



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
CNPJ: 12.258.141 / 0001 – 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

OFÍCIO nº 0127010/2022

Da: Secretaria Municipal de Saúde
Para: Gabinete da Prefeita



Assunto: Contratação de empresa para confecção de Materiais Gráficos, a fim de atender as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Ouro Branco/AL.

Ciente da atual necessidade do município, venho através deste solicitar autorização para cobertura de Processo de Dispensa de Licitação para a Contratação de empresa para confecção de Materiais Gráficos, a fim de atender as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Ouro Branco/AL.

Certo da vossa compreensão, renovo meus protestos de elevada estima e consideração.

Ouro Branco/AL, 27 de janeiro de 2022.

Atenciosamente,


GILMAR FRANÇA NOBRE
Secretário Municipal de Saúde
Portaria Nº 0401-002/2021



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



TERMO DE REFERÊNCIA

1. DO OBJETO

1.1. O presente Termo de Referência tem por objeto a contratação de empresa para confecção de Materiais Gráficos, a fim de atender as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Ouro Branco/AL, de acordo com as especificações contidas neste Termo de Referência.

2. JUSTIFICATIVA

2.1. A contratação de empresa especializada para a confecção e impressão de materiais gráficos se faz necessária para o atendimento das demandas da Secretaria Municipal de Saúde. A aquisição destes materiais é imprescindível para o desenvolvimento das ações realizadas pelos diversos departamentos da citada Secretaria, a futura contratação propiciará melhor planejamento, economia e desempenho daqueles que fazem uso deste tipo de material, evitando paralisações ou prejuízos decorrentes de material com estoque baixo ou indisponíveis.

3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

3.1. A contratação, objeto deste Termo de Referência, tem amparo legal, integralmente, na Lei Federal nº 14.133/2021 e demais legislações aplicáveis a este evento e nas condições e exigências descritas no Edital e nas demais prescrições legais aplicáveis ao assunto.

4. DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

4.1. O quantitativo e a descrição técnica dos produtos/serviços estão descritos abaixo:

Item	Descrição	Unidade	Quantidade
1	Bloco - 100x1 - Receituário -150x210mm, 1x0 cor, Tinta escala em offset 75g.	Blocos	1.000
2	Bloco - 100x1 - Atestado Médico-150x210mm, 1x0 cor, Tinta escala em papel offset 63g.	Blocos	50



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



3	Bloco - 100x1 - Solicitação De Exame De Imagem - 100x210mm, 1x0 cor, Tinta escala em papel offset 63g.	Blocos	50
4	Bloco - 50x2 Receituário Especial Branco 155x220mm, 1x0 cor, Tinta preta em Sincarbom CB 54g. 1 via 155x220mm, 1x0 cor, Tinta Escala em Sincarbom CF última via 54g. Intercalado e Colado.	Blocos	500
5	Bloco - 100x1 - Receituário Controle Especial Azul 80x210mm, 1x0 cor, Tinta preta em Sincarbom CB 54g., Colado e Pontilhado. OBS.: A Numeração será Indicada pela Secretaria.	Blocos	500
6	Bloco 100x1 - Solicitação mamografia - 1 via - 210x300mm, 1x0cor, Tinta escala em offset 75g. Intercalação e Colado.	Blocos	25
7	Bloco 100x1 Boletim de Procedimento ambulatorial Individual 1 via 210x300mm, 1x0 cor, Tinta escala em offset 75g. Intercalado e Colado	Blocos	25
8	Cartão de Gestante dobrado, 4x4 cor, no papel offset 180g, 22x31cm.	UND	7.000
9	Cartão de Aprazamento: 11x16cm, 1x1 cor, Tinta Preta em offset 180g.	UND	7.000
10	Cartão de Vacina de Adulto dobrado, 4x4 cor, no papel offset 180g, 20x7cm.	UND	2.000
11	Cartão de Matrícula saúde dobrado, 4x4 cor, no papel offset 180g, 15x10,5cm.	UND	2.000
12	Ficha Índice 4x4 cor, no papel offset 180g, 15x11cm.	UND	2.000
13	Ficha Pronto Atendimento urgência FPAA 210x300mm, 1x1 cor, Tinta escala em offset 75g.	UND	8.000
14	Ficha Ambulatorial 210x300mm, 1x1 cor, Tinta Preta em offset 180g.	UND	5.000
15	Ficha Ambulatorial continuação 210x300mm, 1x1 cor, Tinta escala em offset 180g.	UND	5.000
16	Ficha de Encaminhamento de Paciente Entrega Fracionada 105x150mm, 1x0 cor, Tinta escala em offset 75g.	UND	10.000
17	Ficha Registro diário de serviço antivetorial 210x300mm, 1x1 cor, Tinta escala em offset 75g.	UND	5.000
18	Ficha Controle de Reservatorio Canino 210x300mm, 1x1 cor, Tinta escala em offset 75g.	UND	1.000



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



19	Ficha Visita (Programa de Controle das Endemias) 105x150mm, 1x0 cor, Tinta Preta em offset 180g.	UND	1.000
20	Ficha Captura de Flebóstomos 210x300mm, 1x1 cor, Tinta escala em offset 75g.	UND	500
21	Ficha Exame de Flebóstomos Capturadas 210x300mm, 1x1 cor, Tinta escala em offset 75g.	UND	500
22	Blocos Fichas SUS 210x300mm, 1x1 cor, tinta preta em offset 75g, diversos modelos.	Blocos	1.000
23	Assistencia farmaceutica: 11x16cm, 1x1 cor, Tinta Preta em offset 180g.	UND	3.000
24	Controle de Medicamento: 210x300mm, 1x1 cor, Tinta Preta em offset 180g.	UND	3.000

5. PRAZO, FORMA E LOCAL DE ENTREGA DOS PRODUTOS/EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

5.1. Os produtos/serviços serão requisitados conforme a competente ordem de fornecimento expedida pela CONTRATANTE e deverão ser entregues no Almojarifado Central deste município, **Localizado à Rua do Comércio, s/n, Centro, Ouro Branco/AL, exclusivamente de segunda a sexta-feira no horário de 08:00h às 16:00h.**

5.2. A CONTRATADA deverá entregar os produtos de imediato, no prazo máximo de até **05 (cinco) dias úteis.**

5.3. A fiscalização e aceitação dos produtos será realizado pelo chefe do órgão responsável, mediante Portaria, pelos atos de controle e administração do contrato decorrente do processo de licitação. Sendo que os produtos serão recebidos depois de conferidas as especificações e quantidades dos mesmos;

5.4. Só serão aceitos os fornecimentos de produtos que estiverem de acordo com as especificações e quantitativos exigidos, estando sua aceitação condicionada à devida fiscalização dos agentes competentes. Não serão aceitos produtos cujas condições de armazenamento e transporte não sejam satisfatórias;

5.5. Os materiais somente serão recebidos se estiverem acompanhados da DANFE ou da nota fiscal eletrônica e certidões negativas no âmbito dos três poderes.

6. DO PAGAMENTO

Os pagamentos devidos serão realizados até **30 (trinta) dias** após a entrega dos produtos no **ALMOXARIFADO CENTRAL** da **PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO**



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



BRANCO/AL.

6.2. A Contratada deverá apresentar a Nota Fiscal/Fatura com descrição do objeto e quantidade discriminada e acompanhada da Ordem de Fornecimento dos mesmos.

6.3. O PAGAMENTO SOMENTE SERÁ EFETIVADO DEPOIS DE VERIFICADA A REGULARIDADE FISCAL da contratada, ficando a mesma ciente de que AS CERTIDÕES APRESENTADAS NO ATO DA CONTRATAÇÃO DEVERÃO SER RENOVADAS NO PRAZO DE SEUS VENCIMENTOS.

7. VIGÊNCIA DA CONTRATAÇÃO

7.1. O Prazo de Vigência do contrato terá vigência até de dia 31/12/2022, a partir de sua data e assinaturas, prorrogável nos termos da legislação Vigente.

8. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

8.1. Compete à Contratada:

- a) Fornecer os produtos estabelecidos neste termo, de acordo com as condições e prazos propostos;
- b) Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto, de acordo com os artigos 12, 13 e 17 a 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078, de 1990);
- c) Providenciar a imediata correção das deficiências apontadas pelo setor competente do Contratante (substituir, reparar ou corrigir, às suas expensas, no prazo fixado no termo contratual, o objeto com avarias ou defeitos;)
- d) Comunicar à Contratante, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas que antecede a data da entrega, os motivos que impossibilitem o cumprimento do prazo previsto, com a devida comprovação;
- e) Manter, durante toda a execução do Contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas em licitação, conforme dispõe o inciso II, do artigo 75, da Lei nº 14.133/2021 e alterações, podendo ser dispensadas somente aquelas previstas em atos legais.
- f) Cumprir com todas as obrigações constantes deste Termo e sua proposta, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto;
- g) Responsabilizar-se pelas plenas condições de qualidade e consumo de bem adquirido.



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



8.2. Compete à Contratante:

- a) Receber o objeto no prazo e condições estabelecidas no contrato;
- b) Efetuar inspeção com a finalidade de verificar o fornecimento do produto e o atendimento das exigências;
- c) Exercer fiscalização e supervisão do objeto, através de comissão/servidor especialmente designado, podendo sustar, recusar o produto que não esteja de acordo com as condições e exigências especificadas neste Termo;
- d) Comunicar à Contratada, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;
- e) Cumprir e fazer cumprir o disposto nas disposições deste Termo, podendo aplicar as penalidades previstas em lei pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas ou fornecimento insatisfatório dos produtos;
- f) Exigir, a qualquer tempo, a comprovação das condições da empresa que ensejaram sua contratação, notadamente no tocante a qualificação técnico-econômico-financeira, bem como as condições de habilitação exigidas na licitação (art. 75, II, da Lei nº 14.133/2021), podendo ser dispensadas somente aquelas previstas em atos legais;
- g) Efetuar o pagamento à Contratada no valor correspondente ao fornecimento do objeto, no prazo e forma estabelecidos neste termo;
- h) A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela Contratada com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente Termo de Referência, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da Contratada, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

9. DO REAJUSTE CONTRATUAL

9.1. Os valores contratados serão fixos e irrevogáveis pelo período de 12 (doze) meses, de acordo com o art. 2º, da Lei Federal nº 10.192/01.

10. DOS ANEXOS

10.1. Segue no **ANEXO I** deste Termo de Referência o modelo dos Materiais Gráficos a forma e o modelo como deverão ser confeccionados.

11. CONDIÇÕES GERAIS



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



11.1. Rege-se este instrumento pelas normas e diretrizes estabelecidas no **art. 75, Inc. II, da Lei Federal de nº 14.133/2021** e suas alterações, e outros preceitos de direito público, aplicando-se supletivamente os princípios da Teoria Geral dos Contratos e disposições de direito privado;

11.2. As omissões, dúvidas e casos não previstos neste instrumento, serão resolvidos e decididos aplicando as regras contratuais e a Lei 14.133/2021 e suas posteriores alterações, se houverem;

11.3. Ocorrendo fato novo decorrente de força maior ou caso fortuito, nos termos previstos na legislação vigente, que obste o cumprimento pela CONTRATADA dos prazos e demais obrigações estatuídas neste instrumento e no termo contratual, ficará a mesma isenta das multas e penalidades pertinentes.

Ouro Branco/AL, 27 de janeiro de 2022.


