

ITEM 01



Estado do Rio Grande do Sul

PREFEITURA MUNICIPAL DE FREDERICO WESTPHALEN

AUTORIZAÇÃO PARA LAVAGEM DE VEÍCULO

Secretaria de (a) _____

Autorizo o(a) Sr.(a) _____ a

encaminhar o veículo de placa _____

e modelo _____ para
efetuar lavagem.

Frederico Westphalen _____ / _____ / 20 _____

Nº 751

Assinatura e Carimbo do Responsável

ITEM 02



Estado do Rio Grande do Sul

PREFEITURA MUNICIPAL DE FREDERICO WESTPHALEN

Autorização de Abastecimento

Nº 4001

Posto: _____

Autorizo o abastecimento na quantia de _____ litros de _____ para o
veículo de placas _____ modelo _____ km atual _____

locado na secretaria _____ deste município.

F.W. _____ / _____ / 20 _____

Servidor autorizado a abastecer

Carimbo e assinatura da Secretaria

ITEM 03

PREFEITURA MUNICIPAL DE FREDERICO WESTPHALEN - RS
Autorização para Pagamento de Diárias

R\$ _____

Autorizo a Secretaria Municipal da Fazenda a pagar ao Sr.

_____, a importância supra de

R\$ _____ (_____
_____), por ter viajado à cidade de _____

_____, nos dias _____ do mês de _____

_____ de 20 _____, a serviços desta prefeitura para _____

Quant. Diárias	Preço Diária	TOTAL

Frederico Westphalen, _____ de _____ de 20 _____

Carimbo e Assinatura

ITEM 04



PREFEITURA MUNICIPAL DE FREDERICO WESTPHALEN - RIO GRANDE DO SUL AUTORIZAÇÃO PARA PAGAMENTO DE DESPESAS DE VIAGENS

R\$ _____

Autorizo a Secretaria Municipal da Fazenda a pagar ao Sr. _____

_____, a importância supra de
R\$ _____ (_____

_____) conforme notas fiscais
abaixo especificadas, referente despesas e viagens à cidade de _____

_____, nos dias _____ do mês de _____

de 20 _____, à serviços desta Prefeitura Municipal no _____

Notas nº	Valor
Total R\$	

Frederico Westphalen, _____ / _____ / 20 _____

Carimbo e Assinatura

ITEM 05



Estado do Rio Grande do Sul

**MUNICÍPIO DE
FREDERICO WESTPHALEN**

**GESTÃO DE FROTAS
DIÁRIO DE BORDO**

PLACA DO VEÍCULO

MÊS

ANO

JEFP

Processo Nº:

Autor:

Réu:

Comarca:

Ação:

Procurador(a):

Prazo: Início ____/____/____

Fim ____/____/____

EPROC

Processo Nº: [REDACTED]

Autor: [REDACTED]

Réu: [REDACTED]

Vara: [REDACTED]

Comarca: [REDACTED]

Ação: [REDACTED]

Prazo: Início ____/____/____

Fim ____/____/____

ITEM 461

ITEM 08

PROCURADORIA

MUNICÍPIO DE FREDERICO WESTPHALEN - RS



Alfabeto em Progressão Didática - 3º ano



O O o o Ovelha Ovelha	P P p p Pinguim Pinguim	Q Q q q Queijo Queijo	R R r r Rinoceronte Rinoceronte	S S s s Sol Sol	T T t t Trem Trem
U U u u Unicórnio Unicórnio	V V v v Violão Violão	W W w w Wafer Wafer	X X x x Xadrez Xadrez	Y Y y y Yoga Yoga	Z Z z z Zebra Zebra

Alfabeto em Progressão Didática - 1º ano



 ABELHA	 BORBOLETA	 CAPIVARA	 CENOURA	 DINOSSAURO	 ESTRELA
 FACA	 GALO	 GIRAFA	 HIPOPÓTAMO	 IOIÔ	 JOANINHA

Alfabeto em Progressão Didática - 2º ano



J j  JOANINHA Joaninha	K k  KIWI Kiwi	L l  LARANJA Laranja	M m  MILHO Milho	N n  NAVIO Navio	O o  ONÇA Onça
P p  PINGUIM Pinguim	Q q  QUEIJO Queijo	R r  RELÓGIO Relógio	S s  SOL Sol	T t  TARTARUGA Tartaruga	U u  UNICÓRNIO Unicórnio

Planner

2026

Rede Municipal de Ensino de
Frederico Westphalen/RS

MINHA AGENDA



NOME:



**FREDERICO
WESTPHALEN**

ADMINISTRAÇÃO 2025/2028

SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO E

CULTURA

FREDERICO WESTPHALEN/RJ





ITEM 27

CONSELHO TUTELAR FREDERICO WESTPHALEN - RS

LEI FEDERAL 8.069/90 | LEI MUNICIPAL 4.169/15



Tel.: 55 3744-1063 / Plantão: 55 9 9993-2310

Rua do Comércio, 981 - Sala 03 - Centro - CEP 98400-000 - Frederico Westphalen - RS

conselhotutelarfw2009@hotmail.com



Conselho Municipal de Assistência Social

COMAS



SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL E HABITAÇÃO - SMASH
FREDERICO WESTPHALEN / RS

FICHA DE ATENDIMENTO SOCIAL

DEPARTAMENTO/SETOR/PROGRAMA/PROJETO, RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO

DATA: ____/____/____ RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO: _____

Dados de Identificação do Usuário

Nome: _____

Fone: _____

_____ nº documento: _____

_____ Nº nis: _____

Endereço: _____

Programas que está incluído: _____

Atendimento Realizado: _____

Encaminhamento Realizado: _____

Ass. do Responsável pelo Atendimento

Ass. do Usuário

ITEM 31





MUNICÍPIO DE FREDERICO WESTPHALEN - RS*
PODER EXECUTIVO MUNICIPAL



FONE 55 3744 5050

Rua José Cañellas, 258 - Centro - Frederico Westphalen/RS - 98400-000

www.fredericowestphalen.rs.gov.br



ITEM 45

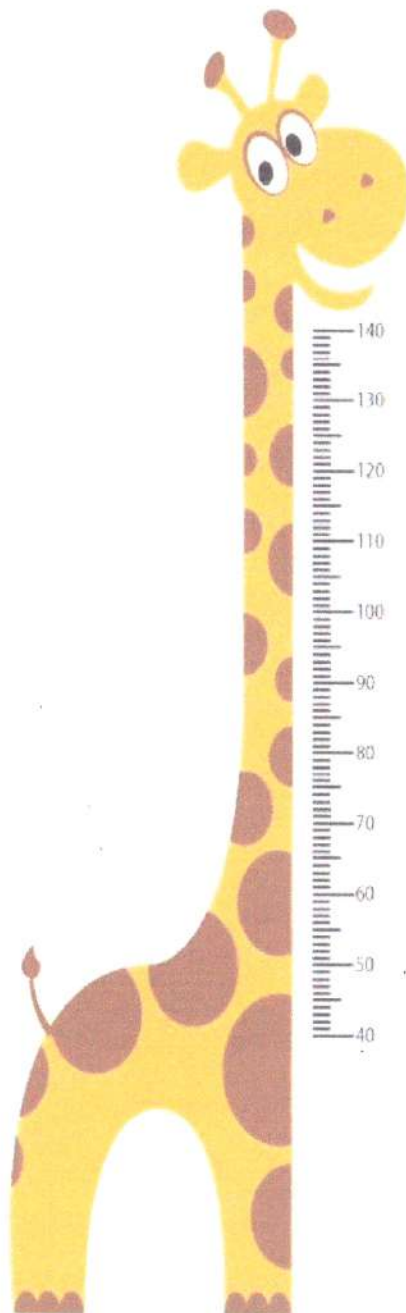
Município de Frederico Westphalen - RS **Poder Executivo Municipal**

