

ITEM	QUANT	UNID	DESCRIÇÃO DOS MATERIAIS GRAFICOS
01	100.000	Unidade	Folhas – Papel Timbrado A-4 – colorido (21x29,7cm)
02	80	Blocos	Autorização para ausência – folha carbonada, com 50x2 folhas
03	6.000	Unidade	Envelope ofício tamanho 11cmx23cm c/ timbre do Município em preto e branco
04	6.000	Unidade	Envelope Ofício tamanho 24,5cmx34cm – c/timbre do Município em preto e branco
05	50	Unidade	Capas p/ carnê de Contribuição de melhoria
06	300	Unidade	Papel Timbrado com moldura colorida – Tributação
07	16.000	Unidade	Nota de empenho, formulário contínuo e autocopy
08	06	Caixas	Holerite em formulário contínuo, caixa c/2.000 páginas cor azul
09	30	Blocos	Guia de arrecadação – 1 via branca, 2 via verde, 2 vias carbonadas
10	150	Unidades	Capas para carnê de Alvará
11	300	Unidades	Capas para carnê de IPTU em cartolina
	2.000	Unidades	Registro e controle de empréstimo de livros da Biblioteca, por aluno, papel cartonado, medindo 14x19,5 cm – dois lados
12	2.000	Unidades	Ficha de Biblioteca para controle do Aluno
13	20.000	Unidades	Folhas de Tarifa de água – A-4 c/picote
14	200	Blocos	Bloco de Receituário Médico – c/ 100 folhas
15	2.000	Unidades	Ficha Clínica – cartonada
16	100	Blocos	Referência 50x2 vias carbonadas – 50x2 folhas
17	100	Unidades	Cartazes tamanho grande para diversas campanhas das Secretarias
18	10	Blocos	Notificação de receita – carbonado e numerado – 50x2 folhas
19	500	Fichas	Fichas de Controle Físio-Patológico da Reprodução (frente e verso)
20	60	Blocos	Autorização programa Inseminação artificial
21	1.000	Unidades	Capas para bloco de produtor rural
22	1800	Unidades	Calendários de mesa com cartão de natal – 7 folhas – papel colchê – armação duplex
23	12	Blocos	Autorização para empréstimo - Carbonado 50x2 folhas
24	05	Blocos	Requerimento de Ligação de Água – Carbonado – 50x2 folhas
25	500	Unidades	Ficha Preventivo do colo de útero 1x1 cor azul
26	250	Unidades	Ficha Clínica da Mulher 21x30 cm – Cartonada branca
27	10	Blocos	Auto Termo copiativo 50x3 21x30 cm
28	20	Blocos	Receituário de controle especial 100x1
29	1500	Unidade	Pastas 23x32cm, Papel cartão 350g 4x0 cor plastificadas, Aba interna colada.
30	300	Unidades	Cartazes para festividades oficiais promovidas pela

			municipalidade
31	50	Blocos	Prescrição médica – impressão uma cor 15x21cm, com 50 folhas
32	100	Blocos	Atendimento veterinário 50x2 copiativo formato 32 – Tam. 12x15cm
33	15.000	Unidades	Nota Fiscal de Produtor Rural – com 4 vias
34	50	Blocos	Atestado médico c/ 100 folhas
35	10	Blocos	Atestado de saúde ocupacional – ASO, 02 vias, carbonado, c/ 50x2 folhas
36	10	Blocos	Autorização de hospedagem, 02 vias, numeradas, carbonado, c/ 50x2 folhas
37	50	Blocos	Declaração de comparecimento c/ 100 folhas
38	30	Blocos	Registro diário dos serviços antivetorial, c/ 50 folhas
39	50	Blocos	Requisição de exames laboratoriais, 02 vias, carbonadas c/ 50x2 folhas
40	500	Folhas	Ficha A – sistema de informação de atenção básica.
41	10	Blocos	Autorização para o programa de subsolagem – folhas carbonadas – 50x2.
42	50	Blocos	Autorização para almoço de servidores à serviço – folhas carbonadas – 50x2.
43	10	Blocos	Notificação de vistoria – folhas carbonadas – 50x2.
44	500	Unidades	Folha Papel Timbrado – A4 – Conselho Municipal de Saúde
45	500	Carteiras	Controle Leite das Crianças – Cartonado – 1 dobra
46	500	Unidades	Ficha de atendimento individual – A4cartonado – frente e verso
47	500	Unidades	Ficha de atendimento coletivo – A4 – frente e verso
48	2000	Unidades	Folhas de Cadastro domiciliar - A4 – frente e verso
49	500	Unidades	Folhas de Cadastro Individual – A4 – Frente e verso
50	500	Fichas	Visita domiciliar A4 – Cartonada
51	500	Fichas	Atendimento Odontológico – A4 Cartonada - Frente e verso
52	500	Unidades	Capas de Licitação – Cartonada – Papel A4
53	250	Unidades	Livros (tipo ata), com registro mínimo de 250 famílias e 400 famílias complementares

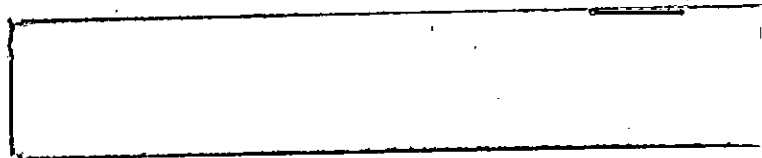


ALVARÁ

"PROGRESSO SEM FRONTEIRAS"



