

Receituário Série B c/ Canhoto

20 bloco de 100 unidades

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		Medicamento ou Substância	
UF	NÚMERO	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE "Anne Larissa Leoci" Rua Duque de Caxias nº 279 - Centro Turmalina-SP - CEP 15755-000			
SP	30149565				
SÉRIE H				Quantidade e Forma Farmacêutica	
____ de ____ de ____ <i>nulo</i> Assinatura do Emitente				Dose por Unidade Posológica	
		Paciente: _____ Endereço: _____		Posologia	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR			CARIMBO DO FORNECEDOR		
Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: _____ Identidade N°: _____ Órgão Emissor: _____			_____ / ____ / ____ Nome do Vendedor _____ Data _____		
Prefeitura Municipal de Turmalina - Secretaria Municipal de Saúde de Turmalina Numeração desta Impressão: de 30.149.251 a 30.150.250					
Impresso: Editora Furlan - Rua Campinas, nº 85 - JACB I - Jales/SP - CNPJ: 21.498.078/0001-58					

30 bloco 100 unidades

NOTIFICAÇÃO DA RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA	
UF	S.P.	B2 Centro de Saúde de Turmalina CNPJ 45.139.482/0001-01 Rua Duque de Caxias, nº 987 - Centro Turmalina/SP			
S.P.	30.721.508				
____ de ____ de 20 ____ <i>nulo</i> Assinatura e Carimbo		Paciente-Nome _____ Endereço _____		QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA	
				DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA	
				POSOLOGIA	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR			CARIMBO DO FORNECEDOR		
Nome _____ Ident. n° _____ Órgão Emissor _____ Fone _____ Endereço _____			_____ Nome _____ Data _____		
ELLOS GRÁFICA - Eli Cristina F. Gonçalves. - R. Canadá, 2661 - Jd. Ana Cristina - JALES-SP - I.E. 396.067.150.110 - CNPJ 08.844.808/0001-67 - 6 Blocos de 30.721.501 a 30.721.800 - VISA 019/21					

NOME DO PACIENTE:					
SEXO: ()M ()F		DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____		IDADE:	
ENDEREÇO:				TELEFONE: ()	
SINAIS VITAIS					
DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____					
PA: ____X____ mmHg		FC: ____ bpm	FR: ____ rpm	SAT: ____ %	T: ____ °C
					GLICEMIA CAPILAR Mg/dL
ALT.: ____ cm		PESO: ____ Kg	ALERGIA: () SIM () NÃO		
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM					
AVALIAÇÃO MÉDICA					
NOME DO PACIENTE:					
SEXO: ()M ()F		DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____		IDADE:	
ENDEREÇO:				TELEFONE: ()	
SINAIS VITAIS					
DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____					
PA: ____X____ mmHg		FC: ____ bpm	FR: ____ rpm	SAT: ____ %	T: ____ °C
					GLICEMIA CAPILAR Mg/dL
ALT.: ____ cm		PESO: ____ Kg	ALERGIA: () SIM () NÃO		
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM					
AVALIAÇÃO MÉDICA					
NOME DO PACIENTE:					
SEXO: ()M ()F		DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____		IDADE:	
ENDEREÇO:				TELEFONE: ()	
SINAIS VITAIS					
DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____					
PA: ____X____ mmHg		FC: ____ bpm	FR: ____ rpm	SAT: ____ %	T: ____ °C
					GLICEMIA CAPILAR Mg/dL
ALT.: ____ cm		PESO: ____ Kg	ALERGIA: () SIM () NÃO		
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM					
AVALIAÇÃO MÉDICA					
NOME DO PACIENTE:					
SEXO: ()M ()F		DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____		IDADE:	
ENDEREÇO:				TELEFONE: ()	
SINAIS VITAIS					
DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____					
PA: ____X____ mmHg		FC: ____ bpm	FR: ____ rpm	SAT: ____ %	T: ____ °C
					GLICEMIA CAPILAR Mg/dL
ALT.: ____ cm		PESO: ____ Kg	ALERGIA: () SIM () NÃO		
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM					
AVALIAÇÃO MÉDICA					

Carteirinha do Hipertenso e Diabético

[illegible]

**CADERNETA DO HIPERTENSO
E DIABÉTICO**



Saúde da Família
**SECRETARIA DE SAÚDE DE
TURMALINA**

Nome do Paciente: _____

Endereço: _____

Unidade de Saúde: _____

[illegible]

Receituário de Controle Especial



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Prefeitura Municipal de Turmalina - SP
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

20
bloco de
100 unidades

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM _____ UF _____ Nº _____

Endereço Completo e Telefone: _____

Cidade: _____ UF _____

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data

Assinatura do Farmacêutico

90 blew at 100 miles



NOME:

DN

DN / /

DN / /

IDADE:

SEXO () MASCULINO () FEMININO

RG:

CPF:

Nº FAMÍLIA

MÃE:

CARTÃO SUS

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CEP:

CIDADE:

TELEPHONE:

CELULAR:

DIABÉTICO: () SIM () NÃO OUTROS INFORME:

ENFERMEIRA:

COREN:

MÉDICO

CRM:

SUSPEITA CLÍNICA:

EXAMES SOLICITADOS

OBSERVAÇÃO:

Receituário Comum



Secretaria Municipal de Saúde - Turmalina

Unidade Básica de Saúde "ANNE LARISSA LEOCI"

Av. Duque de Caxias, nº 279 - Centro - Tel/Fax: (17) 3667-1124

CNPJ: 45.139.482/0001-01 - e-mail: ubs@turmalina.sp.gov.br



Saúde da Família

RECEITUÁRIO

30 bloco
de 100
unidades

100.



ME: _____ N° DE MATRÍCULA: _____

§:

SUPERIOR DIREITO	M.3.	M.2.	M.1.	MT.2 PM.2	MT.1 PM.1	C.A.N	I.L.	I.C.
INFERIOR ESQUERDO								
SUPERIOR DIREITO	M.3.	M.2.	M.1.	MT.2 PM.2	MT.1 PM.1	C.A.N	I.L.	I.C.
INFERIOR ESQUERDO								
SUPERIOR DIREITO	M.3.	M.2.	M.1.	MT.2 PM.2	MT.1 PM.1	C.A.N	I.L.	I.C.
INFERIOR ESQUERDO								
SUPERIOR DIREITO	M.3.	M.2.	M.1.	MT.2 PM.2	MT.1 PM.1	C.A.N	I.L.	I.C.
INFERIOR ESQUERDO								

APLICAÇÃO ÓPTICA DE FLUOR	IDADE	DATA DA APLICAÇÃO
1ª APLICAÇÃO		
2ª APLICAÇÃO		
3ª APLICAÇÃO		
4ª APLICAÇÃO		
5ª APLICAÇÃO		

[illegible][illegible]

Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial

10 blaco
de 100
unidade

	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 Nº DO TELEFONE	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL			12 - TELEFONE DE CONTATO 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	
43 - DOCUMENTO			45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
() CNS () CPF				
AUTORIZAÇÃO				
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
48 - DOCUMENTO			52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
() CNS () CPF				
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	

Guia de Encaminhamento



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIREÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - DRS-XV
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
GUIA DE ENCAMINHAMENTO
REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

15 por cento
de 100
unidade

REFERÊNCIA

Do _____ Para _____

I - IDENTIFICAÇÃO - PRONTUÁRIO Nº _____ **C.N.S.:** _____

Nome: _____ **Data de Nascimento:** ____/____/____

Telefone: _____ **CEP:** _____

Idade: _____ **Sexo:** _____ **Cor:** _____ **Religião:** _____

Profissão: _____ **Procedência:** _____

Endereço da Residência: _____

Ponto de Referência: _____ **Cidade:** _____

Acompanhante: _____

II - RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA E EXAMES JÁ REALIZADOS

III - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

IV - SOLICITAÇÃO: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo

CONTRA REFERÊNCIA

Do: _____ Para: _____

I - RELATÓRIO E ORIENTAÇÕES:

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo

OBS.: 1ª VIA (BRANCA) Anexar a Prestação de Contas do SUS
2ª VIA (AMARELA) Encaminhar a Unidade Requirente, através do Paciente

Ficha para Atendimento

DIREÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO – DIR XXII
RESUMO DOS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS

10 blocos - 100
100 mm

Fl.: _____
Mês/Ano: ____/____

UNIDADE: _____
CÓD.: _____

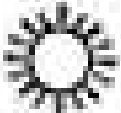
MUNICÍPIO: _____

Nº ORD.	MATR./PRONT.	NOME DO PACIENTE	IDADE	SEXO	TIPO	GR	PROC.	ESP.	CID.	PE	OBSERVAÇÕES	ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												

DATA ____/____/____

ASS. E CR. DO PROFISSIONAL

Etiqueta para Posologia

 Medicamento		Prefeitura Municipal de Turmalina Atendimento: 17 3667 1124
 Atenção	TOMAR _____	
 Dia	DE _____	
 Noite	DURANTE _____	
Cuidado com a Dengue. Faça sua parte.		

FRENTE

ESF

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
DE TURMALINA

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO E AGENDAMENTO

Nome: _____

MICROÁREA

Telefone: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ Sexo: _____

CNS _____

QUANDO VOLTAR, QUEIRA TRAZER ESTE CARTÃO

Autorização para Realização de Teste Anti HIV



LABORATÓRIO MUNICIPAL DE FERNANDÓPOLIS – SUS

FONE: (17) 3463.3391

AV. Dos Arnaldo, 2264 – Jd Por do Sol – CEP 15600-000 – Fernandópolis SP

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE TESTE ANTI HIV

UNIDADE:----- CÓDIGO-----

NOME:-----

RG.----- ORG. EXP.----- CPF.-----

CNS.-----

DATA DE NASC.-----/-----/----- SEXO:----- IDADE:-----

NOME DA MÃE:-----

ENDEREÇO:-----

BAIRRO:----- CEP-----

MUNICÍPIO:----- ESTADO:-----

FONE: ()----- CELULAR: ()-----

ASSINATURA DO PACIENTE

OU RESPONSÁVEL LEGAL/TUTOR
(NOME POR EXTENSO E RG)

**O EXAME SOMENTE SERÁ REALIZADO SE A AUTORIZAÇÃO ESTIVER
DEVIDAMENTE PREENCHIDA E ASSINADA.**

Solicitação de Baciloscopia

 DIVISÃO DE TUBERCULOSE		Solicitação de Baciloscopia Pesquisa de BAAR-TB		DATA DE ENTRADA NO LABORATÓRIO ____/____/____		Nº GERAL ____	
UNIDADE DE SAÚDE						Nº CARTÃO SUS	
NOME						Nº DO PRONTUÁRIO	
ENDEREÇO							
DIST. ADM.		MUNICÍPIO		CEP		(DDD) FONE	
DATA DE NASCIMENTO ____/____/____			IDADE		SEXO ☐ MASCULINO ☐ FEMININO		
MATERIAL ENVIADO ☐ ESCARRO ☐ OUTRO _____				DATA DA COLETA ____/____/____			
DIAGNÓSTICO ☐ 1ª AMOSTRA ☐ AMOSTRA _____				☐ CONTROLE DE TRATAMENTO			
				☐ 1º mês ☐ 2º mês ☐ 3º mês ☐ 4º mês ☐ 5º mês ☐ 6º mês ☐ _____ mês			
RESULTADO DA BACILOSCOPIA							
☐ NEGATIVA ☐ POSITIVA DE 1 a 9 BAAR ☐ POSITIVA(+) ☐ POSITIVA(++) ☐ POSITIVA(+++)							
ASPECTO DO ESCARRO							
☐ MUCOPURULENTO ☐ PURULENTO ☐ SANGUINOLENTO ☐ SALINA ☐ LIQUEFEITO							
OBSERVAÇÃO							
DATA DE SAÍDA ____/____/____				ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO EXAME			

Cartão de Agendamento – Fisioterapia

[illegible]

Etiqueta Adesiva Sem Verniz

UBS Turmalina

NOME:

ENDEREÇO:

Ficha de Atividade Coletiva (FRENTE)

1000 unid

		FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA		DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

DATA DE ATIVIDADE	HORA INÍCIO	HORA FIM	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO
/ /	:	:		
Nº INEP (ESCOLA / CRECHE)	PROGRAMAÇÃO DE Nº DE PARTICIPANTES			
LOCAL DE ATIVIDADES:				

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

ATIVIDADE (Opção Única)		TEMAS PARA REUNIÃO (Opção Múltipla)	
01	Reunião de Equipe	01	Questões Administrativas / Funcionamento
02	Reunião com outras Equipes de Saúde	02	Processos de Trabalho
03	Reunião Intersetorial / Conselho Local de Saúde / Controle Social	03	Diagnóstico do Território / Monitoramento do Território
		04	Planejamento / Monitoramento das Ações da Equipe
		05	Discussão de Caso / Projeto Terapêutico Singular
		06	Educação Permanente
		07	Outros

ATIVIDADE (Opção Única)	
04	Atividade Coletiva
05	Atendimento em Grupo
06	Avaliação / Procedimento Coletivo

PÚBLICO ALVO (Opção Múltipla)		PRÁTICAS / TEMAS PARA SAÚDE (Opção Múltipla)	
01	Comunidade em geral	01	Alimentação Saudável
02	Criança 0 a 3 anos	02	Aplicação tópica de flúor
03	Criança 4 a 5 anos	03	Acuidade Visual
04	Criança 6 a 11 anos	04	Autocuidado de pessoas com Doenças Crônicas
05	Adolescente	05	Cidadania e Direitos Humanos
06	Mulher	06	Saúde do Trabalhador
07	Gestante	07	Dependência Química (Tabaco, Alcool e Outras drogas)
08	Homem	08	Envelhecimento (Climatério, Andropausa, etc.)
09	Familiares	09	Escovação Dental Supervisionada
10	Idoso	10	Plantas Medicinais / Fitoterapia
11	Pessoas com Doenças Crônicas	11	Práticas Corporais / Atividade Física
12	Usuário de Tabaco	12	Práticas Corporais e Mentais em PIC
13	Usuário de Alcool	13	Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz
14	Usuário de Outras Drogas	14	Saúde Ambiental
15	Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental	15	Saúde Bucal
16	Profissional de Educação	16	Saúde Mental
17	Outros	17	Saúde Sexual e Reprodutiva

Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	Cód. CNES UNIDADE	Cód. EQUIPE (INE)	Nº DE PARTICIPANTES	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	RÚBRICA / CARIMBO DO PROFISSIONAL

Ficha de Atividade Coletiva (VERSO)

Nº	Nº CARTÃO SUS	DATA DE NASCIMENTO	AVALIAÇÃO ALTERADA	Obrigatório somente para Antropometria		ASSINATURA
				PESO	ALTURA	
1		/ /	☐			
2		/ /	☐			
3		/ /	☐			
4		/ /	☐			
5		/ /	☐			
6		/ /	☐			
7		/ /	☐			
8		/ /	☐			
9		/ /	☐			
10		/ /	☐			
11		/ /	☐			
12		/ /	☐			
13		/ /	☐			
14		/ /	☐			
15		/ /	☐			
16		/ /	☐			
17		/ /	☐			
18		/ /	☐			
19		/ /	☐			
20		/ /	☐			
21		/ /	☐			
22		/ /	☐			
23		/ /	☐			
24		/ /	☐			
25		/ /	☐			
26		/ /	☐			
27		/ /	☐			
28		/ /	☐			
29		/ /	☐			
30		/ /	☐			
31		/ /	☐			
32		/ /	☐			
33		/ /	☐			

ME: _____ Nº DE MATRÍCULA: _____

[illegible]

APLICAÇÃO EQUACIONADOR	DATA	DATA DE APLICAÇÃO
1ª APLICAÇÃO		
2ª APLICAÇÃO		
3ª APLICAÇÃO		
4ª APLICAÇÃO		
5ª APLICAÇÃO		

[illegible][illegible]

Envelope Personalizado



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Duque de Caxias, 279 - Centro - CEP 15 755-000 - TURMALINA/SP
Fone (17) 3667-1124 | E-mail: ubs@turmalina.sp.gov.br
CNPJ 13.936.078/0001-64

OLÁ USUÁRIO,

SUA CONSULTA ou EXAME FOI AGENDADO

Compareça com 30 minutos
de antecedência.