2025 - 2028

[illegible]

www.fredericowestphalen.rs.gov.br
Rua José Cañellas, 258 - Fone (55) 3744-5050 - Fax (55) 3744-3887
CEP 98400-000 - Frederico Westphalen - RS

ITEM 47



Fronto

CARTEIRA DE DOADOR DE SANGUE



Hemopasso

Hemocentro Regional de Passo Fundo

Estado do Rio Grande do Sul

MUNICÍPIO DE FREDERICO WESTPHALEN

Secretaria Municipal de Saúde

Fone: (55) 3744-4911 e (55) 3744-6922

Grupo ABO: _____ Fator RH: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ CPF: _____

Cidade: _____

APRESENTAR ESTA CARTEIRA EM CADA DOAÇÃO
JUNTO COM DOCUMENTO OFICIAL COM FOTO.



(Medidas: 5cm de largura e 9cm de comprimento)

Kenno

DATA	DATA	DATA
QUEM DOA SANGUE, DOA ESPERANÇA. SEJA A DIFERENÇA!		

(5cm de altura por 9cm de comprimento)

ITEM 49

~~Medidas 112 cm x 112 cm~~

Prefeitura Municipal de Frederico
Westphalen-RS.

Aviso de visita domiciliar.

A Equipe de Combate às
Endemias (Combate à Dengue)
esteve em sua residência e não
lhe encontrou. Retornaremos
em outra data.

OBS: _____

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE****Secretaria Municipal de Saúde**

CNPJ: 87.612.917/0001-25

Rua 21 de Abril, s/nº
CEP 98400-000 - Frederico Westphalen - RS

1ª Via - Retenção da farmácia ou drogaria

2ª Via - Orientação do Paciente

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR_____
Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____

ITEM 52

 SIA-SUS-RS SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		15. NÚMERO DO ATENDIMENTO		FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
1. UNIDADE PRESTADORA DE ATENDIMENTO NOME DA UNIDADE: _____ ENDEREÇO: _____ MUNICÍPIO: _____ UF: _____ CÓDIGO SIA/SUS: _____		5. CÓDIGO ESPEC. ATIVID. PROFIS. (TABELA 1)		9. MOTIVO DO ATENDIMENTO	
				10. DADOS DE EXAME CLÍNICO / TRATAMENTO / DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTO	
2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME: _____ SEXO: _____ IDADE: _____ ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____ UF: _____		8. CÓDIGO DA TABELA DE PROCEDIMENTO SIA/SUS		11. ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL	
3. DATA DE ATENDIMENTO		6. TIPO (TABELA 2)		13. ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL	
4. HORA ATENDIMENTO		7. GRUPO (TABELA 3)		14. POLEGAR DIREITO	

ITEM 53



Estado do Rio Grande do Sul

MUNICÍPIO DE FREDERICO WESTPHALEN

Secretaria Municipal de Saúde



**FREDERICO
WESTPHALEN**

Administração 2019-2020
JUNTOS PODEMOS MAIS

Nome:

Frederico Westphalen ____/____/____

"Doe sangue, salve vidas, é um ato de amor"

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - PREFEITURA MUNICIPAL DE FREDERICO WESTPHALEN

Nome: _____

Peso: _____ Altura: _____ Sexo: _____ Data Nasc.: _____

Endereço: _____ Profissão: _____

Filiação: _____ e _____

[illegible]

ITEM 55

DENGUE/ENTOMOLOGIA	
Nº da amostra: _____	
Município:	_____
Bairro:	_____
Estrato:	_____
Quart.:	Casa nº: _____
Rua:	_____
Depósito:	_____
Código do depósito:	_____
Nº de Larva:	Pupas: _____
Agente:	_____
Data:	____/____/____
Laboratório:	nº de larvas pupas: _____
Ae aegypti:	Larvas: _____ Pupas: _____
Ae albopictus:	Larvas: _____ Pupas: _____
Outros:	Larvas: _____ Pupas: _____

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE****UPA - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

CNPJ 87.612.917/0001-25

Rua Guararapes - Bairro Fátima

CEP 98400-000 - Frederico Westphalen - RS

1ª Via - Retenção da farmácia ou drogaria

2ª Via - Orientação do Paciente

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data: ____ / ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

Tel.: _____

Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR_____
Assinatura do Farmacêutico

Data: ____ / ____ / ____



UPA - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
FREDERICO WESTPHALEN - RS

Nome:

Frederico Westphalen, ____/____/____

"DOE SANGUE SALVE VIDAS. É UM ATO DE AMOR."

e-SUS Atenção Básica		FICHA DE VISITA DOMICILIAR										DATA: / /																																			
		DIGITADO POR:										FOLHA Nº:																																			
		CONFERIDO POR:																																													
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL *		CBO *		Cód. CNES UNIDADE *		Cód. EQUIPE (INE) *		DATA: *		/ /																																					
Nº		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23	
TURNO		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N					
Nº PRONTUÁRIO		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N					
Nº CARTÃO SUS		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N		M T N					
Data de nascimento *		Dia / mês		Ano		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M							
Sexo *		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M							
Motivo da Visita *		Visita compartilhada com outro profissional		Cadastramento / Atualização		Visita Periódica		Consulta		Exame		Vacina		Condições de Saúde da Família		Gestante		Puerpério		Recém-nascido		Criança		Pessoa com Desnutrição		Pessoa em reabilitação ou com deficiência		Pessoa com Hipertensão		Pessoa com Diabetes																	

Digite o texto aqui

Motivo da Visita *	Nº																						
	Acompanhamento																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Pessoa com Asma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pessoa com DPOC/Enfisema	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pessoa com Câncer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pessoa com outras Doenças Crônicas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pessoa com Hanseníase	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pessoa com Tuberculose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sintomáticos Respiratórios	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tabagista	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Domiciliados / Acamados	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Condições de Vulnerabilidade Social	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Condições de Saúde da Família	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Saúde Mental	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Usuário de álcool	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Usuário de outras drogas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Egresso de Internação	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Controle de Ambientes / Veículos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Convite Atividades Coletivas / Campanha de Saúde	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Orientação / Prevenção	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outros	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Visita Realizada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Visita Recusada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ausente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

ITEM 59

ITEM 27:

Ao comparecer para exames observe as seguintes instruções:

- 1 - Não faça Lavagens Vaginais.
- 2 - Evite relações sexuais na véspera e no dia do exame.
- 3 - O exame não deve ser feito durante o período de menstruação normal.