Prefeitura do Município de Pato Bragado - PR
Secretaria Municipal de Finanças



IPTU

09 ABR. 2009

"PROGRESSO SEM FRONTEIRAS"



Prefeitura do Município de Pato Bragado - PR
Secretaria Municipal de Finanças

200 Bloco de 100 folhas



Prefeitura do Município de Pato Bragado

Estado do Paraná
Secretaria de Saúde e Ação Social
CENTRO DE SAÚDE

Modelo
para próxima impressão

Gráfica
Benacchio
Onde o cliente e o trabalho fazem o dia a dia.
45 3268-1410

10



Prefeitura do Município de Pato Bragado

Secretaria de Saúde e Ação Social
Centro de Saúde

Requisição de Exames

Nome	
Idade	Peso
Dados Clínicos	
Material a Examinar	
Exames Solicitados	
Data	Carimbo e Assinatura do Profissional



Prefeitura do Município de Pato Bragado

Secretaria de Agricultura e Meio Ambiente

PROGRAMA DE INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL

AUTORIZAÇÃO

Nome do Produtor: _____

Endereço do Produtor: _____

Nome ou número da vaca _____ Idade da vaca _____

RAÇA: () H.P.B. () H.V.B. () Gersey () Gir () Pardo Sulço
() Meio Sangue () Indefinida

002

Nome do Touro _____ Raça do Touro _____

Empresa Prestadora _____ Nome do inseminador _____

Data da Inseminação _____



Assinatura do Inseminador

Assinatura do Produtor

Assinatura do Responsável pela Autorização _____ Data da Emissão ____/____/____

Prefeitura do Município de Pato Bragado

Secretaria de Saúde e Ação Social

AUTORIZAÇÃO Nº 1251

Para _____

Encaminhamos o(a) paciente _____

para hospedar-se por três dias.

Obs.: _____

Pato Bragado, _____ de _____ de 20 _____

Funcionário Responsável

Gráfica Benacchio - 45 3268-1410 - 10 bls. 50x2 - 1051 a 1550 - 08/2013

Prefeitura do Município de Pato Bragado

Comprovante Nº 1251

Total diárias _____ à R\$ _____ (Unit.)

Valor total das diárias R\$ _____

Assinatura do Paciente na Saída
OBS.: Este comprovante deverá ser devolvido à Prefeitura através do paciente.

10 Blocos 50x2 vias
numeradas

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF	NÚMERO
PR	Nº 20.003.601

B1

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PATO BRAGADO
Rua Florianópolis, 1177 CEP 85948-000 . Pato Bragado . Paraná

de _____ de _____

Paciente _____

Endereço _____

Assinatura do Emissor _____

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLOGIA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome _____
Endereço _____
Telefone _____
Identidade nº _____ Órgão Expedidor _____

CARIMBO DO FORNECEDOR
Nome do Vendedor _____ Data _____



Prefeitura Municipal de Pato Bragado
Secretaria de Saúde

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o Sr.(a) paciente _____

portador(a) do RG nº _____ foi
submetido a tratamento clinico, necessitando de repouso por um período
de (_____) _____ dias, a partir desta data.