Não se esqueça de levar seu
documento de identidade e
seu Cartão SUS.

POR FAVOR, NÃO FALTE

Mas se precisar faltar,
desmarque na sua
unidade de saúde com
3 dias de antecedência.
Outra pessoa está
aguardando na fila pelo
mesmo atendimento.

VALORIZE O SUS

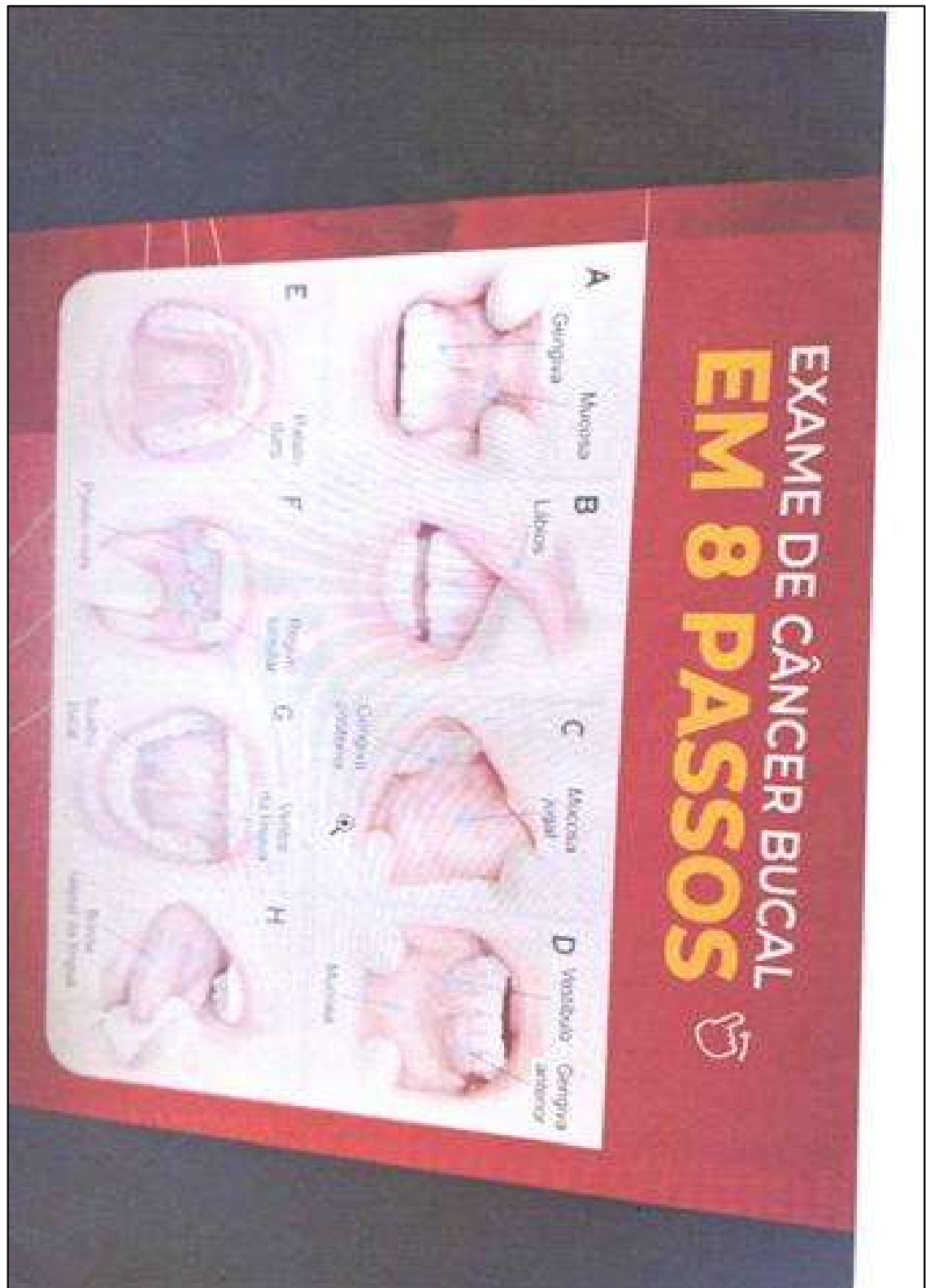
Ele é gratuito para todos, mas tem custos.

Esperamos por você!



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
TURMALINA

Folder Personalizado – Exame de Câncer Bucal



Saco papel Kraft 11X20CM

3
mil

CAMPAÑA DE MOBILIZAÇÃO E COMBATE



**Dengue, Chikungunya,
Zika Vírus e Febre Amarela**
FAÇA A SUA PARTE. VEJA O QUE VOCÊ PODE FAZER:

- Limpar as calhas e tampar as caixas d'água
- Tampar galões, tonéis, poços, latões e tambores
- Cobrir e secar pneus que não estão sendo utilizados
- Limpar e incluir telas nos ralos
- Limpar e secar as bandejas de ar-condicionados
- Limpar e secar as bandejas de geladeiras
- Manter os vasos e plantas sem pratinhos
- Não acumular água em bromélias e outras plantas
- Virar os baldes e garrafas com a boca para baixo
- Esticar lonas de coberturas para não formar poças
- Sempre tratar a água de piscinas e fontes

NÃO CRIE INIMIGOS
COMBATA O MOSQUITO AEDES AEGYPTI



Prefeitura Municipal de
TURMALINA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Atendimento UBS 17 3667 1124

PLANTÃO A PARTIR DAS 17h e FDS 24h

17 99674 1050 / 99674 1019

Saco papel Kraft 22X15CM

HIPERTENSÃO



5 MEDIDAS QUE AJUDAM NA PREVENÇÃO

- Reduza o consumo de sal.
- Pratique atividades físicas.
- Mantenha o organismo hidratado.
(beba muita água)
- Não Fume.
- Aprenda a controlar o estresse.



Prefeitura Municipal de
TURMALINA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Atendimento UBS 17 3667 1124

PLANTÃO A PARTIR DAS 17h e FDS 24h

17 99674 1050 / 99674 1019

Saco papel Kraft 37x16cm

DIABETES Fique Atento!