 **PREF. MUN. DE FREDERICO WESTPHALEN**
Secretaria Municipal da Saúde
e Ação Social

**Prevenção e Controle do
Câncer Cérvico-Uterino**

Município: _____

Ambulatório: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Município: _____

Prontuário N°: _____

FRENTE

[illegible]

VERSO

ITEM 60

[illegible]

BOLETIM DE RECONHECIMENTO

RESPONSÁVEL			
Inspetor Geral		Inspetor	
Chefe de Equipe		Agente	

UF	
----	--

MUNICÍPIO	
-----------	--

SUBLOCALIDADE	
---------------	--

LOCALIDADE	
------------	--

CATEGORIA			QUART. N°	
-----------	--	--	-----------	--

[illegible][illegible]

FECHAMENTO				
RESIDENCIAL	R		PONTO ESTRATÉGICO	PE
COMERCIAL	C		OUTROS	O
TERRENO BALDIO	TB		TOTAL GERAL	

NOME	
------	--

ASSINATURA	
------------	--

DATA	
------	--

ITEM 62



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL
DE FREDERICO WESTPHALEN
Secretaria Municipal de Saúde

CONTROLE DA
HIPERTENSÃO
E DIABETES

Nome: _____
Cadastro N°: _____
Endereço: _____
Telefone: _____
Altura: _____ cm
Cartão SUS: _____

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD
REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTEFATORIAL	
Código e nome da localidade	
Município	
Cat. Localid.	
Zona	
Tipo	1 - Sede 2 - Outros
Concluída?	S-Sim N-Não

	Ciclo/Ano	Atividade
Data da Atividade		1 - LI - Levantamento de Índice 2 - LI+T - Levantamento de Índice + Tratamento 3 - PE - Ponto Estratégico 4 - T - Tratamento 5 - DF - Delimitação de Foco 6 - PVE - Pesquisa Vetorial Especial

PESQUISA ENTOMOLÓGICA/TRATAMENTO

[illegible]

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

Nº imóveis trabalhados por tipo				Nº imóveis				Nº depósitos inspecionados por tipo	
Residência	Comércio	TB	PE	Outro	Total	Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspecionados	Recuperados

Depósitos				Nº e seq. dos quarteirões trabalhados	
Tratados					
Eliminado	Larvívica (1)		Larvívica (2)		Total
	Qtde.(Gramas)	Qtde.dep. trat.	Qtde.(Gramas)	Qtde.dep. trat.	

Adulcificada		Qtde. (Cargas)	
Tipo			

RESUMO DO LABORATÓRIO									
Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Nº depósitos com espécimes por tipo									
	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total	
com Aedes aegypti									
com Aedes albopictus									

Nº de imóveis com espécimes por tipo									
	R	C	TB	PE	O	Total			
com Aedes aegypti									
com Aedes albopictus									
outros									

Nº de exemplares									
Larvas	Pupas	Exúvia de pupa	Adultos						

Nº de depósitos com espécimes por tipo			
	R	C	TB
com Aedes aegypti			
com Aedes albopictus			
outros			

Assinatura			
Data da entrada	Data da conclusão	Laboratório	Laboratorista

A1 - caixa d'água (elevado) **A2** - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo) **B** - Pequenos depósitos móveis **C** - Depósitos fixos
D1 - Pneus e outros materiais rodantes **D2** - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos **E** - Depósitos naturais

ITEM 65



ITEM 33:

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE

FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PARA MÉDICO ESPECIALIZADO			
UNIDADE:		CNES:	
NOME DO PACIENTE:			
DATA DE NASCIMENTO:		CNS PACIENTE:	
ENDEREÇO:		CRS-19º	CEP:
MUNICÍPIO:		DATA DO RETORNO:	
MOTIVO DO ATENDIMENTO			
TRATAMENTO / DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS			
EXAMES SOLICITADOS / REALIZADOS / RESULTADOS			
DIAGNÓSTICO			
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO			CPN
ESPECIALIDADE			
MÉDICO SOLICITANTE: CREMERS CPF: ASSINATURA E CARIMBO: CNES:			
DATA:			

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
11º CRS - ERECHIM

FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA
ONCOLOGIA

Responsável SMS: _____ Telefone: _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:		Idade:
Data Nascimento:	Cartão SUS:	
Naturalidade:	CPF:	RG:
Sexo:	Profissão:	Estado Civil:
Endereço:		Município:
Nome Resp. p/paciente:		Telefone:

2. INFORMAÇÕES PARA REFERÊNCIA

Especialidade:	CID:
História Clínica:	
Exames Complementares:	
Motivo do Encaminhamento:	
Médico:	Local/ data:

3. INFORMAÇÕES PARA CONTRA-REFERÊNCIA

Parer / Avaliação / Conduta:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama

UF	CNES da Unidade de Saúde	Nº Protocolo
Unidade de Saúde		(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)
Código Município	Município	Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*	Sexo
	☐ Masculino ☐ Feminino
Nome Completo do(a) paciente*	Apelido do(a) paciente
Nome Completo da Mãe*	
CPF	Nacionalidade
Data de Nascimento*	Idade*
	Cor/Raça
Dados Residenciais	☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena/ Etnia
Logradouro	
Número	Complemento
	Bairro
Código Município	Município
CEP	DDD
	Telefone
Ponto de Referência	
Escolaridade	
☐ Analfabeto(a) ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo	

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?*

- ☐ Sim, mama direita
☐ Sim, mama esquerda
☐ Não

2. Apresenta risco elevado* para câncer de mama?*

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

* Risco elevado são:

Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:

- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
- câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;

Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;

Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ

Mulheres com história pessoal de câncer de mama

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?*

- ☐ Sim
☐ Nunca foram examinadas anteriormente
☐ Não sabe

4- Fez mamografia alguma vez?*

- ☐ Sim. Quando fez a última mamografia? Ano
- ☐ Não
- ☐ Não sabe

5- Fez radioterapia na mama ou no plastrão? Em que ano?*

- ☐ Sim, mama direita
- ☐ Sim, mama esquerda
- ☐ Não
- ☐ Não sabe

6 - Fez cirurgia de mama? Em que ano?*

Mama direita

Mama esquerda

	Biópsia cirúrgica incisional	
	Biópsia cirúrgica excisional	
	Centralectomia	
	Segmentectomia	
	Ductectomia	
	Mastectomia	
	Mastectomia poupadora pele	
	Mastectomia poupadora de pele e complexo aréolo-papilar	
	Linfadenectomia axilar	
	Biópsia de linfonodo sentinela	
	Reconstrução mamária	
	Mastoplastia redutora	
	Inclusão de implantes	