CID: _____

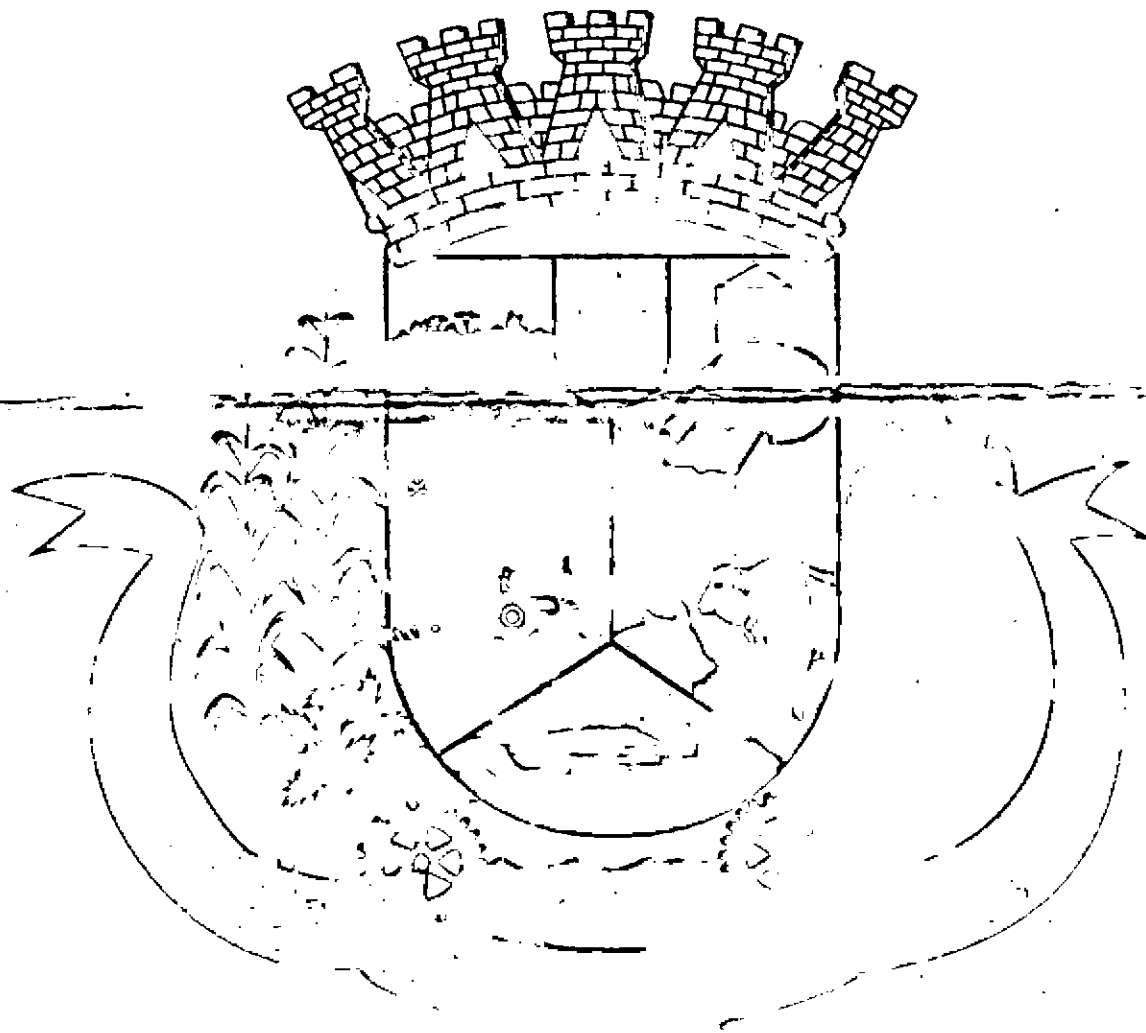
Pato Bragado, _____ de _____ de 20_____

Assinatura e carimbo do Médico



Prefeitura do Município de Pato Bragado

Estado do Paraná



25.FEV. 2011

Assinatura

Prefeitura do Município de Pato Bragado

Estado do Paraná



GESTÃO 2013 / 2016

**CONTROLE E DISTRIBUIÇÃO
SECRETARIA DE AGRICULTURA E MEIO AMBIENTE**

SENHOR PRODUTOR:

A emissão da Nota Fiscal de Produtor é obrigatória por lei para toda e qualquer movimentação de mercadorias seja ela de venda, depósito, transferência e outros.

Com a emissão da Nota Fiscal de Produtor aumenta a arrecadação para o município, portanto, mais recursos para serem investidos na agricultura, transporte, saúde e educação.

A Nota Fiscal de Produtor é documento indispensável para requerer a aposentadoria.

Data de Validade _____ / _____ / _____

ANEXO I – CONTRATO 012/2013
CONVITE 002/2013

ITEM	QUANT	UNID	DESCRIÇÃO DOS MATERIAIS GRAFICOS	V. Unit.	V. Total
01	100.000	Unid.	Folhas – Papel Timbrado A-4 – colorido	0,11	11.000,00
02	50	Blocos	Autorização para ausência – folha carbonada	12,36	618,00
03	5.000	Unid.	Envelope ofício tam. 0,11cm x 23cm c/ timbre do Município em preto e branco	0,27	1.350,00
04	6.000	Unid.	Envelope Ofício tam. 24,5x34 cm – c/timbre do Município em preto e branco	0,44	2.200,00
05	50	Unid.	Capas p/ carnê de Contribuição de melhoria	4,91	245,50
06	300	Unid	Papel Timbrado com moldura – Tributação	1,55	465,00
07	16.000	Jogos	Nota de empenho, formulário contínuo e autocopy.	0,37	5.550,00
08	6	CX	Holerite em formulário contínuo, caixa c/2.000 páginas cor azul	774,00	3.870,00
09	10 30	Blocos	Guia de arrecadação – 1 via branca, 2 via verde, 2 vias carboandas	31,10	311,00
10	100 150	unid	Capas para carnê de Alvará	2,36	236,00
11	200 300	Unid.	Capas para carnê de IPTU em cartolina	1,78	356,00
12	2.000	Unid.	Ficha de Biblioteca para controle do Aluno	0,32	640,00
13	20.000	Unid.	Folhas de Tarifa de água – A-4 c/picote	0,19	3.800,00
14	200	Blocos	Bloco de Receituário Médico – c/ 100 folhas	5,97	1.194,00
15	2.000	Unid.	Ficha Clínica - carbonada CDA TOMADA	0,47	470,00
16	100	Blocos	Referência 50x2 vias carbonadas 2 vias carb. 50fl.	10,42	1.042,00
17	100	Unid.	Cartazes tamanho grande para diversas campanhas das Secretarias	7,10	710,00
18	10	Blocos	Notificação de receita – carbonado 100fls (NUMERAÇÃO)	25,70	257,00
19	100	Unid	Ficha individual de atendimento anti rábico humano – cartolina	2,94	294,00
20	30	Blocos	Programa nacional de controle da dengue – PNCD – 50 folhas	24,90	747,00
21	1000 500	Fichas	Fichas de Controle Físio-Patológico da Reprodução (frente e verso)	0,43	860,00
22	1.000	Unid.	Capas para bloco de produtor rural	0,46	460,00
23	2000 1800	Unid	Calendários de mesa com cartão de natal – 7 folhas – papel colchê – armação duplex	3,67	7.340,00
24	60	Blocos	Autorização para inseminação	12,72	763,20
25	12	Blocos	Autorização empréstimo	25,10	301,20
26	50	Blocos	Atendimento Veterinário	14,65	732,50
27	250	Unid	(05 blocos) Unidade de requerimento de Ligação de Água	1,39	347,50
28	500	Unid	Ficha Preventivo do colo de útero 1x1 cor AZUL	0,63	315,00
29	500 250	Unid	Ficha Clínica da Mulher 21x30 cm BRANCA	0,77	385,00
30	10	Blocos	Auto Termo copiativo 50x3 21x30 cm	39,72	397,20
31	100 20	Blocos	Receituário de controle especial 100x1 2 vias carb- 50f	9,46	946,00
32	1500	Unid	Pastas 23x32 Papel cartão 350g 4x0 cor plastificadas, Aba interna colada	2,07	3.105,00
33	100 180	Unid	Livros de campanha educativa PROERD – 44 páginas – Imp. 1x1 cor- capa imp. 4x0 cores Papel couche 250g	22,50	2.250,00