GILMAR FRANÇA NOBRE
Secretário Municipal de Saúde
Portaria Nº 0401-002/2021



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BRANCO
CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ANEXO I

RECEITUÁRIO


ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA DE OURO BRANCO
Secretaria Municipal de Saúde

Nome:	
Endereço	

RECEITUÁRIO

____/____/____ Data	_____ Ass. Médico - CRM
------------------------	----------------------------

R.15 - 19888-000 - Ouro Branco



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
CNPJ: 12.258.141 / 0001 – 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ATESTADO MÉDICO

	PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BRANCO-AL CNPJ: 12.258.141/0001-98
	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Rua Marechal Floriano Peixoto, s/n, Bairro Luiz Gonzaga, Ouro Branco-Alagoas, CEP: 57525-000 Tel.: (82) 3629-1407, E-mail: smsourobranco@hotmail.com

ATESTADO MÉDICO

Paciente: _____

Endereço: _____

Unidade de Saúde ou Carimbo

Ouro Branco-Alagoas

Assinatura, CRM e Carimbo

Nota: Este ATESTADO é válido para as finalidades previstas no Art. 86, do R.G.P.S. Aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SOLICITAÇÃO DE EXAME DE IMAGEM



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Endereço: _____

Idade: _____

SOLICITO:

- MAMOGRAFIA BILATERAL
- ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA
- ULTRASSON. PÉLVICA
TRANSABDOMINAL
- ULTRASSON. PÉLVICA ENDOVAGINAL
- ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA

JUSTIFICATIVA: _____

ASSINATURA E CARIMBO


Ouro Branco - AL



ESTADO DE ALAGOAS
 PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BRANCO
 CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO ESPECIAL BRANCO





ESTADO DE ALAGOAS
 PREFEITURA DE OURO BRANCO
 Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	1ª Via - Farmácia 2ª Via - Paciente
----------------------------------	--

Paciente: _____
Endereço: _____
Prescrição: _____

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



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BRANCO
CNPJ: 12.258.141 / 0001 – 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL AZUL

21.1 118729 DATA / / NOME DO PACIENTE MEDICAMENTO NOME DO MÉDICO	NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		Medicamento ou Substância	
	UF	NÚMERO	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE POÇO DAS TRINCHEIRAS		Quantidade e Forma Farmacológica	
	AL	21.1 118729	CNPJ.: 12.258.040/0001-31		Causa por Unidade Farmacológica	
			Rua: São José - Centro		Packaging	
			Poço das Trincheiras - AL			
		Paciente: _____				
		Endereço: _____				
		Assinatura do Emissor _____				
		IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		CARIMBO DO FORNECEDOR		
		Nome: _____		Nome do Vendedor _____		
		Endereço: _____		Data _____/_____/_____		
		Telefone: _____				
		Identidade Nº _____ Órgão Emissor _____				
		<small>Gráfica Imprensa - CNPJ: 27.837.718/0001-00 Rua: Paralelo Rocha 1095 - S. do Iguaçu - AL</small>		<small>Numeração desta impressão: de 21.1.117.901 a 21.1.118.900</small>		

OBS¹.: ADAPTAR O MODELO PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE OURO BRANCO.

OBS².: ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR RESPONSÁVEL ANTES DA PRODUÇÃO PARA VERIFICAR AS INFORMAÇÕES E DADOS NECESSÁRIOS, ASSIM COMO A SEQUÊNCIA DA NUMERAÇÃO.



ESTADO DE ALAGOAS
 PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
 CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SOLICITAÇÃO DE MAMOGRAFIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

UF: _____ DCEM de Conselho de Saúde: _____ Nº P. do doente: _____
 Unidade de Saúde: _____
 Grupo Hospitalar: _____ Município: _____ Produto: _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Sexo: Masculino Feminino

Nome Completo da Mãe: _____

Nome Completo do Pai: _____

UF: _____ Nacionalidade: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: _____ Cor/Raça: _____
 Branca Preta Parda Amarela Indígena (outra) _____

Dados Residenciais

Logradouro: _____

Nome: _____ Complemento: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Cidade: _____ Município: _____

CEP: _____ Telefone: _____

Nº de Voto: _____

Dados de Estado: _____

Realizado Não Realizado Não Realizado Não Realizado Não Realizado Não Realizado

DADOS DE ATIVIDADE GINECOLÓGICA

1 - Tem história de câncer de mama? Sim, mama direita Sim, mama esquerda Não

2 - Apresenta risco elevado de câncer de mama? Sim Não Não sabe

3 - Possui elevado risco de câncer de mama? Sim Não Não sabe

4 - Possui história de alguma outra doença? Sim, Quando foi a última mamografia: _____ Não Não sabe

5 - Possui história de mama direita ou esquerda? Sim, mama direita _____ Sim, mama esquerda _____ Não Não sabe

6 - Possui história de mama direita ou esquerda? Sim, mama direita _____ Sim, mama esquerda _____ Não Não sabe

7 - Possui história de mama direita ou esquerda? Sim, mama direita _____ Sim, mama esquerda _____ Não Não sabe

8 - Possui história de mama direita ou esquerda? Sim, mama direita _____ Sim, mama esquerda _____ Não Não sabe

9 - Possui história de mama direita ou esquerda? Sim, mama direita _____ Sim, mama esquerda _____ Não Não sabe

10 - Possui história de mama direita ou esquerda? Sim, mama direita _____ Sim, mama esquerda _____ Não Não sabe

11 - Possui história de mama direita ou esquerda? Sim, mama direita _____ Sim, mama esquerda _____ Não Não sabe

12 - Possui história de mama direita ou esquerda? Sim, mama direita _____ Sim, mama esquerda _____ Não Não sabe

13 - Possui história de mama direita ou esquerda? Sim, mama direita _____ Sim, mama esquerda _____ Não Não sabe

14 - Possui história de mama direita ou esquerda? Sim, mama direita _____ Sim, mama esquerda _____ Não Não sabe

15 - Possui história de mama direita ou esquerda? Sim, mama direita _____ Sim, mama esquerda _____ Não Não sabe

16 - Possui história de mama direita ou esquerda? Sim, mama direita _____ Sim, mama esquerda _____ Não Não sabe

17 - Possui história de mama direita ou esquerda? Sim, mama direita _____ Sim, mama esquerda _____ Não Não sabe

18 - Possui história de mama direita ou esquerda? Sim, mama direita _____ Sim, mama esquerda _____ Não Não sabe

19 - Possui história de mama direita ou esquerda? Sim, mama direita _____ Sim, mama esquerda _____ Não Não sabe


ATENÇÃO - O preenchimento deste formulário é obrigatório



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



BOLETIM DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL INDIVIDUAL

Ministério da Saúde 		BPA-I Boletim de Produção Ambulatorial Dados Individualizados	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		CBO	
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL			
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		NOME DO PROFISSIONAL	
CBO	IDENTIFIC	RESPE	RESMA
DEQUÍPULO 1 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		NOME DO PACIENTE	
SEXO	DATA DE NASCIMENTO	RAÇA	ESTADO
MARC [] PIM []	/ /		
COD. DEPENDÊNCIA	INDICADOR	RESUMO	COMPLAUMENTO
RESUMO	RESUMO DE EXAME		RESMA
PROCEDIMENTO REALIZADO			
DATA DO PROCEDIMENTO	CODIGO DO PROCEDIMENTO	QREN	CNPJ
/ /			
SERVIÇO	CODIGO	CBO	CAPACIDADE DO ESTABELECIMENTO
			NR DA AUTORIZAÇÃO
DEQUÍPULO 2 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		NOME DO PACIENTE	
SEXO	DATA DE NASCIMENTO	RAÇA	ESTADO
MARC [] PIM []	/ /		
COD. DEPENDÊNCIA	INDICADOR	RESUMO	COMPLAUMENTO
RESUMO	RESUMO DE EXAME		RESMA
PROCEDIMENTO REALIZADO			
DATA DO PROCEDIMENTO	CODIGO DO PROCEDIMENTO	QREN	CNPJ
/ /			
SERVIÇO	CODIGO	CBO	CAPACIDADE DO ESTABELECIMENTO
			NR DA AUTORIZAÇÃO
DEQUÍPULO 3 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		NOME DO PACIENTE	
SEXO	DATA DE NASCIMENTO	RAÇA	ESTADO
MARC [] PIM []	/ /		
COD. DEPENDÊNCIA	INDICADOR	RESUMO	COMPLAUMENTO
RESUMO	RESUMO DE EXAME		RESMA
PROCEDIMENTO REALIZADO			
DATA DO PROCEDIMENTO	CODIGO DO PROCEDIMENTO	QREN	CNPJ
/ /			
SERVIÇO	CODIGO	CBO	CAPACIDADE DO ESTABELECIMENTO
			NR DA AUTORIZAÇÃO
RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)		GESTOR MUNICIPAL, ESTADUAL	
Carimbo	Assinatura	Carimbo	Assinatura
DATA / /		DATA / /	



ESTADO DE ALAGOAS
 PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
 CNPJ: 12.258.141 / 0001 – 98
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



CADERNETA DA GESTANTE

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Caderneta da Gestante

Brasília - DF
 Edição eletrônica - 2014

Toda mulher tem direito ao atendimento na gravidez, no parto e após o parto e pode contar com a Rede Cegonha, uma ação de saúde do SUS que fortalece os direitos das mulheres e das crianças.

O Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, elaborou esta Caderneta da Gestante pensando em você, que vive um dos momentos mais intensos de sua vida. Aqui você vai encontrar vários assuntos:

- seus direitos antes e depois do parto;
- o cartão de consultas e exames, com espaço para você anotar suas dúvidas;
- dicas para uma gravidez saudável e sinais de alerta;
- informações e orientações sobre a gestação e o desenvolvimento do bebê, alguns cuidados de saúde, o parto e o pós-parto;
- informações e orientações sobre amamentação;
- como tirar a Certidão de Nascimento de seu filho.

O profissional de saúde anotarà nesta caderneta todos os dados de seu pré-natal e escreverá o resultado das consultas, dos exames, das vacinas e o que for importante para um bom acompanhamento do pré-natal.

Aqui tem também espaço para você anotar suas sensações e seus sentimentos, coisas que queira dizer para seu bebê e colar fotografias.

Um pré-natal bem acompanhado, resultará em mais saúde para você e seu bebê. Guarde esta caderneta com carinho e cuidado e traga-a sempre com você. Ela será uma grande amiga e conselheira.

Unidade de Saúde do pré-natal: _____

Serviço de saúde indicado para o parto: _____

Nome: _____

Como gosta de ser chamada: _____

Nome(s) da(s) companheira(s) / opção(s): _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Raça: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena

Trabalha fora de casa: () Sim () Não

Ocupação: _____

Endereço: _____

Ponto de referência: _____

Cidade: _____

Estado: _____ CEP: _____

Tel. fixo: _____ Tel. celular: _____

e-mail: _____

Em situação de emergência, ligar para:

Nome: _____

Telefone: _____

Pai do bebê
 Mãe do bebê
 Vizinho
 Outros

Caso su perca esta caderneta e você a encontrar, por favor nos informe. Ela é muito importante para mim e para meu bebê.



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
 CNPJ: 12.258.141 / 0001 – 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Conheça seus direitos:

Direitos trabalhistas:

- Licença maternidade de 120 (cento e vinte) dias para gestantes com carteira de trabalho assinada.
- Não ser demitida enquanto estiver grávida e até cinco meses após o parto, a não ser por "justa causa".
- Mudar de função ou setor em seu trabalho, caso seja apresentado riscos ou problemas para sua saúde ou a saúde do bebê. Para isto, apresente a sua chefe um atestado médico comprovando que você precisa mudar de função.
- Receber DECLARAÇÃO DE COMPARCIMENTO sempre que for às consultas de pré-natal ou fizer algum exame. Apresentando esta declaração a sua chefe, você terá a falta justificada no trabalho.
- Até o bebê completar seis meses, você tem o direito de ser dispensada do trabalho todos os dias por dois períodos de meia hora ou um período de uma hora para amamentar. Combine com seu empregador o melhor jeito de aproveitar esse tempo.
- Licença de cinco dias para o parto após o nascimento do bebê.

Além disso, tem os direitos sociais:

- Guardas e salas especiais ou prioridade nas filas para atendimento em instituições públicas e privadas (bancos, supermercados, lojas).
- Assento prioritário para gestantes e mulheres com bebê no colo em ônibus e metrô. Peça licença e ocupe o lugar que é seu. Não viaje em pé! No ônibus, você pode ser pega para ir à frente.
- Se a sua família é beneficiária do Bolsa Família, você tem direito ao benefício variável extra na gravidez e durante a amamentação.

Entrega em adoção:

- A Lei nº 12.010/2009 garante a você o direito de receber atendimento psicológico gratuito se desejar procurar ou decidir entregar a criança em adoção. Procure a Vara da Infância e Juventude de sua cidade.

Se você for estudante, também tem seus direitos garantidos:

- A Lei nº 6.202/1975 garante a estudante grávida o direito a licença maternidade sem prejuízo do período escolar.
- A partir do oitavo mês de gestação a gestante estudante poderá cumprir os compromissos escolares em casa. Decreto Lei nº 1.044/1969.

- O início e o fim do período de afastamento serão determinados por atestado médico a ser apresentado à direção da escola.
- Em qualquer caso, é assegurado às estudantes grávidas o direito à prestação dos exames finais.