☐ Não fez cirurgia

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

☐ 7a. Achados no exame clínico

Mama direita

☐ Lesão papilar

Descarga papilar

☐ Cristalino
☐ Hemorrágica

Nódulo:

Localização

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:

Localização

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável

☐ Axilar ☐ Supraclavicular

Mama esquerda

☐ Lesão papilar

Descarga papilar

☐ Cristalino
☐ Hemorrágica

Nódulo:

Localização

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:

Localização

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável

☐ Axilar ☐ Supraclavicular

☐ 7b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita

nódulo

microcalcificação

assimetria focal

assimetria difusa

área densa

distorção focal

linfonodo axilar

Mama esquerda

☐ 7c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita

nódulo

microcalcificação

assimetria focal

assimetria difusa

área densa

distorção focal

linfonodo axilar

Mama esquerda

☐ 7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

☐ Mama direita

☐ Mama esquerda

☐ 7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

Mama direita

Categoria 0

Categoria 3

Categoria 4

Categoria 5

Mama esquerda

☐ 7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno

Mama direita

nódulo

microcalcificação

assimetria focal

assimetria difusa

área densa

distorção focal

Linfonodo axilar

Mama esquerda

8 - Mamografia de rastreamento

☐ 8a. População alvo

☐ 8b. População de risco elevado (história familiar)

☐ 8c. Paciente já tratado de câncer de mama

Data de solicitação*

Responsável*

Número do Exame:

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

7 - Mamografia Diagnóstica

7a - Achados no exame clínico

Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supraclavicular)

7b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS[®])

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

7c - Lesão com diagnóstico de câncer

Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento

7d - Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta

7e - Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de outra instituição nas categorias 0,3,4 e 5 para revisão de resultado

7f - Controle de lesão após biópsia ou PAAF com resultado benigno

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de biópsia de fragmento ou PAAF de lesões benignas

8 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos (população alvo) ou maiores de 35 anos com histórico familiar (População de risco elevado - história familiar) ou histórico pessoal de câncer de mama (pacientes já tratados) Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama

Localização:

QSL - Quadrante superior lateral
QIL - Quadrante inferior lateral
QSM - Quadrante superior medial
QIM - Quadrante inferior medial
UQlat - União dos quadrantes laterais
UQsup - União dos quadrantes superiores

UQinf - União dos quadrantes inferiores
UQmed - União dos quadrantes mediais
RRA - Região retroareolar
RC - Região central (união de todos os quadrantes)
PA - Prolongamento axilar
NR - Não realizado



MUNICÍPIO DE FREDERICO WESTPHALEN
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



SAMU
192

SAMU 192 RS - BOLETIM DE ATENDIMENTO

CHAMADO	Nº	DATA	HORA								
	MÉDICO (A) REGULADOR (A) Dr. (a)		☐ 1. SOCORRO ☐ 2. TRANSPORTE BASE		☐ H ☐ SA ☐ SB ☐ IR ☐ NN						
MOTIVO	CLÍNICO ☐ 4. RESPIRATÓRIO ☐ 8. OBSTÉTRICO ☐ 12. METABÓLICO ☐ 5. CARDIOVASC. ☐ 9. PSIQUIÁTRICO ☐ 13. PEDIÁTRICO ☐ 6. NEUROLÓGICO ☐ 10. INFECCIOSO ☐ 14. OUTRO: _____ ☐ 7. GASTRINTEST. ☐ 11. INTOXICAÇÃO EXÓG. _____				TRAUMÁTICO ☐ 15. COLISÃO ☐ 19. FAF ☐ 22. AFOGAMENTO ☐ 16. ATROPELAMENTO ☐ 20. FAB ☐ 23. ELETROPLESSÃO ☐ 17. QUEDA ☐ 21. QUEIMADURA ☐ 18. AGRESSÃO ☐ 24. OUTRO: _____						
	NOME COMPLETO _____				☐ 25. MASC. ☐ 26. FEM. IDADE ANOS						
PACIENTE	ENDEREÇO ONDE SE ENCONTRA O PACIENTE (RUA, Nº, AP, BAIRRO, PONTO DE REFERÊNCIA) _____										
EXAME PRIMÁRIO	VIAS AÉREAS ☐ 28. LIVRE ☐ 29. PARC. OBSTR. ☐ 30. OBSTRUÍDA		RESPIRAÇÃO ☐ 31. NORMAL ☐ 32. ALTERADA ☐ 33. AGÔNICA ☐ 34. APNÉIA		CIRCULATÓRIO ☐ 35. NORMAL ☐ 36. SANGRAMENTO ☐ 37. CHOQUE ☐ 38. PCR		NEUROLÓGICO ☐ 39. NORMAL ☐ 40. CONVULSÃO ☐ 41. AGITAÇÃO ☐ 42. CONFUSÃO ☐ 43. COMA		EXPOSIÇÃO ☐ 44. SEM ALTERAÇÃO ☐ 45. QUEIMADURA ☐ 46. DEFORMIDADES ☐ 47. FRATURAS ☐ 48. FERIMENTOS		
SINAIS VITAIS	HORA		P.A.	F.C.	F.R.	Sat. 02%	T. Axilar °C	HGT	Glasgow	ETR	ETP
	INÍCIO										
	FIM										
PROCEDIMENTOS EFETUADOS	☐ 49. ADM. OXIGÊNIO ☐ 50. GUEDE ☐ 51. ASPIRAÇÃO ☐ 52. INTUBAÇÃO (OT,NT) ☐ 53. PUNÇÃO CRICO		☐ 54. RPC ☐ 55. PUNÇÃO TORÁCICA ☐ 56. DRENAGEM TORÁCICA ☐ 57. VEIA PERIFÉRICA ☐ 58. INTRACATH		☐ 59. INTRAÓSSEA ☐ 60. FLEBOTOMIA ☐ 61. PUNÇÃO PERICÁRDICA ☐ 62. Sonda GÁSTRICA ☐ 63. Sonda VESICAL		☐ 64. DESFIBRILAÇÃO ☐ 65. OXIMETRIA ☐ 66. COLAR CERVICAL ☐ 67. IMOBILIZAÇÃO MEMBROS ☐ 68. CURATIVO		☐ 69. KED ☐ 70. PRANCHA LONGA ☐ 71. _____ ☐ 72. _____ ☐ 73. _____		
	AVALIAÇÃO MONITOR ECG: _____										
	REPOSIÇÃO VOLÊMICA / MEDICAMENTOS: _____										
TRANSP.	TIPO ☐ 74. SIMPLES ☐ 75. MEDICALIZADO		ORIGEM		DESTINO		CONTATO NO DESTINO				
			REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO		REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO						
INCIDENTE	☐ 76. CANCELADO ☐ 77. FALSO		☐ 78. ÓBITO ☐ 79. RECUSOU ATENDIMENTO		☐ 80. RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO ☐ 81. NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL		☐ 82. OUTRO				
RECUSA NO ATENDIMENTO	Eu _____, RG _____, sabedor que sou da necessidade de Atendimento de urgência, recuso o Atendimento pelo SAMU em ____ / ____ / ____ , às ____ h.										
	Ass.: _____ Testemunha: _____ RG: _____										