34	100 300	Unid	Cartazes para festa promovidas pela municipalidade.	5,24	1.048,00	
35	100 50	Blocos	Prescrição médica - impressão uma cor 15x21 com 50 folhas	5,74	574,00	S
36	100	Blocos	Atendimento veterinário 50x2 copiativo formato 32 - Tam. 12x15cm	6,74	674,00	
37	5000	Unid	Nota Fiscal de Produtor Rural - com 4 vias	0,59	2.950,00	
38	60	Blocos	Autorização para in seminação 50 x 2 - Copiativo	13,01	780,60	
39	50	Blocos	Atestado médico c/ 100 folhas	9,40	470,00	S
40	10	Blocos	Atestado de saúde ocupacional - ASO, 02 vias, carbonado, c/ 50 folhas	26,00	260,00	S
41	10	Blocos	Autorização de hospedagem, 02 vias, numeradas, carbonado, c/ 50 folhas	25,00	250,00	S
42	50	Blocos	Declaração de comparecimento c/ 100 folhas	14,20	710,00	
43	30 30	Blocos	Registro diário do serviços antivetorial, c/ 50 folhas	7,60	380,00	S
44	50	Blocos	Requisição de exames laboratoriais, 02 vias, carbonadas c/ 50 folhas	10,92	546,00	S
45	500	folhas	Ficha A - sistema de informação de atenção básica.	0,93	465,00	S

16.000

- 46 - 10 Blocos - 50x2 Autorização Programa Subsolvem 50F.
- 47 - 50 Blocos Autorização PI ALMOÇO (2VIAS CARBONADO, 50F - S
- 48 - 10 Blocos DE NOTIFICAÇÃO DE HISTÓRIA (2VIAS - CARBONADO - S
(50 FLI. - S
- 49 - 500 FOLHAS PAPER TIMBRADO C.M.S. - S
- 50 - 500 CARTEIRAS LEITE DAS CRIANÇAS CARBONADO 100FOLHAS - S
- 51 - 500 FICHAS ATENDIMENTO INDIVIDUAL FRENTEVERSO - S
- 52 - 200 FICHAS " " COLETIVO " " - S
- 53 - 2000 FOLHAS CADASTRO DOMICILIAR - S
- 54 - 5000 FOLHAS " " INDIVIDUAL " " - S
- 55 - 500 FICHAS PROCEDIMENTOS - S
- 56 - 500 FICHAS VISITA DOMICILIAR - S
- 57 - 500 FICHAS ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO - FRENTEVERSO - S
- 58 - 10 LIVROS PARA REG. REVISITAS ACS COM CAPACIDADE DE 200 REG. E 400 VISITAS COMPLEMENTARES. - S
- ~~59 - 15.000 ~~VIAS~~ NOTAS FISCAIS DO PRODUTOR - 4 VIAS~~
- 59 - 00 blocos (1via) autorização programa seminário oficial.

Secretaria Municipal de Saúde

Relação dos materiais gráficos

Item	Produto	Unid.	Quant.
U1	Bloco atestado médico, 100 folhas UBS	bloco	50
C/2	Bloco atestado de saúde ocupacional - ASO, 02 vias, carbonado, com 50 folhas. UBS	bloco	10
C/3	Bloco autorização de hospedagem, 02 vias, numeradas, carbonado, c/ 50 folhas. UBS	bloco	10
C/4	Bloco autorização para almoço, 02 vias, carbonadas, 50 folhas UBS	bloco	50
Y 5	Bloco de notificação de receita, numerado, c/ 100 folhas. UBS	bloco	10
Y 6	Bloco de prescrição médica, frente e verso, c/ 50 folhas UBS	bloco	50
Y 7	Bloco de registro diário do serviço antivetorial, c/ 50 folhas. UBS	bloco	30
Y 8	Bloco notificação de vistoria, 02 vias, carbonado, 50 folhas UBS	bloco	10
Y 9	Bloco para receituário médico, c/ 100 folhas. UBS	bloco	200
Y 10	Bloco receituário controle especial, 02 vias, carbonado, 50 folhas UBS	bloco	20
Y 11	Bloco Referência contra-referência, 02 vias, carbonado, c/ 50 folhas. UBS	bloco	100
Y 12	Bloco requisição de exames laboratoriais, 02 vias, carbonado, c/ 50 folhas. UBS	bloco	50
C/13	Folha timbrada Conselho Municipal de Saúde - (conselho)	folha	500
14	Ficha clinica da mulher, em papel cartonado, fundo branco. UAPSF	ficha	250
C/15	Ficha clinica, em papel cartonado. UBS	ficha	2.000
Y 16	Ficha de preventivo do colo do utero, fundo azul. UAPSF	ficha	500
Y 17	Ficha marcação de profissionais, frente e verso. UAPSF	ficha	500
Y 18	carteira Leite das Crianças, papel cartonado, uma dobra UBS	unid.	500
Y 19	Ficha de atendimento individual, frente e verso PSF.	folha	500
C/20	Ficha de atividade coletiva, frente e verso PSF	folha	200
C/21	Cadastro domiciliar PSF	folha	2.000
C/22	Cadastro individual, frente e verso PSF	folha	5.000
C/23	Ficha de procedimentos PSF	folha	500
Y 24	Ficha de visita domiciliar PSF	folha	500
C/25	Ficha de atendimento odontológico, frente e verso PSF	folha	500
C/26	Cartazes grandes para campanhas diversas PSF	unid.	30
C/27	Livro para registro de visitas Agentes Comunitarias de Saúde, com capacidade de registro de 200 familias e 400 visitas complementares. PSF	livro	10