Direitos nos serviços de saúde:

- Ser atendida com respeito e dignidade pelo equipe, sem discriminação de cor, orientação sexual, religião, idade ou condição social.
- Ser chamada pelo nome que preferir e saber o nome do profissional que a atende.
- Aguardar o atendimento servida, em lugar adequado sendo o seu diagnóstico regido para beber e trabalhar tempo.

Lei da vinculação para o parto:

- Lei Federal nº 11.340/2007 que garante a gestante o direito de ser informada anteriormente pela equipe de pré-natal, sobre qual a maternidade de referência para seu parto e de visitar o serviço antes do parto.

GESTANTE E BEBÊ SEMPRE TEM O DIREITO A VAGA

- Para o parto você deve ser atendida no primeiro serviço de saúde que procurar. Em caso de necessidade de transferência para outro serviço de saúde, o transporte deverá ser garantido de maneira segura.

Lei do direito a acompanhante no parto:

- Lei Federal nº 11.108/2005 que garante às parturientes o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto no SUS. Este acompanhante é escolhido por você podendo ser homem ou mulher.

Violências na gravidez:

- Se você sofrer qualquer tipo de violência física, sexual ou psicológica por parte de pessoas próximas ou desconhecidas, e desejar ajuda do serviço de saúde, converse com o profissional que a está atendendo. Procure orientações para defender seus direitos e não permitir que aconteça novamente. Ligue 180 ou Disque Saúde 136, de forma gratuita, e denuncie.



A descoberta da gravidez!

A gravidez é um período de grandes transformações para a mulher, para seu(sua) parceiro(a) e toda a família. São vivências intensas e por vezes sentimentos contraditórios, momentos de dúvidas, de ansiedade, especialmente se você for adolescente. Você pode estar sonhando com esse momento há muito tempo ou talvez tenha sido surpreendida por uma gravidez inesperada.

Mesmo quando a gravidez é planejada, você precisará de um tempo para se adaptar a essa nova etapa da vida. Agora seu bebê está a caminho e vocês dois vão passar muito tempo juntos. Ao longo desses nove meses seu corpo vai se modificar lentamente, se preparando para o parto e a maternidade. Enquanto o bebê se desenvolve, você também cresce como mulher. A gravidez lhe dá confiança e força para o parto e para cuidar do bebê.

*Então grávida é
 Ter o seu companheiro dentro do seu corpo*



ESTADO DE ALAGOAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO

CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Os 3 primeiros meses de gestação

1º trimestre - de 0 a 13 semanas

Neste início ocorre a adaptação de seu corpo e de seus sentimentos, trazendo sensações ora de prazer, ora de desconforto. Faz parte desse momento a oscilação entre a aceitação e a recusa da gravidez. Fique tranquila, o sentimento de não querer a gravidez pode acontecer e não causará danos ao bebê.

Você vai perceber o aumento dos seios, também pode sentir mais sono, mais fome, enjoos e até ficar mais cansada. Não se preocupe, tudo isso é comum! São as adaptações necessárias da gravidez.

É importante a alimentação saudável, não ingerir bebidas alcoólicas, nem fumar ou usar drogas. Nestes casos, peça ajuda ao profissional de saúde.

A gravidez não causa cárie, mas as gengivas podem ficar mais sensíveis e ser facilmente irritadas pela placa bacteriana. Cuidado na higiene bucal (utilize escova, pasta e fio dental), mantenha uma alimentação saudável, controle a quantidade de açúcares e faça acompanhamento durante o pré-natal com um dentista.

Durante as consultas você receberá orientações importantes para o cuidado com a saúde sua e de seu bebê. Uma boa higiene bucal da mãe cria um bom hábito de higiene na criança.

Você deve comparecer mensalmente às consultas de pré-natal e fazer todos os exames solicitados. Aproveite para falar de suas preocupações e sentimentos.

Considere as oportunidades do bebê a participar das consultas de pré-natal, caso seja de sua vontade. Pode ser um bom momento para fortalecer a relação de vocês e dele com o bebê. É assim que os pais vão se ligar para ele e se ligar ao pai por acontecer, tem os mesmos direitos de um pai adulto, com relação a seu filho.



Como seu bebê está se formando?



Seu bebê foi gerado a partir do encontro do espermatozoide do homem com o óvulo da mulher.

Com 4 semanas ele é do tamanho de um grão de arroz, seu coração começa a bater e aparecem pequenos brotos que serão depois os braços e as pernas.

• Ao final de 8 semanas já estão se formando os dedos, as mãos, as orelhas e os órgãos internos. Ele é do tamanho de uma ervilha e pesa mais ou menos 7 gramas.

• De 9 a 12 semanas (durante o 3º mês) seu rosto já está quase todo formado e os olhos já têm as pálpebras. Inicia-se o funcionamento do cérebro, e ele já se movimenta e mexe os braços e as pernas. Já se formou o cordão umbilical, que liga o bebê à placenta.

Ao final do 3º mês o coração já pode ser ouvido durante a consulta de pré-natal.

Você deve comparecer mensalmente às consultas de pré-natal e fazer todos os exames solicitados. Aproveite para falar de suas preocupações e sentimentos.



Do 4º ao 6º mês

2º trimestre - de 14 a 26 semanas

Neste segundo trimestre seu corpo e sua emotividade crescem. Você começa a perceber os primeiros movimentos dentro de sua barriga, que confirmam que seu bebê está bem pertinho de você. Isso pode trazer uma sensação muito boa que fortalecerá sua ligação com seu filho.

É um período de grande bem-estar. Aproveite!

Nessa época seu corpo vai mudar muito rápido, com crescimento da barriga e alterações nos seios e nos quadris. As sensações iniciais de desconforto desaparecem, dando lugar a sentimentos de plenitude e muita disposição. E sua barriga vai ser notada pelas pessoas.

Dica: Você pode falar com o seu parceiro ou com a família. Ter a ajuda, principalmente de você, tem a ajuda profissional de quem pode ajudar a entender os sinais do bebê. E ainda assim, a ajuda não substitui a presença do pai e da mãe.

Você pode e deve fazer tratamento odontológico durante a gravidez. E segue na psr, você e protegerá se o bebê contra infecções e outros problemas. Este é o período mais adequado para a realização dos procedimentos.

Enquanto isso, dentro de sua barriga...

• Entre 13 e 14 semanas iniciam-se os movimentos respiratórios e das mãozinhas.

• Entre 15 e 16 semanas a pele, ainda transparente, começa a se engrossar. O bebê já tem olhos e sobrancelhas e seus movimentos começam a ser percebidos. O coração bate muito mais rápido do que o seu.

• Entre 17 e 18 semanas ele pode medir de 17 cm a 20 cm e pesar de 200 gramas a 250 gramas. Já consegue sugar, engolir e piscar. Ele pode soltar o que é normal.

• Entre 20 e 24 semanas ele mede em torno de 26 cm e seu peso médio é de 500 gramas. Os movimentos ficam mais intensos e você os percebe bem. Há momentos em que ele está dormindo e momentos em que fica acordado. Todo o seu organismo está funcionando em harmonia. Ele se alimenta por meio do cordão umbilical e da placenta.

Dica: Em alguns momentos de dor, procure ficar mais tranquila, se quiser obter as sensações de sua barriga. Consulte as mãos de alguém, talvez as mãos de um filho, que está a seu lado. Isso pode lhe trazer conforto e diminuir suas preocupações.

Veja na última página os sinais de alerta. Na dúvida, procure o serviço de saúde.





ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BRANCO
 CNPJ: 12.258.141 / 0001 – 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



7º ao 9º mês – É hora de fazer o ninho!

Último trimestre – de 27 a 40,41 semanas

O final da gestação é o momento em que tanto você quanto seu bebê se preparam para uma grande mudança. O bebê tem menos espaço dentro de sua barriga e que dá a sensação de peso e desconforto. Você pode sentir menos sono.

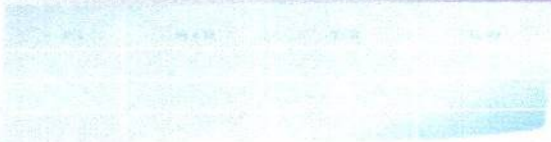
Seu corpo está se preparando para o parto e para acolher quem vai chegar.

Seu útero pode ficar duro por instantes, mas você não sentirá dor, apenas uma leve sensação de endurecimento.

Podem sair de seu peito um líquido amarelado, chamado colostro, que vai alimentar seu bebê nos primeiros dias de vida.

Essa é uma época de ansiedade com o parto. O medo do desconhecido é natural. Procure conversar com quem possa lhe passar confiança e deixá-la mais tranquila.

Observar os movimentos do bebê é uma forma de saber se ele está bem. Algumas vezes, no final da gravidez, pode ser mais difícil você perceber esses movimentos. Quando tiver dúvida, faça o seguinte exercício: coma alguma coisa, deite do seu lado esquerdo por meia hora em um ambiente tranquilo, coloque a mão na barriga e marque no quadrinho abaixo cada vez que o bebê se mexer. Em caso de dúvida ou se ele se mexer menos que 3 vezes em cada período de meia hora, procure o serviço de saúde. Não se preocupe se em algum período ele não se mexer, pois pode estar dormindo. Neste caso, repita o exercício depois de uma hora.



Preparando para nascer...

Nos últimos três meses da gestação a maioria dos bebês se coloca de cabeça para baixo. Ele tem o próprio ritmo de dormir e acordar e começa a dar sinais de querer nascer, com o surgimento das primeiras contrações.

De 27 a 30 semanas ele pode pesar 1 kg e medir cerca de 32 cm. Já percebe a luz fora do útero, abre e fecha os olhos. Escuta e identifica vários sons, como vozes e músicas, e pode se assustar com barulhos altos e repentinos. O espaço dentro do útero vai ficar cada vez mais apertado. Com 30 semanas já pesa 2 kg.

Sua pele fica coberta por um tipo de creme branco, o vernix, que traz proteção e o ajudará a se deslizar pelo canal do parto.

Ele já está todo formado, mas não está maduro. Falta pouco. É preciso ter paciência para esperar o tempo certo de nascer. A natureza sabe o melhor momento! Antecipar o parto sem necessidade é prejudicial para você e seu bebê.

Prematuro

Se o seu bebê chegar antes da hora e precisar de cuidados especiais, você tem direito a ficar perto dele no hospital, como acompanhante, durante todo o tempo.



Este é um espaço para seu parceiro e /ou o pai do bebê.

Para você que vai formar seu bebê, conhecer suas emoções, sentimentos, fazeres que o bebê irá aprender com a presença desta criança e coisas que você deseja dizer a ela.

Para saber mais sobre o curso de acompanhamento da gravidez, consulte o telefone (82) 3629-1242 ou o e-mail: smsourobranco@hotmai.com



Para saber mais sobre o curso de preparação para o parto, consulte o telefone (82) 3629-1242 ou o e-mail: smsourobranco@hotmai.com

Cuidados importantes na gravidez

Veja aqui dicas para se manter saudável durante a gravidez e o parto.





ESTADO DE ALAGOAS
 PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
 CNPJ: 12.258.141 / 0001 – 98
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Receita para uma gravidez saudável!

Como está sua alimentação?

Durante a gestação procure ter uma alimentação saudável e diversificada, rica em vitaminas, proteínas, carboidratos, vegetais, ferro e cálcio. Isso é importante para seu bem-estar e para a formação e o crescimento adequado do bebê.

Dez passos para que sua alimentação seja saudável:

- 1) Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer. Entre as refeições beba muita água. Evite comer doce como sobremesa.
- 2) Dê preferência aos alimentos em sua forma mais natural. As farinhas integrais, além de serem fontes de carboidratos, são boas fontes de fibras, vitaminas e minerais.
- 3) Arroz com feijão faz muito bem para a saúde. É um prato brasileiro, com uma combinação equilibrada de nutrientes.
- 4) É importante incluir na alimentação leite e derivados, e uma porção de carne, peixe ou ovos. Retire a pele e a gordura da carne antes da preparação, tomando este alimento mais saudável!
- 5) Diminua o consumo de gorduras, consuma, no máximo, uma colher (sopa) de óleos vegetais ou azeite ou 1 colher (sopa) de manteiga ou margarina por dia. Fique atenta aos rótulos dos alimentos, e prefira aqueles livres de gorduras trans.