ACIDENTE DE TRABALHO

☐ SIM ☐ NÃO

OBSERVAÇÕES

EQUIPE RECEPTORA:

MÉDICO/CRM:

EQUIPE INTERVENCIÓNISTA:

MÉDICO/CRM:

ITEM 69

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FREDERICO WESTPHALEN/RS
FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA**

Nome do Paciente: _____	
Comunicado Familiar: () Sim: _____	Hora: _____ () Não
Endereço: _____	
ESF: _____	Deslocamento: () Próprio () Secretaria Municipal de Saúde
Idade: _____ Sexo: () F () M	Data: ____/____/____ Horário: _____
Destino/Profissional: _____	
História Clínica e Consultas Realizadas: _____ _____ _____ _____	
Sinais Vitais	
PA: _____ mmHg	Pulso: _____ bpm
FR: _____ mrm	Temperatura: _____
Assinatura e Carimbo do Profissional: 	Assinatura do Paciente ou Acompanhante:

ITEM 70

Ficha de Orientações ao Paciente.
Setor de Agendamento de Consultas.

Hospital: _____

Paciente: _____

Data: _____ Horário: _____

Médico: _____

Observações: _____

ITEM 71

	MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL	CBO:	CNES*	INE	DATA*
				/ /

CNS DO CIDADÃO:*	
Nome do Cidadão:*	
Data de Nascimento:*	Sexo: * ☐ Feminino ☐ Masculino Local de Atendimento:*
CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:
	Mingau ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Água/chá ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Leite de vaca ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Fórmula Infantil ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Suco de fruta ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Fruta ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa) ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Se sim, quantas vezes? ☐ 1 vez ☐ 2 vezes ☐ 3 vezes ou mais ☐ Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Se sim, quantas vezes? ☐ 1 vez ☐ 2 vezes ☐ 3 vezes ou mais ☐ Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida: ☐ Em pedaços ☐ Amassada ☐ Passada na peneira ☐ Liquidificada ☐ Só o caldo ☐ Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:
	Outro leite que não o leite do peito ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Mingau com leite ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Iogurte ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame) ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda) ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho) ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Fígado ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Feijão ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo) ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina) ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe	
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS**	Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia? ☐ Café da manhã ☐ Lanche da manhã ☐ Almoço ☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Ceia
	Ontem você consumiu:
	Feijão ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Frutas Frescas (não considerar suco de frutas) ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame) ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina) ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe

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

* Campo Obrigatório

** Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa



I

ITEM 73

FREDERICO WESTPHALEN
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO

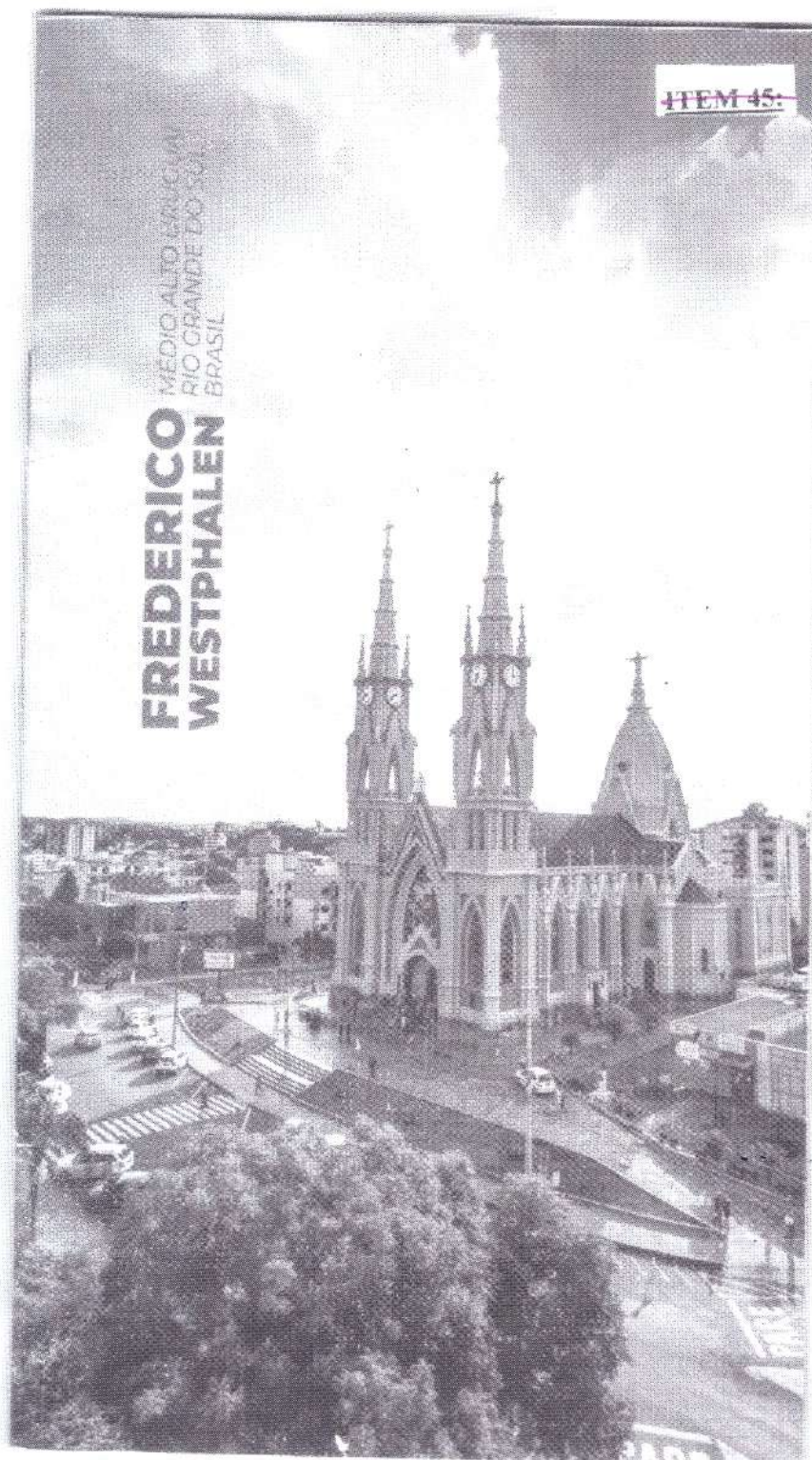
Coordenadoria Nova do Empreendedor

SALA DO EMPREENDEDOR

Secretaria de Indústria, Comércio e Turismo
ad@fredericowestphalen.rs.gov.br
55 3744 5050 - R 247
55 9.9905-3009