*usar
 desperas
 3404 - qual
 (fazer desdobra
 Material gráfico
 3372 -
 desdobra
 Material gráfico*

3840
 3827 - desdobra
 3827 - desdobra
 3827 - 11
 3760
 desdobra

20 Blocos 50x2 CARBONADO

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



**Prefeitura do Município de
Pato Bragado**

Unidade Básica de Saúde

Rua Florianópolis, 1177 - Fone (45) 3282-1396
85948-000 - Pato Bragado - Paraná

- 1.ª Via - Retenção da Farmácia ou Drogeria
- 2.ª Via - Orientação ao Paciente

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data ____/____/____

CIS

Prefeitura do Município de Pato Bragado

Secretaria de Saúde

REFERÊNCIA

Unidade: _____ Município: _____

Da clínica: _____

Para especialidade: _____

Nome do paciente: _____

Endereço: _____ Idade: _____ Sexo: _____

História clínica: _____

Resultados de exames complementares: _____

Terapêutica já realizada: _____

Solicitações especiais: _____

Data _____ / _____ /20_____

Carimbo e Assinatura do Médico

CONTRA-REFERÊNCIA

Nome do paciente: _____

Dados complementares da história clínica: _____

Diagnóstico: _____

Terapêutica: _____

Orientações/Solicitações: _____

Data _____ / _____ /20_____

Carimbo e Assinatura do Médico

Favor destacar a Contra-Referência e entregar ao paciente que levará ao Serviço de Saúde de origem do encaminhamento.

100 blocos 2 JIAS CARBONADAS 50x2



FICHA DE PROCEDIMENTOS

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Cód. CNES UNIDADE	Cód. EQUIPE (INE)	TURNO	DATA: / /
				M T N	

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nº PRONTUÁRIO												
Nº CARTÃO SUS												
Data de nascimento	Dia / mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Ano											
Local de Atendimento												
Escuta Inicial / Orientação												
Procedimentos / Pequenas Cirurgias	Acupuntura com Inserção de Agulhas											
	Administração de Vitamina A											
	Cateterismo Vesical de Alívio											
	Cauterização Química de Pequenas Lesões											
	Cirurgia de Urina (Cantoplastia)											
	Cuidado de Estomas											
	Cursoivo Especial											
	Drenagem de Abscesso											
	Electrocardiograma											
	Exame Citopatológico de Colo Uterino											
	Exame do Pé Diabético											
	Exatise / Biópsia / Punção de Tumores Superficiais de Pele											
	Fundoscopia (Exame da Fundo da Oito)											
	Infiltração em Cavidade Sinusal											
	Remoção de Corpo Estranho de Cavidade Auditiva e Nasal											
	Remoção de Corpo Estranho Subcutâneo											
	Retirada de Corneia											
	Retirada de Pontos de Cirurgias											
	Sutura Simples											
	Triagem Oftalmológica											
	Tamponamento de Epistaxe											
	Teste Rápido	De Gravidez										
		Para HIV										
		Para Hepatite C										
		Para Sífilis										
	Administração de Medicamentos	Oral										
		Intravenosa										
		Endovenosa										
		Inalação / Nebulização										
		Tópica										
	Outros (SA)	Paracetamol para Tratamento de Sífilis										

Procedimentos Consolidados

Total no Período	Aferição da PA			
	Aferição de Temperatura			
	Cursoivo Simples			
	Coleta de material para Exame Laboratorial			
	Glicemia Capilar			
	Medição de altura			
	Medição de peso			

NOME DE PACIENTE

	JANEIRO		FEVEREIRO		MARÇO		ABRIL	
	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:
1	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:
2	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:
3	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:
4	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:
5	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:
6	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:
7	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:
8	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:
9	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:
10	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:
11	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:
12	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:
13	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:
14	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:
15	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:
16	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:	DIA:	CHEGADA:
17	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:	SAÍDA:	ASS:

PREVIA

NOME DE PACIENTE

JANEIRO

FEVEREIRO

MARÇO

ABRIL

1	DIA: SAÍDA: OBS:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:
2	DIA: SAÍDA: OBS:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:
3	DIA: SAÍDA: OBS:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:
4	DIA: SAÍDA: OBS:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:
5	DIA: SAÍDA: OBS:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:
6	DIA: SAÍDA: OBS:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:
7	DIA: SAÍDA: OBS:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:
8	DIA: SAÍDA: OBS:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:
	DIA: SAÍDA: OBS:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:	DIA: SAÍDA:	CHEGADA: ASS:

PREVIA

MAIO

JUNHO

DIA: CHEGADA: DIA: CHEGADA:
SAÍDA: ASS: SAÍDA: ASS:

