

Você tem direito a fazer pelo menos sete consultas durante a gravidez.

A consulta deve sempre ter quatro momentos: acolhimento, escuta, exame físico e o aconselhamento.

No acolhimento você precisa sentir que o profissional está atento em sua pessoa, através de uma saudação, olhar no rosto, ser chamada pelo nome.



Na escuta o profissional favorece o diálogo que permite você expressar suas queixas, preocupações, temores e alegrias relacionadas a gestação.

O exame físico deve ser minucioso e respeitoso, quando o profissional observa, ausculta, toca, verificando sinais no seu corpo relativos à evolução da gravidez e ao crescimento do bebê no útero materno.

No aconselhamento o profissional procura orientar e aconselhar você sobre comportamentos necessários, tendo como base os resultados dos exames. É um momento para discutir dieta, cuidados com o corpo, respiração e postura, exercícios físicos.

O intervalo entre as consultas deve ser de quatro semanas. Após 36 semanas, a gestante deverá ser acompanhada a cada 15 dias.

Há casos, em que a gestação não evolui tão bem como se esperava. Podem surgir outros tipos de alterações no organismo ou a gravidez intensificar problemas que você já tinha antes, como a diabete e a hipertensão. Estes problemas podem ser detectados através de exames e do pré-natal.

Esses casos são chamados de gravidez de risco e exigem assistência redobrada durante o pré-natal. Em algumas situações precisa de exames especializados e de ser acompanhada diariamente, fazer repouso, receber alimentação equilibrada e de mais atenção e carinho.

## **SINAIS DE PERIGO NA GRAVIDEZ**

Sangramento.

Perda de líquido pela vagina.

Dor ou ardência ao urinar.

Urinar com sangue.

Diminuição ou aumento de peso repentino.

Não sentir os movimentos fetais por mais de 24 horas a partir do 5º mês.

Contrações fortes.

Sintomas de pressão alta (dor de cabeça, zumbido, tontura).

Inchaço no rosto, mãos e pernas.

Nestes casos procure o Centro de Saúde e converse com o médico.



## SINAIS DE PARTO

Os primeiros sinais de que você está entrando em trabalho de parto:

### Contrações

Parecem cólicas menstruais. Começam nas costas e se espalham em direção ao quadril e à barriga. Procure perceber durante um período de tempo se elas estão ficando regulares.

### Primeiro “Sinal”

Descida do tampão mucoso - é como um catarro branco, com um pouco de sangue, que desce pela vagina, um ou dois dias antes do parto.

## PARTO SEGURO - DIREITO DE TODA MULHER

O Parto é uma experiência gratificante se você se permitir vivenciar intensamente todas as emoções e cooperar ativamente em todo o processo.

## AS VANTAGENS DO PARTO NORMAL

*“Quando vêm as contrações envolvendo o bebê, ele sente-as como um abraço, uma massagem firme.  
Ele se entrega com prazer a esse jogo sensual”*

David Boadella.

O parto normal é natural porque o bebê nasce espontaneamente no momento certo.

A mulher se recupera mais rápido, retornando mais cedo as suas atividades e está pronta aos cuidados do bebê logo após o parto.

A mãe pode amamentar e curtir o filho ainda na sala de parto.

O útero retorna ao tamanho natural mais rápido, evitando hemorragias.

A mulher acompanha ativamente o nascimento do filho, amenizando sua dor através de mecanismos aprendidos durante o pré-natal.





# **DIREITOS BÁSICOS DA MULHER PARA UM PARTO SAUDÁVEL**

Baseado nas recomendações da Organização Mundial da Saúde

Obter orientações e referências sobre a maternidade, garantindo assistência no parto.

Presença de acompanhante de sua escolha para lhe fornecer segurança e apoio, facilitando o relaxamento e a evolução do trabalho de parto. Pais que participam do processo de parto estabelecem melhor relacionamento com o bebê.