- 6) Coma todos os dias legumes, verduras e frutas da época.
- 7) Evite refrigerantes e sucos industrializados, chocolates, doces, biscoitos, docinhos e outras guloseimas em seu dia a dia.
- 8) Diminua a quantidade de sal na comida e retire o salero da mesa. Faça o mesmo com o açúcar.
- 9) Para evitar a anemia (falta de ferro no sangue), consuma diariamente alimentos ricos em ferro, como carnes, miúdos, feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras, grãos integrais, castanhas e outros. Consuma junto com esses alimentos fontes de vitamina C, como acerola, goiaba, laranja, suco, limão e outras.
- 10) Todos esses cuidados ajudarão você a manter a saúde e o ganho de peso dentro de limites saudáveis. Pratique alguma atividade física e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

Além desses cuidados, é recomendável durante a gestação e até o 3º mês após o parto o uso de soro ferroso, que é distribuído nas Unidades Básicas de Saúde.



Matendo uma alimentação saudável, seu ganho de peso será adequado.

Dicas importantes

É recomendável tomar um pouco de sol durante o início da manhã ou o final da tarde, inclusive nas mamãs. Lembre-se de usar boné ou chapéu e protetor solar no rosto, para evitar manchas de pele.

Evite descolorantes, tinturas de cabelo, alisantes e onduladores que contêm amônia e outros componentes que podem fazer mal ao bebê.

Você deve sair de ambientes onde haja fumantes, em qualquer fase da gravidez. Respirar a fumaça com frequência pode afetar o bebê.

Exercícios

Caminhadas ajudam a melhorar a circulação do sangue, aumentar a disposição e a sensação de bem-estar. Se não houver contra indicação, deve ser mantida do início ao fim da gravidez.

Procure fazer atividades físicas leves e prazerosas.

Exercite a respiração, respire lenta e profundamente, várias vezes ao dia. Isso pode ajudar em momentos de desconforto e inquietude.

Sono

Procure dormir 8 horas por noite.

Relaxe alguns minutos durante o dia.

Eleve as pernas quando estiver sentada ou deitada.

Caso tenha muito sono, procure descansar mais.

Deite-se preferencialmente do lado esquerdo, com um travesseiro entre as pernas. Esta posição facilita a passagem de oxigênio para o bebê.

Sexo na gestação

Quanto a seu desejo sexual:

Desejo e disposição sexual podem mudar na gravidez. Há mulheres que têm menos vontade e outras que têm mais vontade do que antes. Isso pode acontecer para o homem também. Ter relações sexuais não machuca o bebê, é saudável e pode dar muito prazer. O que realmente importa é que seja respeitada sua vontade de ter relação ou não. Converse com seu parceiro sobre isso. Evite posição que cause desconforto. Durante o orgasmo é comum a bexiga ficar dura, não se preocupe. Se sentir desejo, relações sexuais até o momento do parto podem facilitar o nascimento do bebê.

Atenção: Se notar presença de sangramento ou saída de líquido diferente, evite atividade sexual e procure a Unidade de Saúde.

Pergunte à sua mãe ou a uma mulher mais experiente como elas se sentiram na gravidez e após o parto. Anote aqui dicas e cuidados que achou importantes.

Gratidão, com carinho e profissionalismo.





ESTADO DE ALAGOAS
 PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
 CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Atenção para algumas situações e sintomas especiais:

- * **A gengivite** (sangramento da gengiva) pode ocorrer mais facilmente durante a gestação por causa da variação dos níveis hormonais. Por isso, adote um hábito plano de cuidados com sua saúde bucal. Utilize fio dental diariamente e uma escova de dente macia como creme dental.
- * **Enjoo e vômitos** são comuns nos primeiros meses de gravidez. Evite ficar muito tempo sem se alimentar e escolha alimentos mais secos (bolsinhas de água e sal, pão) ou frutas, de acordo com seu desejo. Caso vomite, faça apenas bochecho com água e aguarde meia hora para escovar os dentes.
- * **Azia e queimação** evite beber líquidos junto com a refeição e se deitar após as principais refeições. Coma mais vezes e em menor quantidade de cada vez.
- * **Cãibras e formigamentos nas pernas** podem acontecer na gestação. Modere a atividade física, tome muita água, suco de frutas e coma bananas, que são ricas em potássio. Você pode também sucoçar e massagear as pernas.
- * **As varizes nas pernas** são causadas por problemas de circulação e dilatação das veias. Não fique muito tempo em pé ou sentada. A cada 2 horas procure ficar com as pernas levantadas. Você pode também usar meias elásticas, calçados e roupas soltas confortáveis.
- * **Dor na coluna e dor na barriga** podem aparecer principalmente no final da gravidez. Evite carregar peso e diminua o serviço doméstico, como lavar roupa e limpar o chão. Você pode também se espreguiçar para esticar a coluna.

- * **Intestino preso** é comum na gravidez. É recomendável comer alimentos integrais ricos em fibras (pão e arroz integrais, grão-de-bico, feijão, folhas verdes - alface, couve, rúcula, beterraba - e frutas como mamão, laranja com o bagaço, ameixa preta, tamarindo). Evite queijos, farinhas brancas (não integrais) e frutas como café e goiaba. Você deve também beber muita água e fazer atividade física regularmente. Dica importante: quando sentir vontade de ir ao banheiro, não espere.
- * Se tiver **hemorroidas** (varizes na região anal, que podem sangrar), faça banhos de assento com água morna. Evite usar papel higiênico. Dê preferência à água com sabão e enxugue sempre com uma toalha macia. Fale sobre isso na consulta pré-natal.
- * É comum sentir mais vontade de urinar no início e no final da gestação. Se você sentir dor ou queimação na hora de fazer xixi, pode ser uma infecção urinária. Neste caso, procure a Unidade de Saúde.
- * O aumento da secreção vaginal (corrimento) é comum na gestação. Se houver outras características, como cheiro forte, cor estranha, procure a Unidade de Saúde, pois pode tratar-se de uma doença sexualmente transmissível. Use roupas mais ventiladas e frescas.
- * A qualquer sinal de febre, manchas pelo corpo, sintomas de gripe, inguês, vômito, diarreia, procure o serviço de saúde mais próximo.
- * Doenças infecciosas podem ser transmitidas pelo ar (tuberculose, rubéola, gripe e outras). Evite locais fechados, com alta concentração de pessoas, e contato com gatos.



Você sabia?

- O desejo de comer coisas estranhas é comum na gravidez. Não há risco de o bebê nascer com problemas caso você passe vontade.
- A mulher grávida não precisa comer por dois.
- Dormir de bruços não machuca o bebê, mas dormir sobre o lado esquerdo é melhor.
- A mulher que fez uma cesariana pode ter parto normal na gravidez seguinte.
- A mulher pode lavar a cabeça desde o primeiro dia após o parto.
- O bebê não provoca rechaduras no peito da mãe quando amata sobre ele.
- A mulher grávida pode fazer tratamento odontológico.

Diabetes, pressão alta, anemia e infecção urinária são doenças que a mulher pode ter antes de engravidar ou desenvolver durante a gravidez. Caso a mulher tenha essas e outras doenças consideradas de risco, ela precisará de cuidados especiais.

Agora vamos conversar sobre o acompanhamento do pré-natal.

As consultas e os grupos de gestantes são realizados tanto por médicos(as) quanto por enfermeiros(as). É importante que todos os profissionais façam parte deste cuidado como agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, dentista e outros.

Toda gestante tem direito a consultas e exames pelo SUS. A cada consulta o profissional irá:

1. perguntar como está se sentindo, como passou o mês e ouvir suas dúvidas e impressões sobre esse momento - é interessante você anotá-las no final desta caderneta para não se esquecer na próxima consulta;
2. fazer o exame clínico e
 - verificar seu peso e pressão arterial;
 - observar se há sinais de anemia ou inchado;
 - medir o tamanho de sua barriga;
 - ouvir as batidas do coração do bebê;
3. solicitar e avaliar o resultado dos exames;
4. verificar as vacinas do pré-natal;
5. prescrever tratamentos, se necessário;
6. ensinar quanto às questões da gravidez e do parto.

Algumas mulheres podem apresentar complicações - são situações que precisam de acompanhamento especializado, identificadas durante o pré-natal. Neste caso, você será encaminhada ao serviço de pré-natal de alto risco, mas continuará tendo o acompanhamento dos profissionais que iniciaram seu pré-natal.

É importante participar do grupo de gestantes, no qual você poderá trocar experiências com outras grávidas e com os profissionais de saúde.



ESTADO DE ALAGOAS
 PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
 CNPJ: 12.258.141 / 0001 – 98
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Conheça os principais exames e as vacinas que você deve realizar durante o pré-natal:

- **Tipagem sanguínea e fator Rh** - identifica seu tipo de sangue. Se a gestante tem Rh negativo e o pai do bebê tem Rh positivo, ela deve fazer um outro exame durante o pré-natal: o Coombs Indireto. Após o nascimento, caso o bebê tenha Rh positivo, a mulher deverá tomar uma vacina em até 3 dias após o parto para evitar problemas na próxima gestação. Você tem direito a essa vacina pelo SUS.
- **Hemograma** - identifica problemas como, por exemplo, anemia (falta de ferro no sangue), que é comum na gravidez e deve ser tratada.
- **Eletroforese de hemoglobina** - identifica a doença falciforme ou a talassemia, que são hereditárias e requerem cuidados especiais na gravidez.
- **Glicemia** - mede a quantidade de açúcar no sangue. Se estiver alta, pode indicar diabetes, que deve ser cuidada com dieta, atividade física e uso de medicamentos.
- **Exame de urina e urocultura** - identificam a presença de infecção urinária, que deve ser tratada ainda durante o pré-natal.
- **Exame preventivo de câncer de colo de útero** - este exame precisa ser realizado periodicamente por todas as mulheres, de acordo com a necessidade. Procure saber se você tem a necessidade de fazê-lo durante o pré-natal.
- **Teste rápido de sífilis e VDRL** - identificam a sífilis, doença sexualmente transmissível que pode passar da gestante para o bebê durante a gravidez. Em caso de teste positivo, a gestante e seu parceiro devem ser tratados o mais rápido possível. O tratamento da sífilis é simples e eficaz. Pela Rede Cegonha, você tem direito ao teste rápido de sífilis no início do pré-natal.

• **Testes de HIV** - identificam o vírus causador da aids, doença que compromete o sistema de defesa do organismo, provocando a perda da resistência e da proteção contra outras doenças. Pode ser transmitido da mãe para o filho durante a gravidez, o parto ou a amamentação. Quanto mais cedo iniciar o tratamento, maior a chance de a mulher e seu bebê ficarem saudáveis. Pela Rede Cegonha, você tem direito ao teste rápido de HIV no início do pré-natal.

• **Teste de malária** - deve ser realizado em todas as gestantes da Região Amazônica, que apresentem sintomas ou não.

• **Testes para hepatite B (HBsAg)** - identificam o vírus da hepatite B, que pode passar da mãe para o bebê durante a gravidez. Caso você tenha o vírus, seu bebê poderá ser protegido se receber a vacina e a imunoglobulina para hepatite B nas primeiras 12 horas após o parto. Pela Rede Cegonha, você tem direito ao teste rápido de hepatite B no início do pré-natal.

• **Teste rápido para hepatite C (anti-HCV)** - identifica o contato prévio com o vírus da hepatite C, que deve ser confirmado por um outro exame (HCV-RNA).

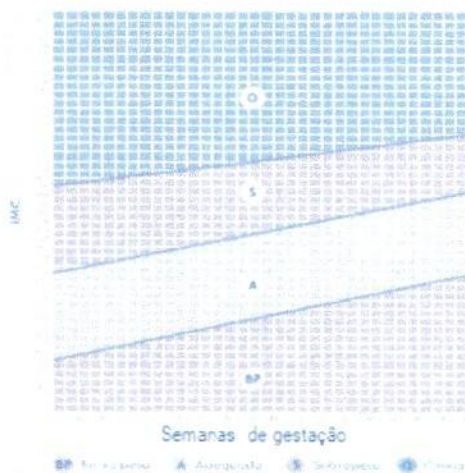
• **Exames para o pai** - todos os homens adultos, jovens e adolescentes que participam do pré-natal têm direito a realizar exames para sífilis (teste rápido e VDRL), anti-HIV (teste rápido), hepatites virais B e C (testes rápidos), tipo sanguíneo e fator Rh, hemograma, lipograma, glicose e eletroforese de hemoglobina.

• **Vacina antitetânica (dT)** - protege contra o tétano no bebê e em você. Se você nunca foi vacinada, deve iniciar a vacinação o mais precocemente possível. Se já é vacinada e a última dose foi há mais de 5 anos, deve tomar um reforço.