DIA: CHEGADA: DIA: CHEGADA:
SAÍDA: ASS: SAÍDA: ASS:

DIA: CHEGADA: DIA: CHEGADA:
SAÍDA: ASS: SAÍDA: ASS:

DIA: CHEGADA: DIA: CHEGADA:
SAÍDA: ASS: SAÍDA: ASS:

DIA: CHEGADA: DIA: CHEGADA:
SAÍDA: ASS: SAÍDA: ASS:

DIA: CHEGADA: DIA: CHEGADA:
SAÍDA: ASS: SAÍDA: ASS:

DIA: CHEGADA: DIA: CHEGADA:
SAÍDA: ASS: SAÍDA: ASS:

DIA: CHEGADA: DIA: CHEGADA:
SAÍDA: ASS: SAÍDA: ASS:

DIA: CHEGADA: DIA: CHEGADA:
SAÍDA: ASS: SAÍDA: ASS:

PREVIA



Prefeitura do Município de Pato Bragado

Estado do Paraná
Secretaria de Saúde e Ação Social
CENTRO DE SAÚDE



Prefeitura do Município de Pato Bragado

Estado do Paraná
Secretaria de Saúde e Ação Social
CENTRO DE SAÚDE

05 MAIO 2008

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL - ASO

ADMISSIONAL PERIÓDICO DEMISSIONAL DATA: ___/___/___
 TROCA DE FUNÇÃO DE: _____ PARA: _____
 RETORNO AO TRABALHO APÓS: Acidente de Trabalho Doença/ Acidente Não Ocupacional Doença Ocupacional Parto

EMPRESA: _____

ATESTO QUE: _____

FUNÇÃO: _____ SETOR: _____

CARTEIRA DE IDENTIDADE: _____ FOI SUBMETIDO(A) A EXAME MÉDICO: _____

SENDO CONSIDERADO(A):

APTO(A) PARA AS ATIVIDADES DA FUNÇÃO
 INAPTO(A) PARA AS ATIVIDADES DA FUNÇÃO
 APTO(A) COM A(S) SEGUINTE(S) RESTRIÇÃO(ÕES): _____

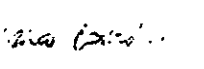
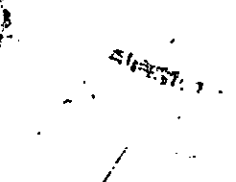
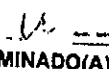
REALIZOU OS SEGUINTE EXAMES COMPLEMENTARES E/OU AVALIAÇÕES MÉDICAS:

() ACUIDADE VISUAL	____/____/____	____/____/____	____/____/____
() AUDIOMETRIA	____/____/____	____/____/____	____/____/____
() AVALIAÇÃO DO ESPECIALISTA	____/____/____	____/____/____	____/____/____
() E.C.G.	____/____/____	____/____/____	____/____/____
() E.E.G	____/____/____	____/____/____	____/____/____
() ESPIROMETRIA	____/____/____	____/____/____	____/____/____
() EXAME CLÍNICO	____/____/____	____/____/____	____/____/____
() LABORATÓRIO	____/____/____	____/____/____	____/____/____
() RAIOS X	____/____/____	____/____/____	____/____/____
() OUTROS	____/____/____	____/____/____	____/____/____

RISCOS OCUPACIONAIS

NÃO HÁ RISCO OCUPACIONAL ESPECÍFICO PARA A ATIVIDADE
 RISCO(S) OCUPACIONAL(AIS) ESPECÍFICO(S) DA ATIVIDADE:

QUÍMICO _____
 FÍSICO _____
 BIOLÓGICO _____
 OUTROS _____

		<p>ESTOU CIENTE DO RESULTADO DESTA EXAME MÉDICO QUE RECEBI CÓPIA DO MESMO. FUI INFORMADO SOBRE AS FORMAS DE ME PROTEGER DOS RISCOS EXISTENTES.</p> 
MÉDICO COORDENADOR DO PCMSO.	MÉDICO EXAMINADOR	ASSINATURA DO(A) EXAMINADO(A)

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

Nº imóveis trabalhados por tipo					
R	C	TB	PE	Outro	Total

Nº imóveis			
Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspecionados	Recuperados

Nº Tubitos / Amostras Coletadas

Pendência	
Recusa	Fechados

Nº depósitos inspecionados por tipo							
A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total

R = Residência TB = Terreno Baldio
C = Comércio PE = Ponto Estratégico

Nº depósitos						
Eliminado	Tratados					
	Larvicida (1)			Larvicida (2)		
	Tipo	Qtde.(Gramas)	Qtde.dep.trat	Tipo	Qtde.(Gramas)	Qtde.dep.trat.