O diabetes acontece porque o pâncreas não é capaz de produzir o hormônio insulina em quantidade suficiente para suprir as necessidades do organismo. Portanto, se houver falta desse hormônio, ou mesmo se ele não agir corretamente, haverá aumento de glicose no sangue e, conseqüentemente, o diabetes

SINTOMAS

- vontade de urinar diversas vezes;
- sede constante;
- fraqueza - fadiga;
- mudanças de humor;
- alteração visual (visão embaçada);



Prefeitura Municipal de

TURMALINA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Atendimento UBS 17 3667 1124

PLANTÃO A PARTIR DAS 17h e FDS 24h

17 99674 1050 / 99674 1019

10 bloques de
100 unidades

Nome: _____ Código CNES | | | | | | | | | |

Nome: _____ Código CNES | | | | | | | | | |

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:

Nº CNS | | | | | | | | | | | | | | Idade: Sexo: () Fem. () Masc.

Nome: _____ Data de Nascimento. / /

Endereço: _____

Município Residência: Cód. Mun. Resid. 35 UF

IDENTIFICAÇÃO DO SADT SOLICITADO:

Data: / / Suspeita Clínica

Descrição do Procedimento:	Código SIA/SUS	Data	Assinatura do Cliente
		/ / ,	
		/ / ,	
		/ / ,	
		/ / ,	
		/ / ,	
		/ / ,	
		/ / ,	

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante:

N.º CNS

AUTORIZO

Assinatura e Carimbo do _____ Data: ____/____/____
Gestor Municipal / Estadual

Paço Municipal

Ano: _____

Setor:_____

Assunto:

[illegible]

Cartaz - Calendário Vacinal
(Arte Exemplificativa)





Ministério do
**Desenvolvimento Social
e Combate à Fome**

PRONTUÁRIO



REGISTRO SIMPLIFICADO DOS ATENDIMENTOS (CONTINUAÇÃO)					
Nº	Data de Atendimento	Nº de Ordem da pessoa	Descrição Sumária do Atendimento	Código	Nome do Técnico Responsável
41	___/___/___				
42	___/___/___				
43	___/___/___				
44	___/___/___				
45	___/___/___				
46	___/___/___				
47	___/___/___				
48	___/___/___				
49	___/___/___				
50	___/___/___				
51	___/___/___				
52	___/___/___				
53	___/___/___				
54	___/___/___				
55	___/___/___				
56	___/___/___				
57	___/___/___				
58	___/___/___				
59	___/___/___				
60	___/___/___				
61	___/___/___				
62	___/___/___				
63	___/___/___				
64	___/___/___				
65	___/___/___				
66	___/___/___				
67	___/___/___				
68	___/___/___				
69	___/___/___				
70	___/___/___				
71	___/___/___				
72	___/___/___				
73	___/___/___				
74	___/___/___				
75	___/___/___				
76	___/___/___				
77	___/___/___				
78	___/___/___				
79	___/___/___				
80	___/___/___				

Códigos auxiliares para Descrição Sumária dos Atendimentos:
1 - Atendimento socioassistencial individualizado; 2 - Atendimento em atividade coletiva de caráter continuado; 3 - Participação em atividade coletiva de caráter não continuado; 4 - Cadastramento/Atualização Cadastral; 5 - Acompanhamento de MSE; 6 - Solicitação/Concessão de Benefício Eventual ; 7 - Visita Domiciliar; 9 - Outros

NOME DA PESSOA DE REFERÊNCIA NA FAMÍLIA:

Nº DO PRONTUÁRIO:

TIPO DE UNIDADE: ☐ **CRAS** ☐ **CREAS**

Nº DA UNIDADE:

NOME DA UNIDADE:

**REGISTRO SIMPLIFICADO DOS ATENDIMENTOS**

Nº	Data de Atendimento	Nº de Ordem da pessoa	Descrição Sumária do Atendimento	Código	Nome do Técnico Responsável
1	___/___/___				
2	___/___/___				
3	___/___/___				
4	___/___/___				
5	___/___/___				
6	___/___/___				
7	___/___/___				
8	___/___/___				
9	___/___/___				
10	___/___/___				
11	___/___/___				
12	___/___/___				
13	___/___/___				
14	___/___/___				
15	___/___/___				
16	___/___/___				
17	___/___/___				
18	___/___/___				
19	___/___/___				
21	___/___/___				
21	___/___/___				
22	___/___/___				
23	___/___/___				
24	___/___/___				
25	___/___/___				
26	___/___/___				
27	___/___/___				
28	___/___/___				
29	___/___/___				
30	___/___/___				
31	___/___/___				
32	___/___/___				
33	___/___/___				
34	___/___/___				
35	___/___/___				
36	___/___/___				
37	___/___/___				
38	___/___/___				
39	___/___/___				
40	___/___/___				

Códigos auxiliares para Descrição Sumária dos Atendimentos:

1- Atendimento socioassistencial individualizado; 2 - Atendimento em atividade coletiva de caráter continuado; 3 - Participação em atividade coletiva de caráter não continuado; 4 - Cadastramento/Atualização Cadastral; 5 - Acompanhamento de MSE; 6 - Solicitação/Concessão de Benefício Eventual; 7 - Visita Domiciliar; 9 - Outros

PREZADO(A) PROFISSIONAL, LEIA COM ATENÇÃO ESTA PÁGINA ANTES DE INICIAR O USO DESSE INSTRUMENTO

APÓS A LEITURA, DESTAQUE ESTA PÁGINA PARA FACILITAR O MANUSEIO DO PRONTUÁRIO

O Prontuário SUAS é um instrumento técnico que tem como objetivo contribuir para a organização e qualificação do conjunto de informações necessárias ao diagnóstico, planejamento e acompanhamento do trabalho social realizado com as famílias/indivíduos. Permite aos profissionais da Unidade registrar as principais características da família e as ações realizadas com a mesma, preservando assim todo o histórico de relacionamento da família com os serviços da Unidade. A sua Unidade receberá o Manual de Instruções para utilização do Prontuário SUAS, leia-o com atenção e consulte-o sempre que achar necessário.

As anotações realizadas no Prontuário devem ser efetuadas de forma gradativa, seguindo o fluxo próprio dos atendimentos no decorrer do processo de acompanhamento familiar. É importante notar que o aspecto central e mais importante desse instrumento é possibilitar o registro organizado de informações relativas ao processo de acompanhamento da família. Dessa maneira, o Prontuário é, sobretudo, um instrumento para realizar anotações sobre riscos, vulnerabilidades e potencialidades da família, e sobre o planejamento e evolução do processo de acompanhamento. Isso significa que esse instrumento nunca deve ser utilizado como um “questionário” a ser aplicado ao usuário. Toda informação anotada/registrada (inclusive dos campos fechados) deve ser fruto do processo natural de diálogo e de escuta qualificada que são próprios do trabalho social com as famílias.

Para as famílias já inseridas no Cadastro Único de Programas Sociais, algumas informações socioeconômicas do domicílio e das pessoas já foram coletadas por profissionais do próprio município, portanto sugere-se que o formulário do CadÚnico seja impresso e anexado ao Prontuário, dispensando assim a duplicação de esforços na obtenção e registro das mesmas informações. No caso de famílias que ainda não estejam cadastradas, mas que tenham perfil CadÚnico (renda familiar per capita até ½ salário mínimo, ou renda familiar total até 3 salários mínimos) deve-se sempre providenciar o cadastramento da mesma.

Por fim, lembre-se sempre de que esse Prontuário contém informações pessoais e sigilosas. As anotações e a leitura de seu conteúdo devem ser realizadas apenas pela equipe de referência da Unidade, e exclusivamente para as ações pertinentes ao atendimento e acompanhamento da família. Os Prontuários devem ser guardados em local seguro e de acesso restrito (armário ou arquivo com chave em sala que não seja de acesso público).