Durante a internação e no trabalho de parto você tem direito a:

- Ser escutada em suas queixas e reclamações e ter suas dúvidas esclarecidas;
- Expressar seus sentimentos e suas reações livremente.
- As roupas usadas durante o trabalho de parto devem ser confortáveis e estar de acordo com seu tamanho.
- Durante o trabalho de parto você também pode e deve caminhar, mover-se, pois facilita a dilatação e a descida do bebê.
- Você tem direito a receber o Registro Civil de seu filho na Maternidade.

## **A CESARIANA SÓ DEVE SER INDICADA EM CASOS ESPECIAIS**

- Quando o colo do útero não dilata.
- Quando a mulher tem sangramento.
- Quando o bebê é muito grande em relação ao tamanho da bacia da mãe.
- Quando o bebê está sentado ou atravessado no útero.
- Quando a mãe tem doença grave.

**VOCÊ TEM O DIREITO DE SER INFORMADA QUANTO AOS MOTIVOS PARA FAZER ESTA CIRURGIA.**

## **FIQUE ATENTA:**

O parto é considerado uma urgência e o seu atendimento não pode ser recusado em nenhum hospital e maternidade. Se a unidade de saúde não puder atendê-la, os profissionais devem examiná-la antes de encaminhá-la para outro local.



# **DIREITOS DE TODOS OS BEBÊS**

## **Teste do Pezinho: (LEI FEDERAL, Nº 8069 DE 13 DE JULHO DE 1990)**

Esse exame é realizado em grande parte nas maternidades quando o bebê completa 48 horas de vida. O exame também é feito em laboratórios.

O ideal é que o teste seja feito até o sétimo dia de vida.

A simples atitude de se realizar o exame faz com que doenças causadoras de sequelas irreparáveis no desenvolvimento mental e físico da criança sejam detectadas e tratadas mesmo antes do aparecimento dos sintomas.

Não esqueça de buscar o resultado. Qualquer alteração no resultado, leve para o pediatra examinar.

## **Teste do olhinho:**

O teste do olhinho é um exame que deve ser realizado rotineiramente em bebês na primeira semana de vida, preferencialmente antes da alta da maternidade, e que pode detectar e prevenir diversas patologias oculares, assim como o agravamento dessas alterações, como uma cegueira irreversível.

Prematuros - Bebês prematuros devem obrigatoriamente realizar esse teste visual para afastar o risco da retinopatia da prematuridade, principal causa da cegueira infantil.

## **Teste da Orelhinha: (LEI Nº 12303 DE 02 DE AGOSTO DE 2010)**

Previne a deficiência auditiva ou até mesmo de remediar no caso dos bebês que apresentam surdez congênita.

## **O PUERPÉRIO – RESGUARDO:**

Período que dura aproximadamente 42 dias após o parto. Período sensível devido as profundas mudanças desencadeadas pelo parto.

Você estará sensível, confusa, ansiosa e a tristeza materna é comum nos três primeiros dias devido a adaptação à nova realidade que ao lado da satisfação da maternidade, significa, também, assumir novas responsabilidades e a limitação de algumas atividades anteriores;

A intensificação ou a permanência dos sintomas depressivos após algumas semanas depois do parto merece ser vistas com cuidado, procure seu médico!



Nas três primeiras semanas após o parto, as mulheres são muito suscetíveis às infecções, portanto, não devem manter relações sexuais.

Vá a sua consulta de pós-parto: fique sabendo como está a sua saúde, receba informações sobre amamentação, cuidados com o bebê, relacionamento familiar, melhor método anticoncepcional, nutrição, enfim, tudo que for relacionado a você e ao seu bebê.

## **DST/Aids**

Você terá oportunidade de fazer o teste VDRL que vai diagnosticar sífilis. Se for positivo, será necessário fazer o tratamento e o seu filho poderá nascer saudável.

A gestante tem maior risco de desenvolver vulvovaginites. Por isso é necessário a realização do exame ginecológico durante o pré-natal.