Adulticida	
Tipo	Qtde. (Cargas)

Nº e seq. dos quarteirões trabalhados									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Nº e seq. dos quarteirões concluídos									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Nº e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

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

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

R = Residência TB = Terreno Baldio O = Outros
C = Comércio PE = Ponto Estratégico

Data da entrada

Data da conclusão

Laboratório

Laboratorista

Assinatura

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA	
Tijolo/adobe	
Taipa Revestida	
Taipa não Revestida	
Madeira	
Material Aproveitado	
Outro - Especificar:	
Número de Cômodos/Peças	
Energia Elétrica	
DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado/Enterrado	
Céu Aberto	

TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem Tratamento	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede Pública	
Poço ou Nascente	
Outros	
DESTINO DE FEZES E URINA	
Sistema de Esgoto (rede geral)	
Fossa	
Céu Aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Planos de Saúde	
Nome do Plano de Saúde			

EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benedeira	
Farmácia	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	
Televisão	
Outros - Especificar:	

PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Cooperativa	
Grupo Religioso	
Associações	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
Ônibus	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - Especificar:	

OBSERVAÇÕES

12

Prefeitura do Município de Pato Bragado

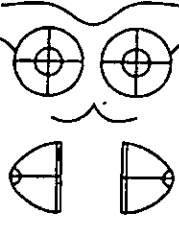
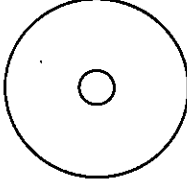
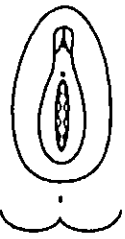
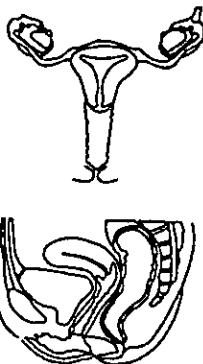
Secretaria de Saúde - Unidade Básica de Saúde

Gineco - Obstetra

FICHA CLÍNICA DA MULHER

Consultório

Nome:		Profissão:	
Idade:		Nº:	Data:
Convênio:		Naturalidade:	
Cor:			
Queixa principal:			
Hist. da doença atual:		Menarca:	D.U.M.:
		Ciclos posteriores:	
		Método anticoncepcional:	
Hist. patológica progressa (pessoal e familiar):		Gesta:	Para: Aborto:
Cardiovasculares:		Parto normal:	Cesariana:
Endócrinas/metabólicas:		1º parto:	Ult. parto:
Osteoporose:		Aleitamento:	
Alergia:		1º coito:	Nº parceiros:
Viroses:		Coito anal:	Orgasmo:
DST:		Medicamentos em uso:	
Câncer:			
Cirurgia:			
Acidentes:		Tabagismo:	Etilismo:
Transusão:		Drogas:	
Outros:		Obs.:	

Peso:	Altura:	P.A.:	ACV:	A.R.:	Membros inferiores:
MAMAS 	Inspeção estática:		EXAME ESPECULAR 	Vagina:	
	Inspeção dinâmica:			Colo:	
	Palpação			Muco cervical:	
	Aréola e papila:				
VULVA e PERÍNEO 	Axilas:		TOQUE 	Vagina:	
	Pilosidade:			Colo:	
	Lábios:			Útero:	
	Clitóris:			Anexo D:	
	Meato uretral			Anexo E:	
	Gl. Bartholin:			Reto:	
	Hímen:			Paramétrios:	
	Estática pélvica:				
Incontinência urinária:					
Obs.:					
Abdome:					

Impressão diagnóstica:

Conduta:

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

Nº imóveis trabalhados por tipo						Nº imóveis				Nº Tubitos / Amostras Coletadas	Pendência		Nº depósitos inspecionados por tipo							
R	C	TB	PE	Outro	Total	Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspecionados	Recuperados		Recusa	Fechados	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total

R = Residência TB = Terreno Baldio
C = Comércio PE = Ponto Estratégico

Nº depósitos							Adulticida		Nº e seq. dos quarteirões trabalhados												
Eliminado	Tratados						Tipo	Qtde. (Cargas)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Larvicida (1)			Larvicida (2)					/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Tipo	Qtde.(Gramas)	Qtde.dep.trat	Tipo	Qtde.(Gramas)	Qtde.dep.trat.															
								/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
								/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti										Nº e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

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

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

R = Residência TB = Terreno Baldio O = Outros
C = Comércio PE = Ponto Estratégico

Data da entrada	Data da conclusão	Laboratório	Laboratorista	Assinatura

CIS

Prefeitura do Município de Pato Bragado

Secretaria de Saúde

REFERÊNCIA

Unidade: _____ Município: _____

Da clínica: _____

Para especialidade: _____

Nome do paciente: _____

Endereço: _____ Idade: _____ Sexo: _____

História clínica: _____

Resultados de exames complementares: _____

Terapêutica já realizada: _____

Solicitações especiais: _____

_____ Data _____ / _____ /20_____

Carimbo e Assinatura do Médico

CONTRA-REFERÊNCIA

Nome do paciente: _____

Dados complementares da história clínica: _____

Diagnóstico: _____

Terapêutica: _____

Orientações/Solicitações: _____

Data _____ / _____ /20_____

Carimbo e Assinatura do Médico

Favor destacar a Contra-Referência e entregar ao paciente que a levará ao Serviço de Saúde de origem do encaminhamento.