Rua José Cabellas, 255, Centro • Frederico Westphalen/RS
• CEP 98400-000

ITEM 44 e 48:





ITEM 74 [Clique o texto aqui](#)

PREFEITURA MUNICIPAL DE FREDERICO WESTPHALEN-RS - SECRETARIA DE COORDENAÇÃO E PLANEJAMENTO

OBRA APROVADA

Proprietário:

Endereço:

Lote:

Quadra:

Responsável Técnico pelo Projeto:

ART ou RRT de Projeto:

Responsável Técnico pela Execução:

ART ou RRT de Execução:

Zoneamento:

Tipo de Uso:

Metragem Quadrada Construída:



**Município de Frederico Westphalen -
Poder Executivo Municipal
2021 - 2024**

Inscrição Cadastral Número

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 399–406

Nº Prédio	Andar	Ap.	Sala
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9
10	10	10	10
11	11	11	11
12	12	12	12
13	13	13	13
14	14	14	14
15	15	15	15
16	16	16	16
17	17	17	17
18	18	18	18
19	19	19	19
20	20	20	20
21	21	21	21
22	22	22	22
23	23	23	23
24	24	24	24
25	25	25	25
26	26	26	26
27	27	27	27
28	28	28	28
29	29	29	29
30	30	30	30
31	31	31	31
32	32	32	32
33	33	33	33
34	34	34	34
35	35	35	35
36	36	36	36
37	37	37	37
38	38	38	38
39	39	39	39
40	40	40	40
41	41	41	41
42	42	42	42
43	43	43	43
44	44	44	44
45	45	45	45
46	46	46	46
47	47	47	47
48	48	48	48
49	49	49	49
50	50	50	50
51	51	51	51
52	52	52	52
53	53	53	53
54	54	54	54
55	55	55	55
56	56	56	56
57	57	57	57
58	58	58	58
59	59	59	59
60	60	60	60
61	61	61	61
62	62	62	62
63	63	63	63
64	64	64	64
65	65	65	65
66	66	66	66
67	67	67	67
68	68	68	68
69	69	69	69
70	70	70	70
71	71	71	71
72	72	72	72
73	73	73	73
74	74	74	74
75	75	75	75
76	76	76	76
77	77	77	77
78	78	78	78
79	79	79	79
80	80	80	80
81	81	81	81
82	82	82	82
83	83	83	83
84	84	84	84
85	85	85	85
86	86	86	86
87	87	87	87
88	88	88	88
89	89	89	89
90	90	90	90
91	91	91	91
92	92	92	92
93	93	93	93
94	94	94	94
95	95	95	95
96	96	96	96
97	97	97	97
98	98	98	98
99	99	99	99
100	100	100	100

Nº Prédio	Andar	Ap.	Sala
	.		

Ano da Construção

Ano da Construção

Anarração	
Nº dos Prédios	
E	D

Registro do Imóvel

Registro do Imóvel

E	D
---	---

Planta Aprovada em

Planta Aprovada em

Caract da construção

Urbanos

Piso
☐ Madeira Machambrada
☐ Concreto
☐ Cerâmica
☐ Tacos de madeira
☐ Tábuas
☐ Paviflex ou Vulcapiso
☐ Borracha
☐ Mármore ou Granito
☐ Lajotas
☐ Carpete
☐ Forração
☐ Cimento Polido
☐ Porcelanato
☐ Laminado

Revestimento	
Interno	
☐ a) Azulejo	
☐ b) _____	
☐ c) Reboco	
Externo	
☐ a) Reboco	
☐ b) _____	
Instalações	
☐ Elétricas	
☐ Hidráulicas	
☐ Sanitárias (nº) _____	
Pintura	
☐ Óleo	
☐ Acrílica	
☐ Esmalte	
☐ PVA	
☐ Cal	
☐ _____	

Testada	$\sqrt{pM}$	Área Corrigida
---------	-------------	----------------

Valor m ²	Valor do Ter.	Alterações	Valor Líq.	Ter. Útil	Alíquota

--	--

Área	Tipo	Acabamento
------	------	------------

	Valor m ²	Valor da Const.	Alterações	Valor da Const.	Utiliz.	Alíquota

1000

PREDIAL

Prof. Média	Área	Área de Economia
-------------	------	------------------

[illegible]

