

FORMULÁRIOS E ADESIVOS
DE IDENTIFICAÇÃO

I N T E R D I T A D O

I N T E R D I T A D O

item 01



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - GO
PREFEITURA MUNICIPAL CATALÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CATALÃO
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA



INTERDITADO - VISA

Lei _____

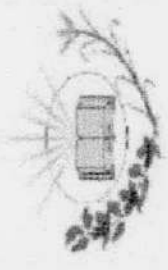
A.I. nº _____	A.I.P. nº _____
Lavrado dia / /	Lavrado dia / /

I N T E R D I T A D O

item 02



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - GO
PREFEITURA MUNICIPAL CATALÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CATALÃO
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA



INTERDITADO - VISA

Lei _____

A.I. n° _____	A.I.P. n° _____
Lavrado dia / /	Lavrado dia / /

I N T E R D I T A D O

item 3

ATESTADO MÉDICO

A pedido do(a) interessado(a) _____

_____, na qualidade de seu médico assistente,
atesto para os devidos fins, que, o(a) mesmo(a), por motivo de doença (CID):
(_____), ficou (ou ficará) impossibilitado(a) de exercer as
suas atividades durante _____
dias a partir de _____

_____, _____ de _____ de _____

CRM-GO _____

O presente Atestado é fornecido com ciência dos dispositivos legais vigentes (Código Penal, Artigo 302), encontrando-se laudo detalhado sobre o caso à disposição de quem, de direito, possa interessar.

item 4

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CATALÃO - GOIÁS

A T E S T A D O

Declaro para os devidos fins que _____

não sofre, no momento, doença infecto-contagiosa e goza de sanidade física e mental, estando apto para o trabalho.

Catalão, _____ / _____ / _____

Item 5

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CATALÃO - GOIÁS

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins que o(a)

Sr.(a) _____

compareceu neste serviço, no dia ____/____/____

das ____ às ____ , para consulta médica.

CATALÃO, ____/____/____

MÉDICO

item 6

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

FICHA DE CONTROLE PARA ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRITO

Conforme recomendação do Ministério da Saúde
Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____

Farmácia: _____ Leito: _____ Data da Internação: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO PATOLGOIA:

Doença Inicial: _____

Doença atual: _____

Foram solicitados exames para identificação do agente infeccioso: () Sim () Não

Quais exames e data: _____

O paciente vinha usando ou usou recentemente algum antibiótico? Qual?(is)?

IDENTIFICAÇÃO DO ANTIMICROBIANO SOLICITADO:

NOME	DOSE	TEMPO

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO SOLICITANTE:

_____ Data ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DA FARMÁCIA:

Funcionário: _____ Data ____/____/____

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR:

Parecer: _____

Nome: _____ Data ____/____/____

item 7



PREFEITURA DE
CATALÃO
Cidade que sonha e faz.

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

TERMO DE PERMUTA DE PLANTÃO

Eu, _____,

informo que na data ____/____/____ estarei impossibilitado(a) de comparecer no plantão na

função de _____

em razão do(s) seguintes(s) motivos(s) _____

Informo ainda que estará me substituindo o(a) servidor(a) _____

_____ de mesma função, estando ciente das responsabilidades e de acordo com a substituição abaixo assinada.

A permuta será compensada no plantão do dia ____/____/____ seguinte

horário _____ data que estará sob minha responsabilidade.

Catalão, ____/____/____

Servidor Solicitante

Servidor Substituto

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

Nº Imóveis trabalhados por tipo				
Residência	Comércio	Terreno Baldo	Porto Estratégico	Outros Imóveis
				Total

Nº Imóveis				
Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspe- cionados	Recu- perados	

Nº Tubos/ Amostras Coletadas

Pendência	
Recusa	Fechados

Nº DEPÓSITOS INSPECIONADOS, por tipo						
A1	A2	B	C	D1	D2	E
						Total

TB - Terreno Baldo PE - Porto Estratégico

Eliminado	Depósitos			Tratados		
	Larvicida (1)	Qtde. dep. Trat.	Qtde. (Gramas)	Larvicida (2)	Qtde. dep. Trat.	Qtde. (Gramas)