Toda gestante terá oportunidade de fazer o teste ANTI-HIV, logo no início do pré-natal. O teste é muito importante e deve ser realizado antes da 14ª semana de gestação.

Se você é soropositiva, é fundamental esclarecer todas as suas dúvidas sobre HIV- Aids, com um profissional de saúde.

Já existem medicamentos para reduzir a possibilidade de transmissão do HIV para o seu bebê.

Você fará o uso de um medicamento durante a gravidez e na hora do parto chamado zidovudina (AZT). Este medicamento é gratuito e está disponível na rede pública de saúde.

Independente do tipo de parto que você terá, a conduta a ser instituída pelos profissionais de saúde será individualizada e todos os cuidados serão tomados durante o parto.

Seu bebê terá um atendimento específico e recomendado com todas as medidas de segurança e precauções básicas, com a finalidade de reduzir os riscos de contaminação. Ele também irá tomar o AZT até completar um mês e meio de vida.

Seu bebê ficará com você em alojamento conjunto. Você será informada de que NÃO deverá AMAMENTÁ-LO. Não se preocupe com isto, pois ele será alimentado com uma fórmula infantil durante 6 meses, pelo Governo do Estado, através da Secretaria da Saúde ou leite pasteurizado em banco de leite credenciado pelo Ministério da Saúde.



# DIREITOS DA GESTANTE

## Garantia de emprego

A mulher não pode ser demitida a partir do dia em que confirmar a sua gestação até cinco meses depois do parto (a não ser em casos de demissão por justa causa).

Se foi contratada para um trabalho temporário, o empregador não tem obrigação de manter o contrato quando terminar a licença maternidade.

A mulher tem direito a 120 dias de licença (a Lei 13.881, 24 de abril de 2007 garante ao funcionário público estadual prorrogar a licença por mais 60 dias)

A mulher tem direito a mudar de atividade ou começar sua licença maternidade a partir do oitavo mês de gravidez, se provar que o trabalho pode prejudicar a sua saúde ou a do bebê.

## Direito a acompanhante

A parturiente tem direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei Federal Nº 11.108, de 7 de abril de 2005).

## Amamentação

O melhor alimento para o bebê é o leite materno. Ele contém todas as proteínas, vitaminas, sais minerais e anticorpos indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança.

A mulher tem direito a dois descansos especiais, de meia hora cada, durante sua jornada de trabalho, para amamentar seu filho até os 6 meses de idade.

## Licença paternidade

O pai tem direito a cinco dias de licença paternidade, contados a partir do nascimento do bebê.

***O melhor alimento para o seu bebê é o leite materno.  
Ele contém todas as proteínas, vitaminas, sais minerais  
e anticorpos indispensáveis para o crescimento e  
desenvolvimento saudável da criança.***





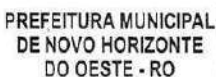
# GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

*Secretaria da Saúde*





|  |              |
|--|--------------|
| 1 - DATA   | 3 - DESTINO: |
| 2 - MÉDICO/CRM:  |              |
| 4 - PACIENTE:  | 5 - IDADE:   |
| 7 - ESPECIALIDADE SOLICITADA:  |              |
| 8 - MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:  |              |
| a) ( ) Elucidação diagnóstica    b) ( ) Tratamento habitual não reponsivo    c) ( ) Outros. Quais? |              |
| 9 - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:  |              |
| 10 - RETORNO: ( ) SIM ( ) NÃO  |              |



ID: 20203806R0362608002E



# S SISTEMA U ÚNICO DE S SAÚDE

MINISTERIO DA SAÚDE

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC  
TOMOGRAFIA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Nº DO  
PRONTUÁRIO

112/1  
035  
R  
NOVO HORIZONTE DO OESTE

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

CNPJ

NOME

DADOS DO PACIENTE

MASC. FEM.

NOME

SEXO:

1

2

C.P.F OU CNS

DV DATA DO NASC. (dd/mm/aa.)