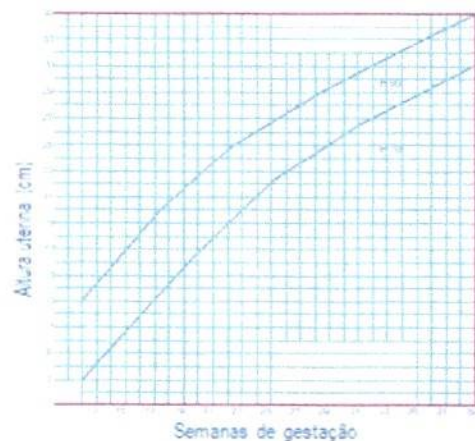
• **Vacina contra a hepatite B** - caso você não seja vacinada, deve tomar 3 doses para ficar protegida.

• **Vacina contra gripe (influenza)** - recomenda-se para toda gestante durante a campanha de vacinação.

Gráfico de acompanhamento nutricional



Curva de altura uterina/idade gestacional





ESTADO DE ALAGOAS
 PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
 CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Consulta odontológica

18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

Legenda

* - Mancha branca ativa	Ce - Lesão cavilhada ativa	PF - Prótese fixa
O - Mancha branca inativa	Cl - Lesão cavilhada inativa	RE - Restauração estética
A - Ausência	E - Exorçado	SP - Selamento protetivo
Ae - Abrasão/erosão	H - Higiene	T - Traumatismo
Am - Amálgama	M - Restauração metálica	X - Extração indicada

Revisão de gengiva/periodontite: NÃO SIM data / /

Plano de tratamento: por consulta

Tratamento realizado (para o consultado, assistido)

Data	Dente	Procedimentos realizados	Ass. CD
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			

Necessidade de encaminhamento para referência (para o consultado, assistido)

Exatidão	Tratamento necessário	Encaminhamento	Retorno	Plano curado
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

O parto está cada dia mais perto!

Sugestões práticas

Você conseguiu organizar as roupas e as faldas de que seu bebê vai precisar? Se tiver dificuldades com o envio de peças orientações na Unidade de Saúde sobre locais de apoio para esse fim em seu município.

Peça a seu(a) companheiro(a) ou alguém próximo de você para ajudá-la nas seguintes tarefas:

- Organizar documentos para levar no momento do parto e para entrar com a licença-maternidade.
- Fazer a lista de telefones úteis. Comprar mantimentos para quando vocês chegarem de maternidade.
- Colocar na sacola o que vocês vão levar:
 - roupas e faldas para o bebê, roupas para você,
 - absorventes, casaco ou manta para seu acompanhante durante a noite, produtos de higiene pessoal;
 - Carteira de identidade ou Cartão de Nascimento;
 - esta caderneta e a Caderneta de Saúde, se for adolescente
 - cartão do SUS, se possuir.
- Se você é estudante, já solicitou o atestado para o afastamento de suas atividades escolares?
- Se você tem outros filhos, quem ficará com eles enquanto estiver na maternidade?
- Você já escolheu quem será seu acompanhante?

Nome e endereço da maternidade de referência:

Placenta deve permanecer no local de origem

- Você já visitou a maternidade?
- Conhecer a maternidade pode deixar você mais confiante e tranquila no momento do parto.

Seu útero já está se preparando para o parto.

Perto da data do parto você poderá sentir sua bamba endurecer como contrações que não duram muito tempo. Antes de pensar em sair para o hospital, tome um banho, repouse e veja se essas contrações continuam fortes e regulares. Pode ser que ainda não seja o trabalho de parto, mas só um treino. Dias antes do parto poderá sair por sua vagina um muco grosso amarelado, como uma clara de ovo, com rajadas de sangue, o tampão mucoso. Este é um sinal de que o parto está próximo.

Como identificar o trabalho de parto

O trabalho de parto pode durar em média de 8 a 12 horas. O medo e o estresse podem prolongar esse período, sentir-se tranquila e confiante pode ajudá-la a diminuir. Portanto, não se espavore quando surgirem os primeiros sinais, você terá tempo suficiente para se organizar e chegar ao local do parto.

Sinais que indicam o início do trabalho de parto:

- Se a sua bamba endurecer a cada 5 minutos por 30 segundos ou mais, permanecendo assim por mais de uma hora.
- Se você perder líquido pela vagina que escorre pelas pernas, molhe a roupa ou a cama (rompimento da bolsa das águas). Neste caso, mesmo que não sinta as contrações, você deve ir a maternidade, pois precisa ser avaliada por um profissional.

O que vai acontecer quando você e seu acompanhante chega em a maternidade?

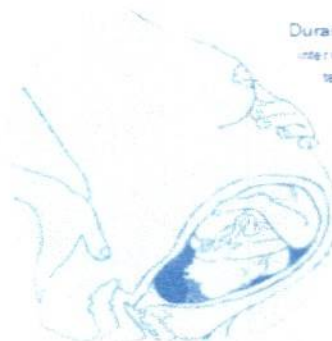
Vocês serão acolhidos e você será examinada por um(a) profissional de saúde, que irá:

- ouvir sua história e dar informações sobre o parto;
- medir sua bamba e as contrações do útero;
- verificar a posição fetal e ouvir o coração do bebê;
- fazer um toque vaginal para ver se já começou a dilatação (abertura) do colo de seu útero para o bebê passar e confirmar se você está em trabalho de parto;
- combinar com você os próximos passos.

Parto e nascimento: experiências que fortalecem a mulher e o bebê.

O parto é um momento de grande intensidade, uma vivência que marca para sempre a vida de uma mulher. É a preparação natural para a maternidade. Você terá a chance de experimentar sensações e sentimentos que podem fortalecê-la enquanto mulher e mãe.

As contrações do trabalho de parto são como uma massagem para estimular seu bebê para a vida. Portanto, mesmo que seu parto tenha que ser uma cesariana, é importante para você e seu bebê passar pelo trabalho de parto. Para o bebê o trabalho de parto é um amadurecimento dos pulmões e do sistema de defesa natural do organismo...



Durante todo o período de internação para o parto, você tem o direito, garantido por lei, a um acompanhante de sua escolha. Alguns serviços de saúde contam com a presença de doulas, mulheres preparadas para lhe dar apoio e ajudar no que for preciso.



ESTADO DE ALAGOAS
 PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
 CNPJ: 12.258.141 / 0001 – 98
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Trabalho de parto

Algumas coisas que você deve saber para ter um bom parto:

Você tem direito a um ambiente sossegado, privado, arejado, sem ruídos, só para você e seu acompanhante durante o trabalho de parto e o parto. É fundamental que você seja apoiada por pessoas que lhe tragam ânimo e confiança!



Existem vários procedimentos que **não** devem ser realizados de rotina, mas apenas em algumas situações, como, por exemplo:

- **Lavagem intestinal** - é desagradável e desnecessária: durante o trabalho de parto você esvaziará seu intestino naturalmente.
- **Raspagem dos pelos íntimos** - não é preciso fazer nem em casa, nem quando chegar à maternidade. Seus pelos são uma proteção natural para a vagina.
- **Romper a bolsa das águas** - o rompimento artificial da bolsa aumenta os riscos de infecção e problemas com o cordão umbilical do bebê.
- **Soro com ocitocina** - torna as contrações mais incômodas e dificulta sua movimentação.
- **Episiotomia** - é um pique na vagina, pode causar dor e desconforto após o parto e aumentar os riscos de infecção.

O que você pode fazer para favorecer seu parto

Você pode mudar de posição, buscando maior conforto em cada momento: sentada, deitada de lado, ajoelhada de cócoras, sentada na bola ou no banquinho, de quatro, de pé e caminhando. Estas posições podem aliviar a dor.

- Caminhar e movimentar-se pode diminuir o tempo do parto.
- Tomar banho de chuveiro ou banheira é um ótimo método para aliviar a dor.
- Beber água e comer alimentos leves dão mais força e energia para você e seu bebê.
- Respirar profundamente, no ritmo da contração, facilita a abertura e a saída do bebê.



Apoiar-se em uma cadeira, ajoelhar-se e apoiar-se no chão.

Posições de parto

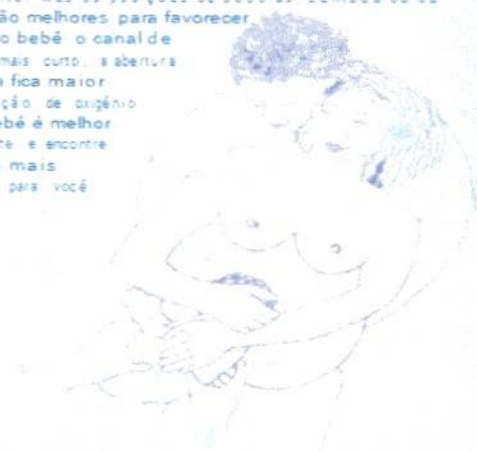


O parto

O parto é uma grande experiência para a mulher e o bebê, e também para o pai. Pode ser um momento de grande prazer, a saída do bebê, o fim das contrações e o encontro com esse pequeno ser.

Você deve ter ouvido falar várias coisas sobre a dor do parto. É importante saber que essa dor varia de intensidade de mulher para mulher e se torna maior se a mulher está tensa e com medo.

Você está acostumada a ver as mulheres deitadas para o parto, mas as posições de cócoras, sentada ou de joelhos são melhores para favorecer a saída do bebê: o canal de parto fica mais curto, a abertura da vagina fica maior e a circulação de oxigênio para o bebê é melhor. Experimente e encontre a posição mais adequada para você.





ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
 CNPJ: 12.258.141 / 0001 – 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



A cesárea

A cesárea pode ser importante e necessária para salvar a vida da mulher e da criança. Não deve ser, porém, uma opção de parto e sim uma indicação médica, como no caso de o bebê estar sentado ou em sofrimento, quando o cordão ou a placenta está fora do lugar e impedindo a saída da criança, quando a mãe sofre de uma doença grave, entre outras razões. Cesariana é uma cirurgia de grande porte que pode apresentar riscos para a mulher e para o bebê se for realizada sem a necessidade.

Comparação entre a cesárea e o parto normal

Cesárea	Parto normal
Mais dor e dificuldade para andar e cuidar do bebê após a cirurgia.	Rápida recuperação, facilitando o cuidado com o bebê após o parto.
Mais riscos de ter febre, infecção, hemorragia e intercorrências no aleitamento.	Menos riscos de complicações, favorecendo o contato pele a pele imediato com o bebê e o aleitamento.
Mais risco de complicações na próxima gravidez.	Menor risco de complicações na próxima gravidez, tornando o próximo parto mais rápido e fácil.
Para o bebê: Mais riscos de nascer prematuro, ficar no incubador, ser alimentado de mdo e demorar a ser amamentado.	Para o bebê: Na maioria das vezes, ele vai direto para o colo da mãe.
Mais riscos de desenvolver alergias e problemas respiratórios na idade adulta.	O bebê nasce no tempo certo, seus sentidos e órgãos são estimulados para a vida por meio das contrações uterinas e da passagem pela vagina.

O primeiro encontro: o nascimento

Este é um momento único em sua vida e na vida de seu bebê. O primeiro encontro ainda no ambiente do parto é fundamental para a formação do apego. Se ele nascer bem, você deve ser a primeira pessoa a pegá-lo e acariciá-lo. Este contato imediato, pele a pele, é necessário para a imunidade do bebê, para a sensação de segurança e de que ele é bem-vindo à vida. Afinal, ele também espera como você por este encontro.

Incentive o pai do bebê a ficar junto de vocês. Será um momento inesquecível para ele também.

Registre seus sentimentos sobre o parto e suas opções quando vir seu bebê pela primeira vez.

Qual motivo você se interessou em saber sobre os tipos de parto?

Tipo de parto: normal cesárea
 Motivo da cesárea: Epistoloma sim não
 Sangramento normal aumentado
 Intorrências no parto.
 Medicamentos usados

Olá quem chegou!

Nome: _____

Filia de: _____

Data de nascimento: _____

Nasceu em (cidade/Estado): _____

Profissão da mãe que cuidará de você e de seu bebê: _____

Profissão do pai: _____

Profissão do responsável: _____

Este registro é apenas uma opção, não é a taxa do parto. Não vale como o teste de gravidez e do parto, deve ser feito logo após o nascimento na maternidade ou de Unidade Local de Saúde. Todos os dados serão inseridos no sistema de saúde (SUS) (SUS) (SUS).