Adulticida	
Tipo	Qtde. (Cargas)

Nº e seq. dos quarteirões trabalhados						
Nº e seq. dos quarteirões trabalhados						

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº e seq. dos QUARTEIRÕES com <i>Aedes aegypti</i>						
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/

Nº e seqüência dos quarteirões com <i>Aedes albopictus</i>						
/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/

Nº DEPÓSITOS com espécimes por tipo								
	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total
Com <i>Aedes aegypti</i>								
Com <i>Aedes albopictus</i>								

Nº de IMÓVEIS com espécies, por tipo						
	Res.	Com	TB	PE	Out.	Total
Com <i>Aedes aegypti</i>						
Com <i>Aedes albopictus</i>						
Outras espécies						

Nº de EXEMPLARES			
Larvas	Pupas	Exúvia de pupa	Adultos

A1 - Caixa d'água (elevado)
D1 - Pneus e outros materiais rodantes

A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)
D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos

B - Pequenos depósitos móveis
E - Depósitos naturais

C - Depósitos fixos

Res - Residência Com - Comércio TB - Terreno baldo PE - Porto estratégico Out - Outros imóveis

Data da entrada	/ /
-----------------	-----

Data da conclusão	/ /
-------------------	-----

Laboratório	
-------------	--

Laboratorista	
---------------	--

Assinatura	
------------	--

item 15

Data	Controle	Data	Controle
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	
__/__/__		__/__/__	

Gráfica São João - Catalão-GO



Prefeitura Municipal de Catalão

Secretaria Municipal de Saúde

Agentes Comunitários de Saúde



Controle de Pressão Arterial

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Endereço: _____

PREFEITURA DE
CATALÃO
Cidade que sonha e faz.
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DECOVE

GOVERNO DE
GOIÁS
NOSSE ESTADO CRESCE, VOCÊ CRESCE JUNTO

SUS  SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE



Não deixe a Raiva

Acabar com uma

Grande Amizade !

CUIDE BEM

DO SEU AMIGO

LEVE SEU ANIMAL AO POSTO DE VACINAÇÃO MAIS PRÓXIMO

item 17



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Superintendência de Vigilância em Saúde
Gerência de Imunizações e Rede de Frio

CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

Portaria 1.533, de 18 de agosto de 2016, "redefine o Calendário Nacional de Vacinação, em todo território nacional."

Nome: _____

Endereço: _____

Ponto de Referência: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: () masculino () feminino Fone: _____

Unidade de Saúde: _____

ATENÇÃO! O CARTÃO DE VACINAÇÃO É UM DOCUMENTO.

Válido em todo território nacional e utilizado como comprovação vacinal em viagens internacionais. Anotar: vacina ou soro, data, lote, nome legível (ass.), laboratório e unidade de saúde ou local de vacinação.

OBRIGATÓRIO CARIMBO DA UNIDADE.

TRATAMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO

Agressões	1ª	2ª	3ª
Data da agressão			
Data do atendimento			
Animal Agressor			
Obs. do Animal	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Nº de doses			
Soro	Dose		

Nº interromper o tratamento. Apresentar este cartão em caso de nova agressão

VACINA /SORO ANTIRRÁBICO

Nome:				
Data:				
Lote:				
Lab.:				
Ass.:				
U.S.:				
Nome:				SORO
Data:				
Lote:				
Lab.:				

10.000 unid. 07.04

Hepatite B

Data:	/ /	/ /	/ /	/ /
Lote:				
Lab.:				
Ass.:				
U.S.:				

Dupla Adulto (Difteria e Tétano)

Data:	/ /	/ /	/ /	/ /
Lote:				
Lab.:				
Ass.:				
U.S.:				

dTpa

Tríplice Viral

Data:	/ /	/ /	/ /	/ /
Lote:				
Lab.:				
Ass.:				
U.S.:				