TEL

CONVENIO

SIM

NÃO

NOME DO CONVENIO

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

NOME DO PROCEDIMENTO

C.P.F DO MÉDICO

NOME DO MÉDICO

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO

HIPOTESE DIAGNÓSTICA

RESUMO DO EXAME FÍSICO

EXAME (S) – REALIZADO (S):

DATA:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



ID: 203013053036200202E

**SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REFERENCIADA**

|   |  |           |             |                 |                      |
|---|--|-----------|-------------|-----------------|----------------------|
| DATA:   |  | HORÁRIO:  |             | Nº SOLICITAÇÃO: |                      |
| <b>01 - IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE*</b>   |  |           |             |                 |                      |
| UNIDADE:  |  |           |             |                 |                      |
| MUNICÍPIO:  |  |           |             |                 |                      |
| TELEFONE E FAX:   |  |           |             |                 |                      |
| SERVIDOR SOLICITANTE:   |  |           |             |                 |                      |
| <b>02 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE*</b>  |  |           |             |                 |                      |
| NOME:   |  |           |             |                 |                      |
| ENDEREÇO:   |  |           |             |                 |                      |
| DATA NASC.:   |  | IDADE:    |             | SEXO:           |                      |
| CPF:  |  |           | TELEFONE:   |                 |                      |
| NOME DA MÃE:  |  |           |             |                 |                      |
| PRONTUÁRIO:   |  |           | CARTÃO SUS: |                 |                      |
| <b>03 - CÓDIGO E PROCEDIMENTO SOLICITADO (SIA e SIH/SUS)*</b>   |  |           |             |                 |                      |
|   |  |           |             |                 |                      |
| <b>04 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO*</b>   |  |           |             |                 |                      |
| - Principais sinais e sintomas clínicos:  |  |           |             |                 |                      |
|   |  |           |             |                 |                      |
| - Condições que justificam a solicitação:   |  |           |             |                 |                      |
|   |  |           |             |                 |                      |
| - Principais resultados de exames:  |  |           |             |                 |                      |
|   |  |           |             |                 |                      |
| <b>05 - PROFISSIONAL QUE ENCAMINHOU*</b>  |  |           |             |                 |                      |
| *NOME:  |  |           | *CRM:       |                 | ASSINATURA E CARIMBO |
| *DATA:  |  | *HORÁRIO: |             |                 |                      |
| <b>06 - AUTORIZAÇÃO</b>   |  |           |             |                 |                      |
| <input type="checkbox"/> SIM <b>SENHA Nº</b> _____ <input type="checkbox"/> NÃO   |  |           |             |                 |                      |
| <b>RECUSA: MOTIVO DA NÃO AUTORIZAÇÃO</b>  |  |           |             |                 |                      |
|   |  |           |             |                 |                      |
|   |  |           |             |                 |                      |
|   |  |           |             |                 |                      |
|   |  |           |             |                 |                      |
|   |  |           |             |                 |                      |
|   |  |           |             |                 |                      |
| *PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO ANTES DO ENVIO DO FAX:<br>PREENCHIMENTO DEVERÁ SER REALIZADO DE FORMA LEGÍVEL (PREFERÊNCIA LETRA DE FORMA) |  |           |             |                 |                      |

\_\_\_\_\_  
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO REGULADOR



ID: 283948053200733062E



1ª Via - Banca - Processo  
 2ª Via - Arquivo - Intimado/Notificado  
 3ª Via - Arquivo - Arquivo

## DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**TERMO DE INTIMAÇÃO, NOTIFICAÇÃO OU AUTO DE INFRAÇÃO**

|   |                       |  |   |  |                   |
|---|-----------------------|--|---|--|-------------------|
| OBJETO DE TERMO:  |                       |  |   |  |                   |
| PESSOA FÍSICA OU JURÍDICA:  |                       |  |   |  |                   |
| CNPJ/CPF:   |                       |  | ATIVIDADE:  |  |                   |
| DENOMINAÇÃO COMERCIAL:  |                       |  |   |  |                   |
| B-DEREQ   | AV., RUA, LOGRADOURO: |  |   |  | NUMERO:           |
|   | LOCALIDADE OU SETOR:  |  |   | MUNICÍPIO:<br><b>ROLIM DE MOURA - RO</b> |                   |
| DISPOSITIVO LEGAL OU REGULAMENTAR FUNDAMENTADO  |                       |  |   |  |                   |
|   |                       |  |   |  |                   |
| ESPECIFICAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS OU DA NOTIFICAÇÃO  |                       |  |   |  |                   |
|   |                       |  |   |  |                   |
|   |                       |  |   |  |                   |
|   |                       |  |   |  |                   |
|   |                       |  |   |  |                   |
|   |                       |  |   |  |                   |
|   |                       |  |   |  |                   |
|   |                       |  |   |  |                   |
|   |                       |  |   |  |                   |
|   |                       |  |   |  |                   |
|   |                       |  |   |  |                   |
|   |                       |  |   |  |                   |
| PRAZO PARA O CUMPRIMENTO DAS EXIGÊNCIAS   |                       |  | PRAZO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO DE ANÁLISE CONDENATÓRIO: |  |                   |
| OBSERVAÇÕES   |                       |  |   |  |                   |
|   |                       |  |   |  |                   |
|   |                       |  |   |  |                   |
|   |                       |  |   |  |                   |
| O NÃO CUMPRIMENTO DAS EXIGÊNCIAS NO CASO DE INTIMAÇÃO ACARRETERÁ AO INFRATOR AS PENSALIDADES PREVISTAS NAS LEGISLAÇÕES SANITÁRIAS VIGENTE |                       |  |   |  |                   |
|   |                       |  |   | DATA                                     | HORA DA LAVRATURA |
| ASSINATURA DA AUTORIDADE SANITÁRIA  |                       |  | ASSINATURA DO INTIMADO OU NOTIFICADO                        |  |                   |
| ASSINATURA DA TESTEMUNHA  |                       |  | ASSINATURA DA TESTEMUNHA                                    |  |                   |



ID: 2025486B3C4B328657E







Município de Novo Horizonte do Oeste

63.762.009/0001-50  
Av. Elza Vieira Lopes, 4803 Centro  
www.novohorizonte.ro.gov.br

FICHA CADASTRAL DO DOCUMENTO ELETRÔNICO

|                   |  |                                |                     |   |   |
|-------------------|--|--------------------------------|---------------------|---|---|
| Tipo do Documento |  | Identificação/Número           |                     | Data  |   |
| ANEXO             |  | Modelos dos Materiais Gráficos |                     | 25/06/2024  |   |
| ID:               | 183513   |                                |                     | Processo  | Documento   |
| CRC:              | 2C82362E   |                                |                     |  |  |
| Processo:         | 1-468/2024   |                                |                     |   |   |
| Usuário:          | KEZIA LORETTE CALAZAM FERNANDES                                  |                                |                     |   |   |
| Criação:          | 25/06/2024 09:14:20  | Finalização:                   | 25/06/2024 09:26:32 |   |   |
| MD5:              | 1DB6FECA88297045DA9CB04B4D6F0A76                                 |                                |                     |   |   |
| SHA256:           | 72CB3FD701758698ABC2B9B793B9C53085212F7AD5A04F9AF1B457A22D85D866 |                                |                     |   |   |

Súmula/Objeto:

ANEXO

INTERESSADOS

|                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| SECRETARIA MUN DE SAÚDE | 25/06/2024 09:14:20 |
|-------------------------|---------------------|

ASSUNTOS

|  |                     |
|--|---------------------|
| CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA CONFECÇÃO DE MATERIAS GRAFICOS | 25/06/2024 09:14:20 |
|--|---------------------|

A autenticidade deste documento pode ser conferida através do QRCode acima ou ainda através do site [transparencia.novohorizonte.ro.gov.br](http://transparencia.novohorizonte.ro.gov.br) informando o ID 183513 e o CRC 2C82362E.