ESTADO DE ALAGOAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO

CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Certidão de Nascimento: seu filho ou sua filha é um(a) cidadão(ã) brasileiro(a).

Com o Registro de Nascimento, seu(sua) filho(a) será um indivíduo, com o próprio nome, sobrenome, o nome da mãe, do pai e dos avós e estará escrito que ele(ela) nasceu no Brasil. Ser um(a) cidadão(ã) brasileiro(a) para a ele(ela), muitos direitos, atendimento à saúde, creche, matrícula escolar, o recebimento dos benefícios dos programas sociais, e muitos outros.

Tirar o Registro Civil de Nascimento é obrigatório e ninguém precisa pagar pela primeira via, é gratuita.

Procure o cartório de registro civil do lugar onde seu(sua) filho(a) nasceu ou onde você mora. Algumas maternidades oferecem esse serviço.

Como tirar a Certidão de Nascimento:

A certidão deve ser feita logo após o nascimento da criança, no hospital onde ela nasceu, se houver uma unidade de cartório no local.

Caso não tenha serviço de cartório na maternidade, os pais ou responsáveis devem ir ao cartório mais próximo, levando os próprios documentos e a Declaração de Nascimento Vivo (DNV) entregue pelo hospital.

Se o pai não puder ir registrar o filho, a mãe pode providenciar a Certidão de Nascimento sozinho, levando a Certidão de Casamento ou uma declaração do pai com firma reconhecida em cartório.

- Obs. - Se a mãe não tiver esta declaração do pai ou se o pai for desconhecido, ela pode ir para a Certidão de Nascimento quando em seu nome. Depois, o pai deverá comparecer ao cartório para registrar a paternidade discretamente ou em cumprimento de determinação judicial.
- Se os pais não tiverem o próprio Registro Civil de Nascimento, devem primeiro providenciar os seus para depois registrar a criança.
 - Se a criança nascer fora do hospital e não tiver a DNV, você precisa procurar o cartório com duas testemunhas que confirmem a paternidade o parto.
 - Se os pais forem menores de 18 anos, os avós ou os responsáveis também deverão comparecer ao cartório.
 - Se a mãe for indígena, apresentar também o RANI e ir de ônibus ao cartório e realizar o reconhecimento o registro da criança.

Os primeiros cuidados de uma nova vida em família

A chegada do bebê desperta sentimentos variados. Todos que vivem em torno dele, terão a necessidade de se adaptar.

Depois que chegar em casa, procure descansar sempre que seu bebê estiver dormindo. Nos primeiros dias de vida, as crianças trocam o dia pela noite, portanto, aproveite para dormir mesmo durante o dia. Deixe que o pai/companheiro, os avós, as tias e outras pessoas próximas ajudem no cuidado com o bebê e nas atividades domésticas.

Recado para o parceiro(a): seu apoio é fundamental para o sucesso da amamentação.

Dica: Sempre que você ou outra pessoa for pegar o seu bebê, deve antes lavar as mãos com água e sabão. Na hora de amamentar, procure um lugar tranquilo e evite ambientes com muita gente e barulho.

Aproveite esse momento para ler a "Caderneta da Criança", que você recebeu na saída do hospital. Ela tem muitas dicas e orientações sobre os cuidados com seu bebê.

É importante uma alimentação saudável e variada e beber muita água para favorecer sua recuperação e a amamentação. Alimente-se 5 ou 6 vezes por dia. Evite alimentos gordurosos, café, chá preto, refrigerantes, chocolate e produtos com corantes e adoçantes, e comidas muito temperadas. Observe se algum alimento provocou cólicas no bebê. Evite bebidas alcoólicas, cigarro e outras drogas. Desta forma, você estará protegendo você e seu(sua) filho(a).

• Para curar o umbigo, use apenas álcool 70%.



Puerpério: você também precisa de cuidados.

Se o parto foi normal

Se houve corte próximo à vagina (episiotomia), mantenha-a cicatriz bem limpa, lavando-a com sabonete durante o banho ou após fazer suas necessidades, e secando bem o local. A região está cicatrizando e pode ficar colorida. Não se preocupe, os pontos vão cair sozinhos.

Se o seu bebê nasceu de cesariana

Mantenha a cicatriz bem limpa, lavando com sabonete durante o banho e secando-a bem. Os pontos deverão ser retirados de 8 a 10 dias na Unidade de Saúde.

• Seu útero está voltando ao tamanho normal. Por isso, é comum ter cólicas, que, às vezes, aumentam durante a amamentação. Por mais ou menos um mês, você vai perceber uma secreção que sai pela vagina, que no início é como um sangramento e depois vai diminuindo e clareando gradativamente.

• Se você tiver cor na parte de baixo da barriga, sangramento vaginal com cheiro desagradável e febre, procure rapidamente uma Unidade de Saúde. Você pode estar com uma infecção e deve tratá-la.

• Se você teve pressão alta, diabetes ou outro problema na gestação ou no parto, os cuidados devem continuar após o nascimento do bebê. Você receberá a visita do agente comunitário de saúde (ACS) nesse período. Cure-se com ele para evitar problemas que lhe prejudicem.

Fortes emoções

Você, que passou pelas transformações da gestação e do parto, poderá se sentir frágil e insegura em alguns momentos. Se esses sentimentos aparecerem, lembre-se de que está fase é passageira e que logo você e seu bebê estarão mais confortáveis nesta nova vida.

O apoio (do(a) parceiro(a), de sua família ou das pessoas amigas) é fundamental. Algumas mulheres ficam mais tristes, têm crises de choro e dificuldade para dormir, cuidar delas mesmas ou do bebê.

Se isso acontecer com você, peça ajuda a alguém de sua família. Se os sintomas não se resolverem ou se tornarem muito intensos, você deverá ir à Unidade de Saúde para uma avaliação.

Consulta pós-parto

Você e seu bebê devem retornar à Unidade de Saúde na primeira semana após o parto. Sempre que possível, esteja acompanhada do pai do bebê ou do(a) parceiro(a).

• Atendimento nesse período é importante para:

- saber como está a saúde sua e de seu bebê;
- avaliar a amamentação e o sangramento vaginal;
- observar a cicatrização e sentir pontos, se necessário;
- examinar seu bebê, vacinar e realizar o teste do pezinho;
- ajudar a lidar dúvidas, ansiedade de sua família, sobre qualquer questão em relação à sua saúde e à saúde de seu bebê;
- discutir se deseja ou não uma nova gravidez e sobre os métodos anticoncepcionais.

O planejamento familiar

Logo após o parto, você e seu parceiro estarão envolvidos com os cuidados intensivos com o bebê, muitas vezes sobrando pouco tempo para vocês dois a dois. As relações sexuais deverão aguardar em média 40 dias, tempo para seu organismo se recuperar independentemente do tipo de parto, e comum a vagina ficar ressecada e poderá haver certo desconforto na relação sexual. Esta situação é passageira e tudo voltará a ser como antes.

Existem muitos métodos de evitar filhos, sendo alguns mais indicados durante o período de amamentação. É direito das mulheres e dos homens conhecerem todos os métodos e suas indicações para uma escolha mais apropriada. Por isso, você deve ir, de preferência com seu companheiro, a consulta de puerpério, para que vocês, junto com o profissional de saúde, possam escolher o método mais adequado nessa fase.

É importante saber que a amamentação exclusiva já oferece proteção contra uma nova gravidez até 5 meses após o parto, se a menstruação não descer e o intervalo entre as mamadas for menor que 5 horas.

O método que vocês escolherem (DIU, pílula, camisinha, diafragma, injeção) deverá ser disponibilizado pelo SUS. No caso do método definitivo para a mulher (laqueadura), é preciso ter, no mínimo, dois filhos ou mais de 25 anos e esperar pelo menos 2 meses após o parto. A cirurgia do homem, vasectomia, também é um direito garantido pelo SUS. Discuta com seu parceiro também esta possibilidade. É uma cirurgia mais simples que a ligadura de trompas.

A escolha de um método definitivo deve ser uma decisão muito amadurecida, pois é irreversível.

Deixe-se com o apoio de uma ótima rede de profissionais de saúde. Este artigo pode...



Amamentação

Amamentando, você dá
 a seu bebê uma melhor qualidade de vida.

Apesar de amamentar, além de alimentar o bebê, você transmite amor, carinho e segurança, que são fundamentais para seu desenvolvimento e para sua relação com ele. Todo leite materno é forte, nutritivo e protege contra várias doenças. O colostro é o primeiro leite e tem cor amarelada, ideal para proteger o bebê nos primeiros dias.

Dicas: Quando você pega o bebê de peito, mantenha-o bem alinhado. Não coloque nenhuma outra coisa entre o seu peito e o do bebê. Não cubra os olhos do bebê com as mãos. Mantenha o bebê próximo à mama e em posição confortável. Quando ele estiver mamando, ele pode se cansar e ficar inquieto. Não se preocupe, o bebê pode se cansar e ficar inquieto. Não se preocupe, o bebê pode se cansar e ficar inquieto.

Para que o bebê sugue bem o leite, encontre uma posição em que ele fique tranquilo e você relaxada e confortável. Você pode amamentar deitada, sentada ou em qualquer posição boa para os dois.

Vantagens da amamentação

Para o bebê:

É mais nutritiva e protege contra doenças, como infecção, alergias, asma, desnutrição. O bebê recebe carinho e se sente protegido enquanto mama. Previne problemas dentários e respiratórios.

Para a mãe:

Ajuda o útero a voltar ao tamanho normal mais rapidamente. Reduz o risco de hemorragia e anemia após o parto. Favorece maior contato entre você e seu bebê. Ajuda na redução mais rápida de seu peso. Reduz o risco de câncer de mama no futuro. É mais econômica e higiênica: você só precisa lavar as mãos. É mais prática e segura: o leite está sempre pronto e fresco, na temperatura certa, e não se estraga.

Consulta de puerpério

Temperatura	✓	Lóquios	✓
Pressão arterial	✓	Cicatriz cirúrgica (no caso de cesáreo)	✓
Peso	✓	Vínculo/estado emocional	✓
Emissão mestrar	✓	Amamentação	✓
Emissão vesical	✓	Exame de mamas	✓
Partido	✓	Planejamento reprodutivo	✓

Algumas dicas para o sucesso da amamentação:

- O bebê deve pegar bem o peito, abocanhando a areola (parte escura em volta do bico). Não dê chupetas para seu bebê, pois pode atrapalhar a pega e a sucção do leite.
- Lave seu peito só com água, não passe sabonete nem pomada nas mamas. Fique sempre com o sutiã seco.
- Em caso de rachaduras nos mamilos, observe se a pega está correta e tente mudar a posição de o bebê mamar.
- É bom tomar sol nas mamas, de manhã ou à tarde. Aproveite para dar um banho de sol em seu bebê também. Ele deve ficar sem a roupinha, para que o sol bata diretamente em sua pele.
- Em caso de mamas muito cheias ou endurecidas, é necessário retirar o excesso de leite, o que promoverá alívio para você e facilitará a pega pelo bebê. Peça orientação ao profissional de saúde.

Se você produz mais leite do que seu bebê mama, pode ser uma doadora de leite materno. Verifique na Unidade de Saúde se há posto de coleta ou banco de leite perto de sua casa e como você pode doar.


Em caso de problemas com a amamentação, procure orientação com os profissionais da Unidade de Saúde no Banco de Leite ou no posto de coleta mais próximo.

ATENÇÃO!

Se você sofrer qualquer tipo de violência, procure ajuda: **ligue para 180 - Central de Atendimento à Mulher.** A ligação é gratuita de qualquer lugar do Brasil.

Comece a fazer um relatório de ocorrência imediatamente após o incidente, registre a ocorrência na 190, e faça o registro policial pelo 192.

A violência é qualquer ação que cause dano físico, psicológico ou econômico.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Rua Marechal Floriano Peixoto, s/n, Bairro Luiz Gonzaga de Carvalho, CEP: 57525-000, Ouro Branco - AL
 Tel.: (82) 3629-1242, Fax: (82) 3629-1407, E-mail: smsourobranco@hotmail.com



ESTADO DE ALAGOAS
 PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
 CNPJ: 12.258.141 / 0001 – 98
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Sinais de alerta – procure o serviço de saúde se:

- * a pressão estiver alta
- * sentir dores fortes de cabeça, com a visão embaçada ou enxergando estrelinhas.
- * o bebê parar de se mexer por mais de 12 horas
- * tiver sangramento ou perda de líquido (água) pela vagina.
- * tiver um corrimento escuro (marrom ou preto)
- * apresentar muito inchaço nos pés, nas pernas e no rosto, principalmente ao acordar.
- * tiver dor ou ardor ao urinar.
- * houver sangramento mesmo sem dor.
- * tiver contrações fortes, colorosas e frequentes - se a bolsa das águas se romper antes de começarem as contrações, preste atenção na cor e no cheiro do líquido. Esta é uma informação importante para orientar os profissionais que vão atendê-la.