Data de abertura do prontuário: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA DE REFERÊNCIA E ENDEREÇO DA FAMÍLIA

Nome Completo da Pessoa de Referência: _____

Apelido (caso seja relevante): _____

Nome da mãe: _____

NIS da Pessoa de Referência: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| CPF: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

RG: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Órgão: _____ UF: |_|_| Data de emissão: ____/____/____

Endereço (Rua, Av.): _____

Bairro: _____ UF: _____ CEP: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Município: _____ Complemento: _____

Ponto de Referência: _____

Telefones de Contato: _____

Localização do Domicílio: ☐ Urbano ☐ Rural () Assinale caso o endereço seja de um Abrigo

ATUALIZAÇÃO DO ENDEREÇO

Data de atualização: ____/____/____

Endereço (Rua, Av.): _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Município: _____ UF: _____ CEP: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Ponto de Referência: _____ Telefone de Contato: _____

Localização do Domicílio: ☐ Urbano ☐ Rural () Assinale caso o endereço seja de um Abrigo

FORMA DE INGRESSO NA UNIDADE E MOTIVO DO PRIMEIRO ATENDIMENTO

De que forma a família (ou membro da família) acessou a Unidade para o primeiro atendimento?

- ☐ Por demanda espontânea
- ☐ Em decorrência de Busca Ativa realizada pela equipe da unidade
- ☐ Em decorrência de encaminhamento realizado por outros serviços/unidades da Proteção Social Básica
- ☐ Em decorrência de encaminhamento realizado por outros serviços/unidades da Proteção Social Especial
- ☐ Em decorrência de encaminhamento realizado pela área de Saúde
- ☐ Em decorrência de encaminhamento realizado pela área de Educação
- ☐ Em decorrência de encaminhamento realizado outras políticas setoriais
- ☐ Em decorrência de encaminhamento realizado pelo Conselho Tutelar
- ☐ Em decorrência de encaminhamento realizado pelo Poder Judiciário
- ☐ Em decorrência de encaminhamento realizado pelo Sistema de Garantia de Direitos (Defensoria Pública, Ministério Público, Delegacias)
- ☐ Outros encaminhamentos

Sempre que o acesso for decorrente de algum encaminhamento, identifique detalhadamente o Nome e Contato do órgão/unidade que encaminhou o usuário: _____

Quais as razões, demandas ou necessidades que motivaram este primeiro atendimento?

Assinale abaixo caso a família, ou algum de seus membros, seja beneficiária de algum dos seguintes Programas Sociais:

☐ Bolsa Família ☐ BPC ☐ PETI ☐ Outro(s) Programa(s) prioritário(s): _____

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nº de Ordem	Nome Completo (Sempre começar a lista pela Pessoa de Referência)	Sexo	Data de Nascimento DD/MM/AA	Idade	* Parentesco com a pessoa de Referência	Assinale em caso de Pessoa com Deficiência	** Assinale caso seja identificada necessidade de providenciar documentação civil da pessoa
1		() M () F	___/___/___			()	☐ CN ☐ RG ☐ CTPS ☐ CPF ☐ TE
2		() M () F	___/___/___			()	☐ CN ☐ RG ☐ CTPS ☐ CPF ☐ TE
3		() M () F	___/___/___			()	☐ CN ☐ RG ☐ CTPS ☐ CPF ☐ TE
4		() M () F	___/___/___			()	☐ CN ☐ RG ☐ CTPS ☐ CPF ☐ TE
5		() M () F	___/___/___			()	☐ CN ☐ RG ☐ CTPS ☐ CPF ☐ TE
6		() M () F	___/___/___			()	☐ CN ☐ RG ☐ CTPS ☐ CPF ☐ TE
7		() M () F	___/___/___			()	☐ CN ☐ RG ☐ CTPS ☐ CPF ☐ TE
8		() M () F	___/___/___			()	☐ CN ☐ RG ☐ CTPS ☐ CPF ☐ TE
9		() M () F	___/___/___			()	☐ CN ☐ RG ☐ CTPS ☐ CPF ☐ TE
10		() M () F	___/___/___			()	☐ CN ☐ RG ☐ CTPS ☐ CPF ☐ TE
11		() M () F	___/___/___			()	☐ CN ☐ RG ☐ CTPS ☐ CPF ☐ TE
12		() M () F	___/___/___			()	☐ CN ☐ RG ☐ CTPS ☐ CPF ☐ TE
13		() M () F	___/___/___			()	☐ CN ☐ RG ☐ CTPS ☐ CPF ☐ TE
14		() M () F	___/___/___			()	☐ CN ☐ RG ☐ CTPS ☐ CPF ☐ TE

* Códigos de Parentesco: 1 - Pessoa de Referência; 2 - Cônjuge/ companheiro(a); 3 - Filho(a); 4 - Enteadado(a); 5 - Neto(a); Bisneto(a); 6 - Pai/ Mãe; 7 - Sogro(a); 8 - Irmão/irmã; 9 - Genro/Nora; 10 - Outro parente; 11 - Não parente

** Documentação a ser providenciada: CN=Certidão de Nascimento / RG=Carteira de Identidade / CTPS=Carteira de Trabalho e Previdência Social / CPF=Cadastro de Pessoa Física / TE= Título de Eleitor

Atenção: Caso necessite excluir uma pessoa da composição familiar (separação/divisão da família, óbito etc) marque um "X" sobre o número de ordem e realize na página ao lado as observações relativas à data e motivo da exclusão.

Perfil Etário do Grupo familiar

Faixas Etárias	Qtd. de Pessoas	Qtd. de Pessoas (Atualização)	Qtd. de Pessoas (Atualização)
Pessoas de 0 a 6 anos			
Pessoas de 7 a 14 anos			
Pessoas de 15 a 17 anos			
Pessoas de 18 a 29 anos			
Pessoas de 30 a 59 anos			
Pessoas de 60 a 64 anos			
Pessoas de 65 a 69 anos			
Pessoas com 70 anos ou mais			
Total de Pessoas na Família			

Especificidades sociais, étnicas ou culturais da família

☐ Família/pessoa em situação de rua

☐ Família quilombola

☐ Família ribeirinha

☐ Família cigana

☐ Família indígena residente em aldeia/reserva

Especifique o povo/etnia: _____

☐ Família indígena não residente em aldeia/reserva

Especifique o povo/etnia: _____

☐ Outras: _____



COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Outras observações referentes ao diagnóstico da composição familiar

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)

**CONDIÇÕES HABITACIONAIS DA FAMÍLIA**

Características do Domicílio	Marque o item correspondente	Utilize para atualização do domicílio
a. Tipo de residência		
Própria	☐	☐
Alugada	☐	☐
Cedida	☐	☐
Ocupada	☐	☐
b. Material das paredes externas do domicílio		
Alvenaria ou madeira aparelhada	☐	☐
Madeira aproveitada, taipa ou outros materiais precários	☐	☐
c. Acesso a energia elétrica		
Sim, com Medidor próprio	☐	☐
Sim, com Medidor compartilhado	☐	☐
Sim, sem medidor	☐	☐
Não possui energia elétrica no domicílio	☐	☐
d. Possui água canalizada		
Sim	☐	☐
Não	☐	☐
e. Forma de abastecimento de água		
Rede geral de distribuição	☐	☐
Poço ou nascente	☐	☐
Cisterna de captação de águas de chuva	☐	☐
Carro pipa	☐	☐
Outra forma	☐	☐
f. Escoamento sanitário		
Rede coletora de esgoto ou pluvial	☐	☐
Fossa séptica	☐	☐
Fossa rudimentar	☐	☐
Direto para vala, rio, lago ou mar	☐	☐
Domicílio sem banheiro	☐	☐
g. Coleta de lixo		
Sim, coleta direta	☐	☐
Sim, coleta indireta	☐	☐
Não possui coleta	☐	☐
h. Qual o número total de cômodos do domicílio		
Número de Cômodos		
i. Qual o nº de cômodos utilizados como dormitório		
Número de dormitórios		
j. Quanto é o nº de pessoas do domicílio dividido pelo nº de dormitórios ?		
Número médio de pessoas por dormitório		
k. O domicílio possui acessibilidade para pessoas com dificuldade de locomoção?		
Sim, tanto nos espaços internos como na comunicação com a rua	☐	☐
Sim, apenas nos espaços internos, mais possui "barreiras" na comunicação com a rua.	☐	☐
Não possui condições de acessibilidade.	☐	☐
l. O domicílio está localizado em área de risco de desabamento ou alagamento?		
Sim	☐	☐
Não	☐	☐
m. O domicílio está localizado em área de difícil acesso geográfico?		
Sim	☐	☐
Não	☐	☐
n. O domicílio está localizado em área com forte presença de conflito/violência?		
Sim	☐	☐
Não	☐	☐