Prefeitura do Município de Pato Bragado

Estado do Paraná

Prefeitura do Município de Pato Bragado

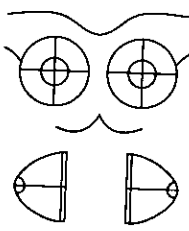
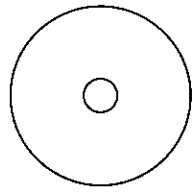
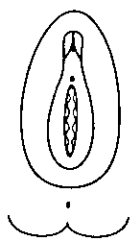
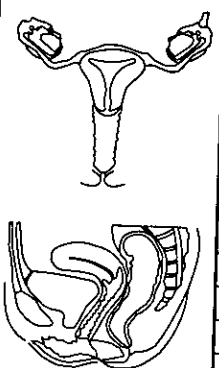
Secretaria de Saúde - Unidade Básica de Saúde

Gineco - Obstetra

FICHA CLÍNICA DA MULHER

Consultório

Nome: _____		Profissão: _____	
Idade: _____	Convênio: _____	Nº: _____	Data: _____
Cor: _____		Naturalidade: _____	
Queixa principal: _____		Menarca: _____ D.U.M.: _____	
Hist. da doença atual: _____		Ciclos posteriores: _____	
_____		Método anticoncepcional: _____	
_____		Gesta: _____ Para: _____ Aborto: _____	
Hist. patológica progressa (pessoal e familiar):		Parto normal: _____ Cesariana: _____	
Cardiovasculares: _____		1º parto: _____ Últ. parto: _____	
Endócrinas/metabólicas: _____		Aleitamento: _____	
Osteoporose: _____		1º coito: _____ Nº parceiros: _____	
Alergia: _____		Coito anal: _____ Orgasmo: _____	
Viroses: _____		Medicamentos em uso: _____	
DST: _____		_____	
Câncer: _____		Tabagismo: _____ Etilismo: _____	
Cirurgia: _____		Drogas: _____	
Acidentes: _____		Obs.: _____	
Transusão: _____		_____	
Outros: _____		_____	

Peso: _____	Altura: _____	P.A.: _____	ACV: _____	A.R.: _____	Membros inferiores: _____
MAMAS 	Inspeção estática: _____	EXAME ESPECULAR 	Vagina: _____		
	Inspeção dinâmica: _____		Colo: _____		
	Palpação: _____		Muco cervical: _____		
	Aréola e papila: _____		Vagina: _____		
VULVA e PERÍNEO 	Axilas: _____	TOQUE 	Colo: _____		
	Pilosidade: _____		Útero: _____		
	Lábios: _____		Anexo D: _____		
	Clitóris: _____		Anexo E: _____		
	Meato uretral: _____		Reto: _____		
	Gl. Bartholin: _____		Paramétrios: _____		
	Himen: _____		_____		
Estática pélvica: _____	_____				
Incontinência urinária: _____	_____				
Obs.: _____	_____				
Abdome: _____					

Impressão diagnóstica: _____

Conduta: _____

24 OUT 2008



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATO BRAGADO

SECRETARIA DE SAÚDE

PREVENTIVO DO COLO DO ÚTERO

FICHA Nº.:

Tipo de Método Utilizado:

OBS:

NOME: _____ DATA NASC.: ____/____/____

ESTADO CIVIL: _____ GRAU DE INSTRUÇÃO: _____

NOME DA MÃE: _____

Nº DE FILHOS: _____ PARTO () CESARIANA () ABORTO ()

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____ 1º MENSTRUÇÃO _____ ANOS; 1º FILHO _____ ANOS

OBS: _____

UNIDADE DE SAÚDE: _____

A) DADOS PESSOAIS DO ACIDENTADO

REGIÃO DE SAÚDE _____

1 - NOME DO ACIDENTADO _____

2 - IDADE

3 - SEXO

ANOS

MASCULINO

FEMININO

4 - RESIDÊNCIA _____

BAIRRO _____

MUNICÍPIO _____

ESTADO _____

5 - NOME DO RESPONSÁVEL (caso o acidentado seja menor) _____

6 - HOUVE TRATAMENTO ANTERIOR

SIM

NÃO

7 - SE HOUVE, QUANDO FOI INICIADO

DIA

MÊS

ANO

8 - Nº DE DOSES APLICADAS

DOSES

9 - DATA DA ÚLTIMA DOSE APLICADA

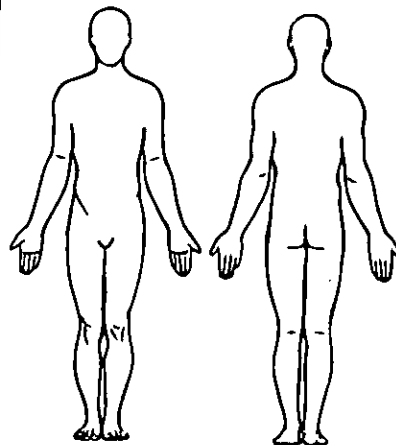
DIA

MÊS

ANO

B) DADOS SOBRE A EXPOSIÇÃO:

ASSINALE COM UM "X" A LOCALIZAÇÃO DA MORDEDURA



10 - DATA DA EXPOSIÇÃO

DIA MÊS ANO

11 - TIPO DE EXPOSIÇÃO

ARRANHÃO

CONT. INDIRETO

LAMBEDURA

MORDEDURA

12 - LOCALIZAÇÃO DA MORDEDURA

CABEÇA E/OU PESCOÇO

TRONCO

MEMB. SUPERIOR

MÃO

MEMB. INFERIOR

13 - FERIMENTO

ÚNICO

MÚLTIPLO

14 - TIPO

SUPERFICIAL

PROFUNDO

15 - ONDE OCORREU ESSA AGRESSÃO

VIA PÚBLICA

RESIDÊNCIA

OUTRO LOCAL

C) - DADOS DO ANIMAL CAUSADOR DA EXPOSIÇÃO

16 - ESPÉCIE

CÃO

GATO

Se outro, especificar abaixo: _____

17 - VACINADO

SIM

NÃO

NÃO SABE

18 - CONDIÇÃO DO ANIMAL

SADIO

SUSPEITO

RAIVOSO

SELVAGEM

SACRIFICADO

DESAPARECIDO