Tempo aproximado de gravidez

meses	semanas	meses	semanas
1º mês	4 semanas e meia	5º mês	20 semanas e meia
2º mês	8 semanas	6º mês	27 semanas
3º mês	12 semanas e meia	7º mês	31 semanas e meia
4º mês	16 semanas	8º mês	36 semanas
		9º mês	40 semanas e meia

Compareça às últimas consultas!

Não existe alta do pré-natal; ele só acabará quando o bebê nascer. Mesmo após ser encaminhada para realizar pré-natal de alto risco em um serviço especializado, é importante que você seja acompanhada também pela equipe da Unidade Básica de Saúde que iniciou seu atendimento.

1ª consulta	/ /	Profissional
2ª consulta	/ /	Profissional
3ª consulta	/ /	Profissional
4ª consulta	/ /	Profissional
5ª consulta	/ /	Profissional
6ª consulta	/ /	Profissional
7ª consulta	/ /	Profissional
8ª consulta	/ /	Profissional
9ª consulta	/ /	Profissional
10ª consulta	/ /	Profissional
11ª consulta	/ /	Profissional
Consulta odontológica	/ /	Profissional

Anote aqui suas dúvidas para esclarecer na próxima consulta de pré-natal.

1ª consulta	/ /	data
2ª consulta	/ /	data
3ª consulta	/ /	data
4ª consulta	/ /	data
5ª consulta	/ /	data
6ª consulta	/ /	data
7ª consulta	/ /	data
8ª consulta	/ /	data
9ª consulta	/ /	data
10ª consulta	/ /	data
11ª consulta	/ /	data
Consulta odontológica	/ /	data



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
CNPJ: 12.258.141 / 0001 – 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



FICHA ÍNDICE

NOME:			
FILIAÇÃO:			
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:	N.º DE INSCRIÇÃO:	DATA DA NOTIFICAÇÃO:
ENDEREÇO:			
RESP. PELA ABERTURA:			
OBS:			
 ESTADO DE ALAGOAS Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde		FICHA ÍNDICE	



ESTADO DE ALAGOAS
 PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
 CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



FICHA PRONTO ATENDIMENTO URGÊNCIA FPAA

ESTADO DE ALAGOAS
 PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BRANCO
 CNPJ: 12.258.141/0001-98
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

DATA: ___/___/___

NOME: _____

DN: ___/___/___ IDADE: _____ CNS: _____

END.: _____ MUNICÍPIO: _____

TRIAGEM DA ENFERMAGEM

PESO: _____ ALT: _____ PA: _____ mmHg TEMP: _____ °C HGT _____

FC: _____ bpm SpO2: _____ ALERGIA (|SIM | NÃO _____

QUEIXA PRINCIPAL:

ATENDIMENTO MÉDICO

HISTÓRIA CLÍNICA:

CONDUTA:

 ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BRANCO
 CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



FICHA DE ENCAMINHAMENTO PACIENTE

	Estado de Alagoas MINISTÉRIO DA SAÚDE / MS Prefeitura municipal de Ouro Branco Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente Rua Cel. Lucena, 744 - Bairro Luiz Gonzaga de Carvalho CEP: 57525-000 - Ouro Branco/AL - Fone: (82) 3629 - 1348 E-mail: ourobranco@saude.al.gov.br	Nº DE INSCRIÇÃO:																																																					
	FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE																																																						
ORIGEM DO CAMINHAMENTO:		DATA DA CONSULTA: / /																																																					
DESTINO:		HORA DA CONSULTA:																																																					
NOME DO USUÁRIO:		BLOCO	SALA:																																																				
ENDEREÇO:																																																							
NOME DO PROFISSIONAL:																																																							
ESPECIALIDADE:																																																							
MOTIVO:																																																							
ÚLTIMO TRATAMENTO:																																																							
USO EXCLUSIVO DO DENTISTA:		DENTE OU REGIÃO																																																					
<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	<table border="1"> <tr><td>V</td><td>IV</td><td>III</td><td>II</td><td>I</td><td>I</td><td>II</td><td>III</td><td>IV</td><td>V</td></tr> <tr><td>V</td><td>IV</td><td>III</td><td>II</td><td>I</td><td>I</td><td>II</td><td>III</td><td>IV</td><td>V</td></tr> </table>		V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V	V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																								
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																								
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V																																														
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V																																														
DATA: / /		ASSINATURA: _____																																																					
Obs.: Em caso de encaminhamento médico ou odontológico usar o verso																																																							

FICHA DE RETORNO DE PACIENTE		Nº DE INSCRIÇÃO:	
RETORNO DE:		DATA DA CONSULTA: / /	
PARA:		HORA DA CONSULTA:	
NOME:		BLOCO	SALA:
ENDEREÇO:			
DIAGNÓSTICO:			
RESULTADO DO RX./ LABORATÓRIO:			
TRATAMENTO E ORIENTAÇÃO:			
DATA: / /		ASSINATURA: _____	
Obs.: Em caso de encaminhamento médico ou odontológico usar o verso			

trangraf 9 8867 8690



ESTADO DE ALAGOAS
 PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
 CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



FICHA REGISTRO DIÁRIO DE SERVIÇO ANTIVETORIAL

SUS Semana:		PREFEITURA MUNICIPAL		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE																	
Município		PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD		REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL																	
Código e nome da localidade		Cátég. Localid.		Semana Epidemiol.																	
Cidade/Ano		Zona		Tipo Concluída?																	
Data da Atividade		Atividade		Folha																	
		1 - LI - Levantamento de índice		8 - Sim																	
		2 - LI + T - Levantamento de índice + Tratamento		9 - Não																	
		3 - PE - Ponto Estratégico																			
		4 - T - Tratamento																			
		5 - DF - Delimitação de Foco																			
		6 - PVE - Pesquisa Vetorial Especial																			
PESQUISA ENTOMOLÓGICA / TRATAMENTO																					
Nº do Quil.	Seq.	Lado	Nome do Logradouro	Nº	Seq.	Comp.	Tipo de Imóvel	Hora de Entrada	Vale N. (Normal)	R. (Recup)	Pendência	Nº de Depósito			Inventar Insp.pec.	Coleta Anosabe		Tratamento		Perifocal	
												A1	A2	B		C	D1	D2	E		Inov.



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
 CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



FICHA CONTROLE DE RESERVATÓRIO CANINO

PROGRAMA DE CONTRLE DAS LEISHMANIOSES
OPERAÇÕES DE CONTROLE DO RESERVATÓRIO CANINO

MUNICIPIO: _____

NUMERO DE CONTROLE: _____

CODIGO LOC: _____ NOME DA LOCALIDADE: _____ CATEGORIA: _____

LOCALIDADE: _____

ENDERECO (NOME DA RUA): _____

ORGÃO EXEC. COLETA: _____ ORGÃO EXEC. EXAME: _____ ORGÃO EXEC. ELIMIN: _____

CONTROLE: 1-LV _____ AGENTE: _____ DATA DA COLETA: _____
 2-LTA _____
 3-LV + LTA _____

INQUERITO CANINO										EUTANASIA		
COLETA						REGISTROS DAS CASAS SEM CÃO		EXAME LAB.		DATA DA EUTANASIA OU DA PENDÊNCIA	EUTA NASIADO	P E N D
CASAS COM AÇÃO						Nº DA CASA	Nº DA CASA	RESULTADO (P/N - PREJ)				
ID	Nº DA CASA	PROPRIETARIO NOME REDUZIDO / APELIDO	NOME DO CÃO	CÃO PEND.	CODIGO DA AMOSTRA			TR/DPP	ELISA			
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
TOTAIS		CASAS VIST. COM CÃES	CÃES PEND. COLETA	CÃES EXAM	TOTAL DE CASAS VISITADAS SEM CÃES	TESTE RAPIDO		TOTAL DE EXAMES ELISA		CÃES ELIM		
				AMOSTRAS COLET		Positivo	POSITIVOS	NEGATIVO	PREJ			
						Negativo						
LOC. CONCLUIDA? SIM NÃO		DATA			CONVENÇÕES DE PFNDÊNCIA			TÉCNICA DE EXAME				
VISTO DO SUPERVISOR					F - CASAS FECHADAS			DATA DO EXAME				
					R - RECUSA			ELISA				
					N - CÃO NÃO ENCONTRADO							
OPERADOR		CPF	NOME			ASSINATURA						
COLETA												
OPERADOR												
EXAME												
OPERADOR												
ELIMINAÇÃO												



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
 CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



FICHA CAPTURA DE FLEBÓSTOMOS

MS/FNS		PROGRAMA DE CONTROLE DAS LEISHMANIOSES	
FICHA DE CAPTURA E EXAME DE FLEBÓTOMOS			
COORD. REG.		MUNICÍPIO	
NUMERO DE CONTROLE			
LOCALIDADE	COD. DA LOCALIDADE	NOME DA LOCALIDADE	CATEGORIA
QUARTEIRÃO	ENDEREÇO	NOME DA RUA	Nº DA CASA
ORGÃO RESPONSÁVEL PELA COLETA			
OBJETIVO DA AMOSTRAGEM	TURMA / AGENTE	CONTROLE DE:	
<input type="checkbox"/> 1 - Levantamento flebotômico geral <input type="checkbox"/> 2 - Avaliação pré-tratamento anti-vetorial <input type="checkbox"/> 3 - Avaliação pós-tratamento anti-vetorial		<input type="checkbox"/> 1 - LV <input type="checkbox"/> 2 - LTA <input type="checkbox"/> 3 - LV+LTA	
(A) HORÁRIO			
TURNOS:	<input type="checkbox"/> 1 - Noturno <input type="checkbox"/> 2 - Diurno <input type="checkbox"/> 3 - 24 horas	INÍCIO: Data: ___/___/___ Hora: ___:___	
		TÉRMINO: Data: ___/___/___ Hora: ___:___	
(B) AMBIENTE			
<input type="checkbox"/> 1 - INTRADOMÍLIO <input type="checkbox"/> 2 - PERIDOMÍLIO <input type="checkbox"/> 3 - EXTRADOMÍLIO	<input type="checkbox"/> NÚMERO DA ARMADILHA		
(C) CONDIÇÃO DOS FLEBÓTOMOS À CAPTURA			
<input type="checkbox"/> 1 - EM REPOUSO <input type="checkbox"/> 2 - EM ATIVIDADE			
(D) ISCA			
<input type="checkbox"/> 0 - SEM ISCA <input type="checkbox"/> 1 - HUMANA <input type="checkbox"/> 2 - CÃO	<input type="checkbox"/> 3 - MUIR/QUINO <input type="checkbox"/> 4 - CAPRINO <input type="checkbox"/> 5 - GALINACEO	<input type="checkbox"/> 6 - SUINO <input type="checkbox"/> 7 - ROEDOR <input type="checkbox"/> 99 - OUTRA(descrever)	<input type="text" value="99"/>
(E) LOCAL DA OPERAÇÃO DE CAPTURA			
<input type="checkbox"/> 01 - INTRADOMÍLIO <input type="checkbox"/> 02 - ABRIGO DE GALINACEOS <input type="checkbox"/> 03 - ABRIGO DE SUINOS <input type="checkbox"/> 04 - ABRIGO DE CÃES	<input type="checkbox"/> 05 - ABRIGO DE EQUINOS <input type="checkbox"/> 06 - ABRIGO DE CARPINOS <input type="checkbox"/> 07 - BURACOS DE ARVORES <input type="checkbox"/> 08 - LOCAIS DE PEDRA	<input type="checkbox"/> 09 - MATA PRIMARIA <input type="checkbox"/> 10 - MATA SECUNDARIA <input type="checkbox"/> 11 - CAPEIRA <input type="checkbox"/> 12 - POMAR	<input type="checkbox"/> 13 - HOÇA <input type="checkbox"/> 99 - OUTROS LOCAIS(descrever)
(F) INSTRUMENTO DE CAPTURA			
<input type="checkbox"/> TIPO <input type="checkbox"/> QUANTIDADE	<input type="checkbox"/> 01 - ASPIRADOR DE CASTRO <input type="checkbox"/> 02 - ASPIRADOR MECÂNICO <input type="checkbox"/> 03 - PAPEL UNTADO <input type="checkbox"/> 04 - ARMADILHA ... /FALCÃO	<input type="checkbox"/> 05 - ARMADILHA DISNEY <input type="checkbox"/> 06 - ARMADILHA NEW JERSEY <input type="checkbox"/> 07 - ARMADILHA SHANNON C/ LUZ <input type="checkbox"/> 08 - ARMADILHA SHANNON S/ LUZ	<input type="checkbox"/> 99 - OUTRO (descrever) <input type="text" value="99"/>
QUANTIDADE DE FLEBÓTOMOS CAPTURADOS:		CÓDIGO DA AMOSTRA	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
OPERADOR CAPTURA	CPF	NOME	ASSINATURA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VISTO DO SURPEVISOR			DATA
<input type="text"/>			<input type="text"/>