CONDIÇÕES HABITACIONAIS DA FAMÍLIA

Outras observações referentes ao diagnóstico das condições habitacionais da família

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)



CONDIÇÕES EDUCACIONAIS DA FAMÍLIA

Outras observações referentes ao diagnóstico das condições educacionais da família

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)

CONDIÇÕES DE TRABALHO E RENDIMENTOS DA FAMÍLIA

Nº de Ordem	Primeiro Nome (Liste as pessoas obedecendo sempre o mesmo nº de Ordem)	Idade	Possui Carteira de Trabalho?	Condição de Ocupação		Possui qualificação profissional?	Caso sim, qual?	Renda Mensal (R\$)	
				1ª Anotação	Atualização			1ª Anotação	Atualização
1			() Sim () Não			() Sim () Não			
2			() Sim () Não			() Sim () Não			
3			() Sim () Não			() Sim () Não			
4			() Sim () Não			() Sim () Não			
5			() Sim () Não			() Sim () Não			
6			() Sim () Não			() Sim () Não			
7			() Sim () Não			() Sim () Não			
8			() Sim () Não			() Sim () Não			
9			() Sim () Não			() Sim () Não			
10			() Sim () Não			() Sim () Não			
11			() Sim () Não			() Sim () Não			
12			() Sim () Não			() Sim () Não			
13			() Sim () Não			() Sim () Não			
14			() Sim () Não			() Sim () Não			

Códigos da Condição de Ocupação:

0 - Não Trabalha; 1 - Trabalhador por conta própria (bico, autônomo); 2 - Trabalhador temporário em área rural; 3 - Empregado sem carteira de trabalho assinada; 4 - Empregado com carteira de trabalho assinada; 5 - Trabalhador doméstico sem carteira de trabalho assinada; 6 - Trabalhador doméstico com carteira de trabalho assinada; 7 - Trabalhador não-remunerado; 8 - Militar ou servidor público; 9 - Empregador; 10 - Estagiário; 11 - Aprendiz (em condição legal)

Renda total da família: (Sem considerar a renda recebida de programas sociais)
R\$ _____ Atualizações: R\$ _____ / R\$ _____
Nº de Ordem da(s) pessoa(s): _____

Renda familiar per capita (Sem considerar a renda recebida de programas sociais)
R\$ _____ Atualizações: R\$ _____ / R\$ _____
Algum membro da família é aposentado ou pensionista?
____ Não ____ Sim. Se sim, indique o nº de ordem da(s) pessoa(s): _____

A família recebe dinheiro de algum Programa Social?
____ Não ____ Sim Atualizações: () S () N / () S () N
R\$ _____ Atualizações: R\$ _____ / R\$ _____
Qual a renda total da família, incluído o valor recebido de programas sociais?
R\$ _____ Atualizações: R\$ _____ / R\$ _____

Anote o valores recebidos pela família por meio de Programas Sociais
Qual a Renda familiar per capita, incluído o valor recebido de programas sociais?
R\$ _____ Atualizações: R\$ _____ / R\$ _____

____ Bolsa Família - Valor: R\$ _____ Atualizações: R\$ _____
____ BPC - Valor: R\$ _____ Atualizações: R\$ _____
____ PETI - Valor: R\$ _____ Atualizações: R\$ _____
____ Outros - Valor R\$ _____ Atualizações: R\$ _____

Atenção! Fique atento para identificar famílias potencialmente elegíveis aos programas de transferência de renda e que ainda não recebem o benefício ao qual têm direito. Observe sempre as regras específicas de cada Programa/Benefício.



CONDIÇÕES DE TRABALHO E RENDIMENTOS DA FAMÍLIA

Outras observações referentes ao diagnóstico das condições de trabalho e rendimentos da família

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)

Importante! Para uma melhor avaliação da condição econômica da família, é necessário que além da renda, você conheça também os principais gastos/despesas da família, especialmente despesas com aluguel e com medicamentos de uso contínuo.



CONDIÇÕES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Caso haja presença de pessoa com deficiência na família, preencha o quadro abaixo:

Nº de Ordem	Primeiro Nome	*Tipo(s) de deficiência(s)	Necessita de cuidados constantes de outra pessoa	Quem é o responsável pelo cuidado
			() Sim () Não	
			() Sim () Não	
			() Sim () Não	
			() Sim () Não	
			() Sim () Não	

*** Tipos de deficiência:**
1 - Cegueira; 2 - Baixa Visão; 3 - Surdez severa/profunda; 4 - Surdez leve/moderada; 5 - Deficiência física;
6 - Deficiência mental ou intelectual; 7 - Síndrome de Down; 8 - Transtorno/doença mental.

A família possui algum integrante que, devido ao envelhecimento ou à doença, necessite de cuidados constantes de outra pessoa para realizar atividades básicas, tais como, tomar banho, alimentar-se, ficar só em casa, locomover-se dentro de casa etc.?

☐ Não ☐ Sim.

Caso sim, registre o Nº de Ordem e/ou nome(s) da(s) pessoa(s): _____

Quem é responsável pelo cuidado: _____

A família declara, ou fornece indícios, de que vivencia situação de insegurança alimentar devido a insuficiência de alimentos?

☐ Não ☐ Sim. (Data da anotação: ___/___/___)

Algum membro da família é portador de alguma doença grave?

☐ Não ☐ Sim. Caso sim, registre o Nº de Ordem e/ou nome(s) da(s) pessoa(s) e o(s) tipo(s) de doença(s): _____

Algum membro da família faz uso de remédios controlados (tarja preta) para transtornos mentais?

☐ Não ☐ Sim. Caso sim, registre o Nº de Ordem e/ou nome(s) da(s) pessoa(s): _____

Algum membro da família faz uso abusivo de álcool? (Data da anotação: ___/___/___)

☐ Não ☐ Sim. Caso sim, registre o Nº de Ordem e/ou nome da(s) pessoa(s): _____

Algum membro da família faz uso abusivo de crack ou outras drogas (cocaína, maconha etc)? (Data da anotação: ___/___/___)

☐ Não ☐ Sim. Caso sim, registre o Nº de Ordem e/ou nome(s) da(s) pessoa(s) e o(s) tipo(s) de substância(s): _____

10

Registre a presença de gestante(s) na família:

Nº de Ordem	Primeiro Nome	Quantos meses de Gestação?	Já iniciou Pré-Natal	Data da anotação
			() Sim () Não	___/___/___
			() Sim () Não	___/___/___
			() Sim () Não	___/___/___
			() Sim () Não	___/___/___
			() Sim () Não	___/___/___
			() Sim () Não	___/___/___

Anotações sobre descumprimento de condicionalidades de saúde no Programa Bolsa Família

Nº de Ordem	Primeiro Nome	Semestre de ocorrência (Semestre/Ano)	*Efeito (código)	Solicitada suspensão do efeito?	* Códigos para os Efeitos gerados por descumprimento da Condicionalidades
				() Sim () Não	1. Advertência 2. Bloqueio 3. Suspensão 4. Cancelamento
				() Sim () Não	
				() Sim () Não	
				() Sim () Não	
				() Sim () Não	



Registro de concessão de Benefícios Eventuais da Assistência Social

12



ACESSO A BENEFÍCIOS EVENTUAIS

Outras observações referentes ao acesso a Benefícios Eventuais

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)



CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA

Há quantos anos a família mora neste estado: anos () a família sempre morou no estado

Há quantos anos a família mora no município: anos () a família sempre morou no município

Há quantos anos a família mora no bairro atual: anos () a família sempre morou no mesmo bairro

A família, ou algum de seus membros, é vítima de ameaças ou de discriminação na comunidade onde reside?