OBSERVAÇÃO



ITEM 84

FREDERICO WESTPHALEN

RS.GOV.BR

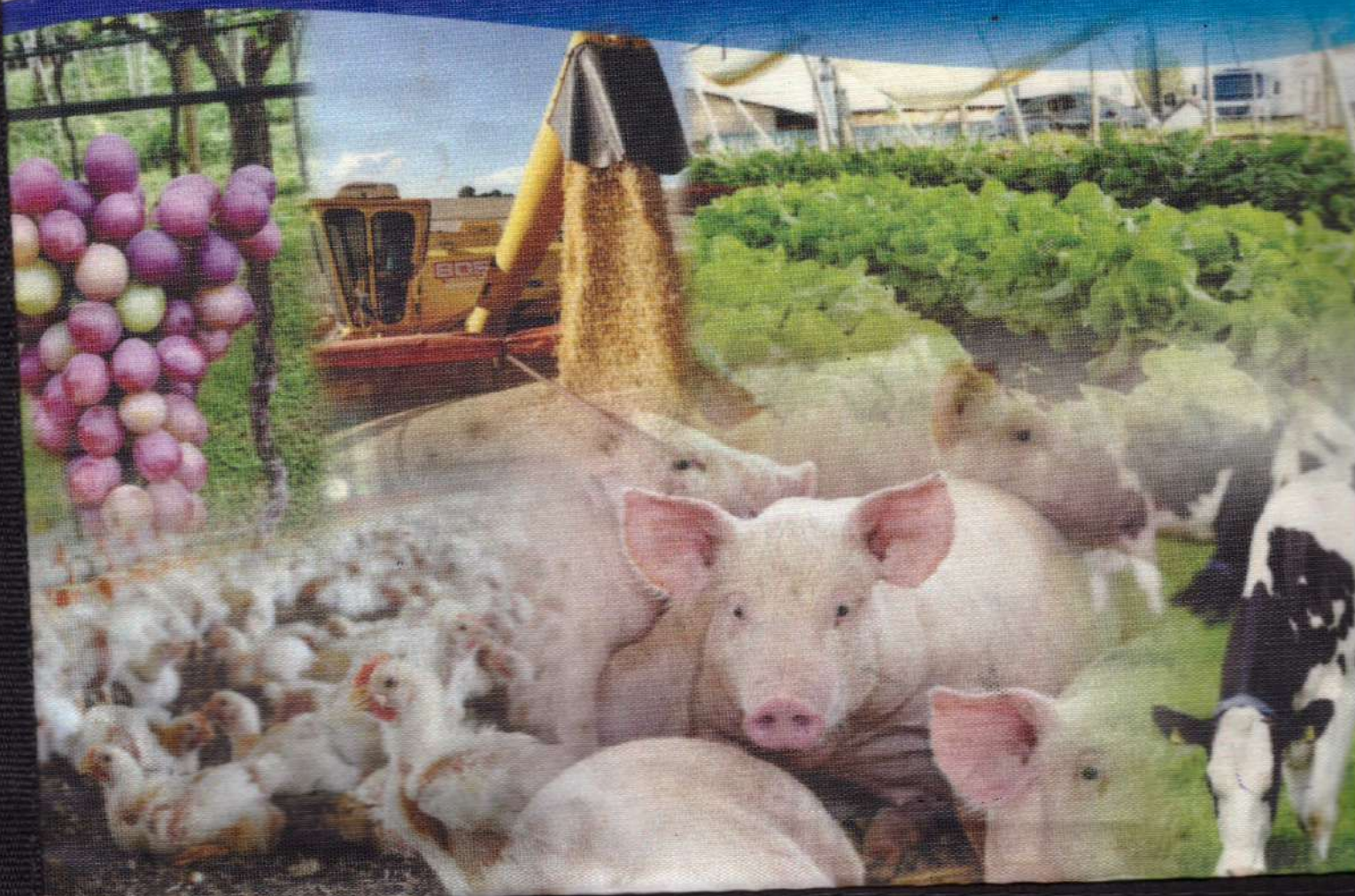
EM CONSTATANTE DESENVOLVIMENTO



Fazenda
Secretaria Municipal
SETOR ICMS



Agricultura
Secretaria Municipal



SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE POLÍTICA DE CONTROLE DE
ZONASES E VETORES
PROGRAMA DE CONTROLE DA FEBRE AMARELA E DENGUE
FICHA DE VISITA

[illegible]

ITEM 88



*Secretaria Municipal de Saúde - Frederico Westphalen - RS.
Telefone: (055) 3744 4911 ou 3744 6922*

Ficha de Orientações ao Paciente. Setor de Agendamento de Consultas.

Hospital: _____

Paciente: _____

Data: ____/____/____ Horário: _____

Médico: _____

Observações: _____

ITEM 90

Aviso de Visita Domiciliar

Sr. Morador, o Agente de Saúde esteve em sua residência
dia ____ / ____ às _____ horas para:

- ☐ Visita Periódica ☐ Cadastro/ Atualização ☐ Consultas/ Exames ☐ Outros Assuntos

Porém não obteve sucesso em encontrá-lo. O ACS irá voltar em até 30 dias para nova tentativa. ACS _____.

OBS.: As visitas domiciliares são realizadas uma vez por mês pelo ACS e para qualquer tipo de atendimento é extremamente necessário possuir o Cartão do SUS.



ITEM 92

**DENGUE
MATA**

CUIDE DA
SUA CASA

FALE COM
SEUS VIZINHOS

CONVERSE COM
A PREFEITURA

PRECISAMOS DA SUA AJUDA!



DISQUE DENÚNCIA: (55) 3744-4911

Dengue.
Se você agir,
podemos evitar.

Cuide da sua casa.
Fale com seus
vizinhos. Converse
com a prefeitura.

A dengue é uma doença infecciosa transmitida pela picada do mosquito *Aedes aegypti* infectado. No Brasil, as condições climáticas favorecem a circulação do mosquito, fazendo com que todos os anos milhares de pessoas peguem dengue. É uma doença séria que pode matar, mas também pode ser evitada se atitudes efetivas forem tomadas. Basta você agir.

Evitar a dengue só é possível com a participação de todos. Por isso, fique de olho na sua casa, no seu trabalho e elimine tudo que possa se transformar em foco do mosquito. Estimule seus amigos e vizinhos a fazerem o mesmo.

Se você perceber focos do mosquito no seu bairro, informe os órgãos responsáveis do seu município. E lembre-se: converse com a prefeitura e cobre essa postura de combate.

SINTOMAS DA DENGUE:

Os sintomas mais comuns são febre alta com dor de cabeça, dor atrás dos olhos, no corpo e nas juntas. Se apresentar dois ou mais desses sintomas, procure uma unidade de saúde e não tome remédios sem orientação médica.

Saiba como evitar a dengue.



Mantenha bem tampados tonéis e barris d'água.



Remova folhas, galhos e tudo que possa impedir a água de correr pelas calhas.



Troque a água dos vasos de plantas aquáticas e lave-os com escova, água e sabão uma vez por semana.



Não deixe água acumulada sobre a laje.



Mantenha a caixa d'água bem fechada. Coloque também uma tela no ladrão da caixa d'água.



Vire todas as garrafas com a boca para baixo, evitando que acumule água dentro delas.



Fechem bem o saco de lixo e deixem-o fora do alcance de animais.



Coloque no lixo todo objeto não utilizado que possa acumular água.



Encha de areia até a borda os pratos das plantas ou lave-os semanalmente com escova.



Lave por dentro com escova e sabão os utensílios usados para guardar água em casa.



Lave semanalmente por dentro com escova e sabão os tanques utilizados para armazenar água.



Coloque o lixo em sacos plásticos e mantenha a lixeira bem fechada.



Estado do Rio Grande do Sul
**MUNICÍPIO DE
FREDERICO WESTPHALEN**
Secretaria Municipal de Saúde

**FREDERICO
WESTPHALEN**
RS GOV BR
EM CONSTATANTE DESENVOLVIMENTO



Nome:

Frederico Westphalen, ____/____/____

"DOE SANGUE SALVE VIDAS. É UM ATO DE AMOR."