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



FICHA EXAME DE FLEBÓSTOMOS CAPTURADAS

MS/FNS PROGRAMA DE CONTROLE DAS LEISHMANIOSES
EXAME DE FLEBÓTOMOS CAPTURADOS

ORGÃO RESPONSÁVEL
PELO EXAME

ESPÉCIE	CLASSIFICAÇÃO		PARASITOSCOPIA		ESPÉCIE	CLASSIFICAÇÃO		PARASITOSCOPIA	
	N° DE EXEMPLARES IDENTIFICADOS		N° DE FÊMEAS			N° DE EXEMPLARES IDENTIFICADOS		N° DE FÊMEAS	
	MACHOS	FÊMEAS	DISSE- CADAS	INFECT.		MACHOS	FÊMEAS	DISSE- CADAS	INFECT.
01	L. Longipalpis				22				
02	L. Migonei				23				
03	L. Whitmani				24				
04	L. Intermedia				25				
05	L. Umbratilis				26				
06	L. Envandroi				27				
07	L. Pessoi				28				
08	L. Fisheri				29				
09	L. Lenti				30				
10	L. Firmatoi				31				
11	L. Ayrozai				32				
12	L. Welkomei				33				
13	L. Arthuri				34				
14	L. Shannoni				35				
15	L. Flaviscutellata				36				
16	L. Oswaldoi				37				
17	L. Sallezi				38				
18	L. Goiana				39				
19	L. Sardelli				40				
20					41				
21					42				

TÉCNICO RESPONSÁVEL
PELO EXAME ENTOM.

CPF

NOME

ASSINATURA

VISTO DO
SURPEVISOR

DATA
DE EXAMES



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
 CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



FICHAS e-SUS

	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL	DICTADO POR	DATA
		CONFERIDO POR	FOLHA Nº

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	DE*	DATA*
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	DE	

Nº	TURNO*													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Nº PRECATÓRIO														
CNS OU CPF DO CIDADÃO														
Data de nascimento*	Dia/mês		/		/		/		/		/		/	
Sexo*	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)
Local de atendimento*														
Atendimento*	Consulta Agendada Programada, Cuidado Continuado													
	Consulta Agendada													
	Escuta Inicial, Orientação													
	Consulta no Dia													
Atendimento de Urgência														
Atenção Domiciliar														
Nacionalidade em saúde (em agenda)														
Avaliação antropométrica	Perímetro cefálico (cm)													
	Peso (kg)													
	Altura (cm)													
Vacinação em dia?														
Criança	Alta materno (em agenda)													
	DUM	Dia/mês		/		/		/		/		/		
Gestante	Gravidez Planejada													
	Idade Gestacional (semanas)													
	Gestos Pré-eclâmpticos													
Problemas/Condições avaliadas*	Asma													
	Desnutrição													
	Diabetes													
	DOEC													
	Hipertensão arterial													
	Obesidade													
	Pré-natal													
	Puericultura													
	Puerpério (até 42 dias)													
	Saúde sexual e reprodutiva													
	Tabagismo													
	Uso de álcool													
	Uso de outras drogas													
	Saúde mental													
Reabilitação														



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
 CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
PROBLEMAS Condicionáveis	Doenças transmissíveis	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		CDT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restrição		Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outros		Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			CAE-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			CAE-3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			OD-10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exames solicitados (S) e avaliados (A)		Coletar total	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	
		Creatinina	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	
		SAC SQU	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	
		Sitocardiograma	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	
		Sitrofosfor de hemoglobina	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	
		Espirometria	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	
		Exame de escarro	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	
		Glicemia	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	
		HDL	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	
		Hemoglobina glicada	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	
		Hemograma	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	
		LDL	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	
		Retinografia/Fundo de olho com oftalmoscopia	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	
		Sonografia de urina (USG)	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	
		Torologia para dengue	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	
		Sonografia para fígado	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	
		Teste indireto de antígeno humana (TR)	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	
		Teste de gravidez	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	
		Ultrassonografia obstétrica	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	
		Urocultura	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	
	Testes rápidos		Teste de orina (GDA)	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
			Teste de urina (TRV)	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
			Teste do pezinho	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Outros exames (colocar o código de acordo)			S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
				S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
			S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	
			S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	
Ficou em Observação*			sig/nac	sig/n	sig/nac	sig/nac	sig/nac	sig/nac	sig/nac	sig/nac	sig/nac	sig/nac	sig/nac	sig/nac	
Real/Ind		Avaliação Diagnóstica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Procedimentos Clínicos Terapêuticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Prescrição terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Condicionáveis*		Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Retorno p. cuidado continuado programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Agendamento para grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Agendamento p. NACD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Ata do episódio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Encaminhamento		Encaminhamento interno no dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Encaminhamento p. serviço especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Encaminhamento p. CAPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p. internação hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento p. urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento p. serviço de Atendimento Domiciliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Encaminhamento Intersetorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
 Local de Atendimento: 01 - USG 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola 06 - Escola Creche 07 - Outros 08 - Polo (Academia de Saúde)
 09 - Instituição Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa Atendimento materno: 01 - Exclusivo 02 - Predominante
 03 - Complementado 04 - Inexistente Racionalidade em saúde: 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Acupuntura Aplicada à Saúde
 03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Ayurveda 06 - Outra (caso a racionalidade utilizada seja a Alopatia Convencional, deixar este campo em branco)
 Modalidade de AD: 01 - Direta a usuários com frequência ou irregularidade 02 - Resposta a demanda em uma unidade de saúde. ADI: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de Atenção Básica. ACD: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. ACD: usuários com os critérios de ACD tomados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracetamol, cuidado perineal.
 * Campo obrigatório



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
 CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



	FICHA DE PROCEDIMENTOS	DIGITADO POR	DATA
		CONFERIDO POR	FOLHA Nº

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
----------------------	------	-------	------	-------

Nº	TURNO*													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Nº PRONTUÁRIO														
CNS/CU CPF DO CIDADÃO														
Data de nascimento*	Dia/mês		/	/	/		/	/	/		/	/	/	
Sexo*	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)
Local de atendimento*														
Escola Inicial: orientação														
Procedimentos / Registros	Acupuntura com inserção de agulhas													
	Administração de vitamina A													
	Cateterismo vesical de alívio													
	Cauterização química de pequenas lesões													
	Cirurgia de unha (cristoplastia)													
	Cuidado de estomas													
	Curativo especial													
	Drenagem de abscesso													
	Electrocardiograma													
	Coleta de citopatológico de colo uterino													
	Exame de Fundo de olho (Fundoscopia)													
	Exame do pé diabético													
	Exatase tépica: punção de tumores superficiais de pele													
	Infiltração em articulação de dedos													
	Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal													
	Remoção de corpo estranho subcutâneo													
	Retirada de cerume													
	Retirada de pontos de cirurgias													
	Sutura simples													
	Tamponamento de otitite													
Teste do olhinho (TRV)														
Tratam. oftalmológico	De gravidez													
	Dosagem de proteína													
	Para HIV													
	Para hepatite C													
	Para diabetes													
Administração de medicamentos	Oral													
	Intramuscular													
	Endovenosa													
	Inalação/Reabilitação													
	Tópica													
Perfusão para tratamento de olhos	Subcutânea (SC)													



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
 CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Código do DICTAP <small>(registro de código de procedimento)</small>														
Código do DICTAP <small>(registro de código de procedimento)</small>														
Código do DICTAP <small>(registro de código de procedimento)</small>														
Código do DICTAP <small>(registro de código de procedimento)</small>														
Código do DICTAP <small>(registro de código de procedimento)</small>														
Código do DICTAP <small>(registro de código de procedimento)</small>														

Procedimentos (Inspecção Clínica)
 Como procedimento, se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados: rlx, odontol, ra, lab, an, etc.

Procedimentos consolidados

Total consolidado	Aferção de PA		
	Aferção de temperatura		
	Curativo simples		
	Coleta de material para exame laboratorial		
	Cicatriza capilar		
	Medição de altura		
	Medição de peso		

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
 Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia de Saúde)
 08 - Instituição Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

*Campo obrigatório



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
 CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



	FICHA DE VACINAÇÃO	DICTADO POR	DATA
		CONFERIDO POR	FOLHA Nº

ONG DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*	CBO*	ONES*	INE*	DATA*
----------------------------------	------	-------	------	-------

Nº	TURNO								
	1	2	3	4	5	6	7	8	
SE	M	T	Q	S	S	M	T	Q	
W	T	R	S	S	M	T	Q	W	
Nº PRONTUÁRIO									
ONG OU CPF DO CIDADÃO	[Vertical grid for recording]								
Data de nascimento*	Dia / mês / Ano		/ /		/ /		/ /		
Sexo*	P	M	P	M	P	M	P	M	
Local de Aband.mento*	[Grid for recording]								
SITUAÇÃO: COREDORE	Castanho	[Grid]							
	Pública	[Grid]							
	Viajante	[Grid]							
SITUAÇÃO: DCC O*	DCC	Stratégia	[Grid]						
		Dose	[Grid]						
		Comun. Wandem.	[Grid]						
	Hepatite B	Lote	[Grid]						
		Fabricante	[Grid]						
		Stratégia	[Grid]						
	Pentavalente	Dose	[Grid]						
		Lote	[Grid]						
		Fabricante	[Grid]						
	VP	Stratégia	[Grid]						
		Dose	[Grid]						
		Lote	[Grid]						
	Pneumocócc. 10V (conjugada)	Fabricante	[Grid]						
		Stratégia	[Grid]						
		Dose	[Grid]						
	Rotavírus humano	Lote	[Grid]						
		Fabricante	[Grid]						
		Stratégia	[Grid]						
	Meningocócica C (conjugada)	Dose	[Grid]						
		Lote	[Grid]						
		Fabricante	[Grid]						
	Febre amarela	Stratégia	[Grid]						
		Dose	[Grid]						
		Lote	[Grid]						
Fabricante	[Grid]								



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
 CNPJ: 12.258.141 / 0001 - 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Nº		1	2	3	4	5	6	7	8
Tríplice viral	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
VDP	Fabricante								
	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatite A	Lote								
	Fabricante								
	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tetra viral	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
DTP	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
Pneumocócica 23v	Fabricante								
	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HPV	Lote								
	Fabricante								
	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dupla adulto	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
dTpa (adulto)	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
V10/11/12/13	Fabricante								
	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
 Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola 06 - Creche 07 - Posto (Academia de Saúde)
 08 - Instituição Aberto 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa
 Estratégia de Vacinação: 01 - Rotina 02 - Especial 03 - Bloqueio 04 - Intervalo de 06 05 - Campanha 07 - Sorovigilância 10 - Multi-vacinação
 Dose: 00 - Dose única 01 - Dose inicial 02 - 1ª dose 03 - 2ª dose 04 - 3ª dose 05 - 4ª dose 06 - 5ª dose 0A - Dose adicional
 Rev - revacinação Ref - reforço R1 - 1º reforço R2 - 2º reforço
 *Campo obrigatório



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO BANCO
CNPJ: 12.258.141 / 0001 – 98
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



DATA	MEDICAMENTO	QTD PRESCRITA	QTD DISPENSADA	RESPONSÁVEL DISPENSAÇÃO	RESPONSÁVEL RETIRADA

DATA	MEDICAMENTO	QTD PRESCRITA	QTD DISPENSADA	RESPONSÁVEL DISPENSAÇÃO	RESPONSÁVEL RETIRADA