☐ Sim ☐ Não Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações que sejam relevantes.

A família possui parentes que residam próximo ao seu local de moradia e que constituam rede de apoio e solidariedade?

☐ Sim ☐ Não Caso sim, utilize a página ao lado caso queira anotar o nome, parentesco e contato destes parentes mais próximos.

A família possui vizinhos que constituam rede de apoio e solidariedade?

☐ Sim ☐ Não Caso sim, utilize a página ao lado caso queira anotar o nome e contato de algum vizinho mais próximo.

A família, ou algum de seus membros, participa de grupos religiosos, comunitários ou outros grupos/instituições que constituam rede de apoio e solidariedade?

☐ Sim ☐ Não Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações que sejam relevantes.

A família, ou algum de seus membros, participa de movimentos sociais, sindicatos, organizações comunitárias, Conselhos ou quaisquer outras ações ou instituições voltadas para organização política e defesa de interesses coletivos?

☐ Sim ☐ Não Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações que sejam relevantes.

Existe alguma criança ou adolescente do grupo familiar que não tem acesso a atividades de lazer, recreação e convívio social?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica (família sem criança/adolescente)

Existe algum idoso do grupo familiar que não tem acesso a atividades de lazer, recreação e convívio social?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica (família sem idoso)

Há pessoas dependentes (crianças, idosos dependentes ou pessoas com deficiência) que permanecem períodos do dia em casa sem a companhia de um adulto?

☐ Sim ☐ Não Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações que sejam relevantes.

Relações de Convivência Intrafamiliares *

Percepção/Avaliação do técnico sobre as relações conjugais na família, se for o caso	Nome do Técnico	Data (Mês/Ano)
() Conflituoso, com violência () Conflituoso, sem violência () Sem conflitos relevantes		___/___
() Conflituoso, com violência () Conflituoso, sem violência () Sem conflitos relevantes		___/___
() Conflituoso, com violência () Conflituoso, sem violência () Sem conflitos relevantes		___/___
Percepção/Avaliação do técnico sobre as relações entre pais/responsáveis e os filhos inclusive entre o padrasto ou madrastra com o(s) enteado(s), se for o caso	Nome do Técnico	Data (Mês/Ano)
() Conflituoso, com violência () Conflituoso, sem violência () Sem conflitos relevantes		___/___
() Conflituoso, com violência () Conflituoso, sem violência () Sem conflitos relevantes		___/___
() Conflituoso, com violência () Conflituoso, sem violência () Sem conflitos relevantes		___/___
Percepção/Avaliação do técnico sobre as relações entre os irmãos , se for o caso	Nome do Técnico	Data (Mês/Ano)
() Conflituoso, com violência () Conflituoso, sem violência () Sem conflitos relevantes		___/___
() Conflituoso, com violência () Conflituoso, sem violência () Sem conflitos relevantes		___/___
() Conflituoso, com violência () Conflituoso, sem violência () Sem conflitos relevantes		___/___

* A descrição ou detalhamento dos conflitos intrafamiliares, quando pertinente, poderá ser realizada na página ao lado.

Indique se há relações conflituosas envolvendo outros indivíduos que residam no domicílio?

☐ Sim, com presença de violência. Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações relevantes.

☐ Sim, sem presença de violência. Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações relevantes.

☐ Não há conflitos relevantes envolvendo outros indivíduos que residam no domicílio.



PARTICIPAÇÃO EM SERVIÇOS, PROGRAMAS OU PROJETOS QUE CONTRIBUAM PARA O DESENVOLVIMENTO DA CONVIVÊNCIA COMUNITÁRIA E PARA O FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS

Registre a participação de membros da família em serviços, programas ou projetos que contribuam para o desenvolvimento da convivência comunitária e para o fortalecimento de vínculos.

N	Nº de Ordem da Pessoa	Primeiro Nome da Pessoa	Serviço, Programa ou Projeto*	Unidade de realização**	Data de ingresso (mês/ano)	Data de desligamento (mês/ano)	* Códigos para Serviços, Programas ou Projetos
1					___/___	___/___	1. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e/ou adolescentes 2. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos 3. Grupo específico desenvolvido pelo PAIF 4. Grupo específico desenvolvido pelo PAEFI 5. Programas ou projetos específicos da Assistência Social que não configurem serviços continuados 6. Programas ou projetos de outras políticas setoriais (Educação, Esporte, Cultura etc) 99. Outros
2					___/___	___/___	
3					___/___	___/___	
4					___/___	___/___	
5					___/___	___/___	
6					___/___	___/___	
7					___/___	___/___	
8					___/___	___/___	
9					___/___	___/___	
10					___/___	___/___	
11					___/___	___/___	
12					___/___	___/___	
13					___/___	___/___	
14					___/___	___/___	
15					___/___	___/___	

**** Códigos para a Unidade de Realização do respectivo Serviço, Programa ou Projeto:**

1 - Nesta própria Unidade; **2** - Em outra Unidade Pública da rede Socioassistencial; **3** - Em unidade/entidade privada da rede socioassistencial; **4** - Em unidade de rede de educação; **9** - Outra unidade vinculada a outras políticas.

Outras observações referentes à participação de membros da família em Serviços programas ou projetos que contribuam para o desenvolvimento da convivência comunitária e para o fortalecimento de vínculos *(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)*

Importante! Utilize o espaço de anotações para registrar de forma precisa os dados e contatos referentes à unidade de realização do serviço, programa ou projeto, sempre que o mesmo não for realizado nesta própria Unidade.



SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA E VIOLAÇÕES DE DIREITOS

QUADRO 1
Histórico de situações de violência e violações de direitos vivenciadas pela família

Situação	A situação ainda persiste?	Data da Anotação (Mês/Ano)	(ATUALIZAÇÃO) A situação ainda persiste?	(ATUALIZAÇÃO) Data da Atualização
☐ Trabalho Infantil	() Sim () Não	___/___	() Sim () Não	___/___
☐ Exploração Sexual	() Sim () Não	___/___	() Sim () Não	___/___
☐ Abuso/Violência Sexual	() Sim () Não	___/___	() Sim () Não	___/___
☐ Violência Física	() Sim () Não	___/___	() Sim () Não	___/___
☐ Violência Psicológica	() Sim () Não	___/___	() Sim () Não	___/___
☐ Negligência contra idoso	() Sim () Não	___/___	() Sim () Não	___/___
☐ Negligência contra criança	() Sim () Não	___/___	() Sim () Não	___/___
☐ Negligência contra PCD	() Sim () Não	___/___	() Sim () Não	___/___
☐ Trajetória de Rua	() Sim () Não	___/___	() Sim () Não	___/___
☐ Tráfico de Pessoas	() Sim () Não	___/___	() Sim () Não	___/___
☐ Violência Patrimonial contra Idoso ou PCD	() Sim () Não	___/___	() Sim () Não	___/___
☐ Outra: _____	() Sim () Não	___/___	() Sim () Não	___/___

QUADRO 2 - EXCLUSIVO PARA UTILIZAÇÃO PELO CRAS
Caso a família esteja, ou já tenha estado, sob acompanhamento de um CREAS, registre o período em que isso ocorreu e o CREAS que realizou o acompanhamento

Data Início (Mês/Ano)	Data Final (Mês/Ano)	Identificação do CREAS
___/___	___/___	
___/___	___/___	
___/___	___/___	
___/___	___/___	

QUADRO 3 - EXCLUSIVO PARA UTILIZAÇÃO DO CREAS
Registro obrigatório de situações de violência e violações de direitos identificadas no grupo familiar

Utilize este Quadro para registrar situações de violência e/ou violação de direitos, atuais ou recentes, ocorridas com membros da família. Estas situações podem ter sido detectadas pelo profissional do CREAS durante o atendimento da família/indivíduo, ou já serem de conhecimento prévio, no caso em que constituem a razão pela qual a família foi incluída em acompanhamento pelo PAEFI.