ITEM 95

 SIA-SUS -RS SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
1. UNIDADE PRESTADORA DE ATENDIMENTO NOME DA UNIDADE: _____ ENDEREÇO: _____ MUNICÍPIO: _____ UF: _____ CÓDIGO SIA/SUS: _____		15. NÚMERO DO ATENDIMENTO. 	
2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME: _____ SEXO: _____ IDADE: _____ ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____ UF: _____		9. MOTIVO DO ATENDIMENTO 	
5. CÓDIGO ESPEC. ATIVID. PROFIS. (TABELA 1) 		8. CÓDIGO DA TABELA DE PROCEDIMENTO SIA/SUS 	
3. DATA DE ATENDIMENTO 		10. DADOS DE EXAME CLÍNICO / TRATAMENTO / DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTO 	
4. HORA ATENDIMENTO 		11. ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL 	
6. TIPO (TABELA 2) 		12. DIAGNÓSTICO / CID 	
7. GRUPO (TABELA 3) 		13. ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL 	
14. PEGELAR DIREITO 			

Seja um cidadão consciente ABRACE ESSA CAUSA

DOE SANGUE DOE VIDA



Agende sua Doação

Diretamente na Secretaria de Saúde
ou através do
Fone: (55) 3744-4911 ou
Whatsapp: (55)93619-3718



Coletas ocorrem 2x
por mês em
Frederico Westphalen

**DOE SANGUE
DOE VIDA** 

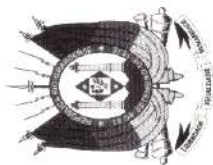
São impeditivos temporários para a doação de sangue:

- Gripe, resfriado e febre: aguardar 7 dias após o desaparecimento dos sintomas.
- Período Gestacional e lactante (até 1 ano). Pós parto:
Normal 3 meses, Cesariana 6 meses.
- Ter feito tatuagem, colocação de piercing, maquiagem definitiva ou botox: 12 meses após procedimento.
- Exames com a utilização de endoscópio, tratamento dentário: 6 meses após procedimento.
- Cirurgia: de 3 a 12 meses dependendo da cirurgia.
 - Vacina Covid: 7 dias após ser vacinado.
 - Vacina Gripe: 2 dias após ser vacinado.
- Se teve Covid, H1N1 ou Dengue: 30 dias após o fim dos sintomas.

São impeditivos definitivos para a doação de sangue:

- Ter passado por quadro de hepatite após os 11 anos de idade.
- Exposição a doenças transmissíveis pelo sangue.
 - Fazer uso de drogas ilícitas injetáveis.
 - Malária.

AGENDE SUA COLETA DE SANGUE!



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

*Livro de Registro e Seguimento de
Mulheres
Submetidas ao Exame Citopatológico
do Colo do Útero*

Unidade Sanitária: _____
Ambulatório N°: _____

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA Nº

Caso suspeito de dengue: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Ae. aegypti* que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Caso suspeito de Chikungunya: febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença 1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA		Código (CID10) A 90 A 92	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação				Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
Notificação Individual	8 Nome do Paciente					9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parde 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-E ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-E ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-E ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência			Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)			Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)				24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência			27 CEP
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados clínicos e laboratoriais					
	Inv.	31 Data da Investigação		32 Ocupação		
Dados clínicos	33 Sinais clínicos 1-Sim 2- Não ☐ Febre ☐ Cefaleia ☐ Vômito ☐ Dor nas costas ☐ Artrite ☐ Petéquias ☐ Prova do laço positiva ☐ Mialgia ☐ Exantema ☐ Náuseas ☐ Conjuntivite ☐ Artralgia intensa ☐ Leucopenia ☐ Dor retroorbital					
	34 Doenças pré-existent 1-Sim 2- Não ☐ Diabetes ☐ Hepatopatias ☐ Hipertensão arterial ☐ Doenças auto-imunes ☐ Doenças hematológicas ☐ Doença renal crônica ☐ Doença ácido-péptica					
Dados laboratoriais	35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)		36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)		37 Exame PRNT Data da Coleta	
	38 Resultado S1 ☐ S2 ☐ PRNT ☐ 1- Reagente 2- Não Reagente 3- Inconclusivo 4- Não Realizado					
	39 Sorologia (IgM) Dengue Data da Coleta		40 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado		41 Exame NS1 Data da Coleta	
	42 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado					
	43 Isolamento Data da Coleta		44 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado		45 RT-PCR Data da Coleta	
	46 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado					
	47 Sorotipo 1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4- DENV 4		48 Histopatologia 1- Compatível 2-Incompatível 3- Inconclusivo 4- Não realizado		49 Imunohistoquímica 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado	

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐	51 Data da Internação	52 UF	53 Município do Hospital	Código (IBGE)
	54 Nome do Hospital	Código	55 (DDD) Telefone		
Conclusão	Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)				
	56 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado ☐	57 UF	58 País		
	59 Município	Código (IBGE)	60 Distrito	61 Bairro	
	62 Classificação 5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarme 12- Dengue Grave 13- Chikungunya ☐	63 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação ☐		64 Apresentação clínica ☐ 1- Aguda ☐ 2- Crônica	
	65 Evolução do Caso ☐ 1-Cura 2- Óbito pelo agravo 3- Óbito por outras causas 4-Óbito em investigação 9-Ignorado	66 Data do Óbito		67 Data do Encerramento	
Preencher os sinais clínicos para Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave					
Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave	68 Dengue com sinais de alarme ☐ 1-Sim 2- Não ☐ ☐ Hipotensão postural e/ou lipotímia ☐ Vômitos persistentes ☐ Aumento progressivo do hematócrito ☐ Queda abrupta de plaquetas ☐ Dor abdominal intensa e contínua ☐ Hepatomegalia >= 2cm ☐ ☐ Letargia ou irritabilidade ☐ Acúmulo de líquidos				
	69 Data de início dos sinais de alarme:				
	70 Dengue grave 1-Sim 2- Não ☐ Extravasamento grave de plasma: ☐ Pulso débil ou indetectável ☐ Taquicardia ☐ Sangramento grave: ☐ PA convergente <= 20 mmHg ☐ Extremidades frias ☐ Hematêmese ☐ Metrorragia volumosa ☐ Tempo de enchimento capilar ☐ Hipotensão arterial em fase tardia ☐ Melena ☐ Sangramento do SNG ☐ Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória ☐ Comprometimento grave de órgãos: ☐ AST/ALT > 1.000 ☐ Miocardite ☐ Alteração da consciência ☐ Outros órgãos, especificar:				
	71 Data de início dos sinais de gravidade:				

Informações complementares e observações

Observações Adicionais

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



Certificado de coragem



Certificamos que

enfrentou a temida agulha e venceu a
batalha com muita força. Parabéns!



____ / ____ / ____
Data



Certificado de coragem

Certificamos que



enfrentou a temida agulha e venceu a
batalha com muita força. Parabéns!

____/____/____

Data

CERTIFICADO DE CORAGEM

Certificamos que _____

foi muito corajoso e mostrou que é um verdadeira herói da saúde bucal.

Lembre-se que cuidar dos seus dentinhos é uma missão nobre,
e você a cumpriu com honra e determinação.

Continue assim, sorrindo com alegria e mostrando ao mundo a sua força.



_____/_____/_____
Data



CERTIFICADO DE CORAGEM

Certificamos que _____

foi muito corajosa e mostrou que é uma verdadeira heroína da saúde bucal.
Lembre-se que cuidar dos seus dentinhos é uma missão nobre,
e você a cumpriu com honra e determinação.

Continue assim, sorrindo com alegria e mostrando ao mundo a sua força.



Data _____ / _____ / _____