Nº de Ordem da pessoa vitimada	* Código das Situações	Indício ou Confirmada	Data do Registro (mês/ano)	* Código de Situações
		() Indício () Confirmada	___/___	1. Violência Física 2. Violência Psicológica 3. Exploração Sexual 4. Abuso/Violência Sexual 5. Negligência ou Abandono 6. Trabalho Infantil 7. Trajetória de Rua 8. Tráfico de Pessoas 9. Discriminação por orientação sexual 10. Violência Patrimonial contra Idoso ou PCD 99. Outra
		() Indício () Confirmada	___/___	
		() Indício () Confirmada	___/___	
		() Indício () Confirmada	___/___	
		() Indício () Confirmada	___/___	
		() Indício () Confirmada	___/___	
		() Indício () Confirmada	___/___	
		() Indício () Confirmada	___/___	
		() Indício () Confirmada	___/___	
		() Indício () Confirmada	___/___	

Todo registro incluído neste quadro deve ser transposto sem a identificação da pessoa para o Mapa Consolidado de Registros Obrigatórios deste CREAS. Além disso, o profissional deve ficar atento para a sua responsabilidade de notificar os Órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e preencher a Ficha de Notificação nos casos em que for pertinente.



Nº	Nº de Ordem da Pessoa	Primeiro Nome	*Tipo de Medida	Número do Processo	Data de Início (Mês/Ano)	Data de Fim (Mês/Ano)	*Códigos dos Tipos de Medida Socioeducativa
1					___/___	___/___	1 - Liberdade Assistida (LA) 2 - Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) 3 - Advertência 4 - Obrigação de Reparar o Dano 5 - Semi-Liberdade 6 - Internação
2					___/___	___/___	
3					___/___	___/___	
4					___/___	___/___	
5					___/___	___/___	
6					___/___	___/___	
7					___/___	___/___	
8					___/___	___/___	
9					___/___	___/___	
10					___/___	___/___	

N°	Nº de Ordem da Pessoa	Acompanhado pelo CREAS	Data da Anotação	Observação
1		() Sim () Não	____/____/____	
2		() Sim () Não	____/____/____	
3		() Sim () Não	____/____/____	
4		() Sim () Não	____/____/____	
5		() Sim () Não	____/____/____	
6		() Sim () Não	____/____/____	
7		() Sim () Não	____/____/____	
8		() Sim () Não	____/____/____	
9		() Sim () Não	____/____/____	
10		() Sim () Não	____/____/____	

[illegible]



HISTÓRICO DE CUMPRIMENTO DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS

Outras observações referentes ao histórico de cumprimento de medidas socioeducativas

As anotações relativas ao processo de acompanhamento do adolescente em cumprimento de Medida Socioeducativa pelo CREAS devem ser registradas no bloco Planejamento e Evolução do Acompanhamento Familiar

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)



HISTÓRICO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL OU FAMILIAR

Utilize o quadro abaixo para registrar eventuais situações de acolhimento institucional vivenciadas por algum membro do grupo familiar, sejam situações atuais ou ocorridas no passado.

Histórico de acolhimento:

Nº	Nº de Ordem da pessoa	Primeiro nome	Período do Acolhimento		Motifvo
			Data de Início (Mês/Ano)	Data de Fim (Mês/Ano)	
1			___/___/___	___/___/___	
2			___/___/___	___/___/___	
3			___/___/___	___/___/___	
4			___/___/___	___/___/___	
5			___/___/___	___/___/___	
6			___/___/___	___/___/___	
7			___/___/___	___/___/___	
8			___/___/___	___/___/___	
9			___/___/___	___/___/___	
10			___/___/___	___/___/___	
11			___/___/___	___/___/___	
12			___/___/___	___/___/___	
13			___/___/___	___/___/___	
14			___/___/___	___/___/___	
15			___/___/___	___/___/___	

Sempre que possível, identifique e registre na página ao lado a instituição na qual a pessoa foi acolhida

Caso o grupo familiar, em seu conjunto, já tenha vivenciado alguma situação de acolhimento institucional (abrigamento) decorrente da perda, temporária ou definitiva do domicílio, quer em função de catástrofe natural ou de fatalidade pessoal, registre o período em que o fato ocorreu e o motivo/fato que levou ao acolhimento:

Caso alguma criança/adolescente da família esteja, ou já tenha estado, sob guarda (legal ou informal) de outra pessoa não residente no domicílio (família extensa, amigos, patrões etc), registre o período em que o fato ocorreu, a razão pela qual ocorreu, a pessoa que esteve com a guarda e o nome ou número de ordem da criança/adolescente.

Outras situações de afastamento do convívio familiar:

☐ Assinale caso a família possua algum membro adulto (pais ou filhos) em instituição prisional.

☐ Assinale caso a família possua algum membro adolescente cumprindo medida socioeducativa de internação.



PLANEJAMENTO E EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Registro de Ingresso e de Desligamento da Família ou Indivíduo no Acompanhamento do PAIF ou PAEFI

Assinale o Ingresso	Data de Ingresso	Assinale o Desligamento	Data de Desligamento	*Razão do Desligamento	* Códigos de Razões para Desligamento
☐	__/__/__	☐	__/__/__	☐	1 - Avaliação técnica 2 - Evasão ou recusa da Família 3 - Mudança de município 4 - Outros
☐	__/__/__	☐	__/__/__	☐	
☐	__/__/__	☐	__/__/__	☐	
☐	__/__/__	☐	__/__/__	☐	

PLANEJAMENTO INICIAL:

O **planejamento inicial** deve ser elaborado de forma dialogada com a família/indivíduo e considerar de forma particularizada as necessidades e as potencialidades de cada família. Nele se identificam os objetivos a serem perseguidos e as possíveis ações e estratégias para alcançá-los. Embora não deva ser encarado de forma rígida, o planejamento inicial ajuda a nortear o trabalho a ser desenvolvido com a família/indivíduo e a avaliar sua evolução.

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)



PLANEJAMENTO E EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

PLANEJAMENTO INICIAL:

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)



PLANEJAMENTO E EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Entende-se por **evolução do acompanhamento familiar** todo o processo que se segue ao contato inicial com a família/indivíduo, por meio do qual o profissional aprofunda seu conhecimento sobre a realidade específica daquela família, planeja e realiza ações para alcance de determinados objetivos e avalia os resultados alcançados.

Este espaço do Prontuário é destinado às anotações qualitativas sobre aspectos importantes da vida familiar que venham a ser identificados durante o processo de acompanhamento. Deve, também, ser utilizado para anotações pertinentes aos procedimentos e atividades desenvolvidas com a família e para avaliação dos resultados obtidos.

(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)