HPV

Pn23

Data:	/ /	/ /	/ /	/ /
Lote:				
Lab.:				
Ass.:				
U.S.:				

Febre Amarela

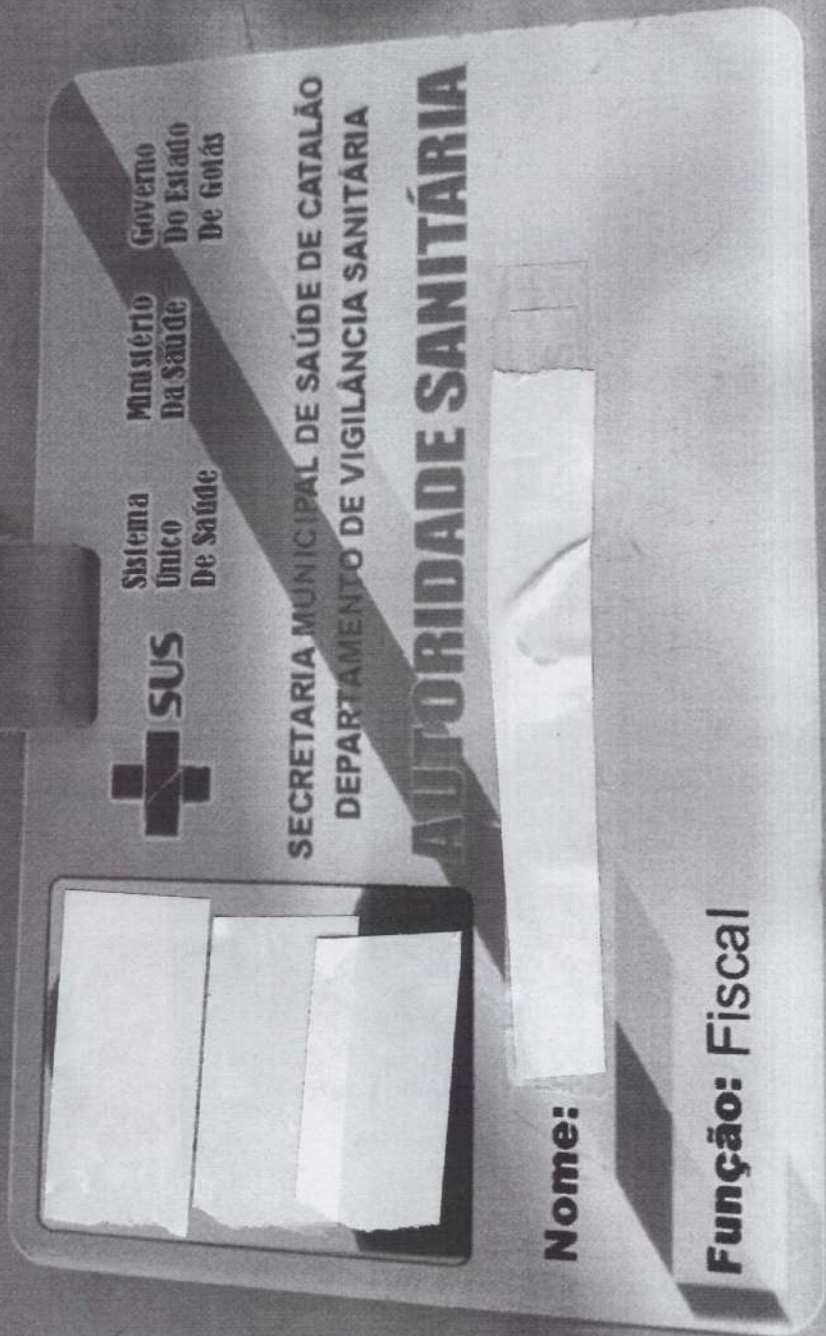
Influenza

Data:	/ /	/ /	/ /	/ /
Lote:				
Lab.:				
Ass.:				
U.S.:				
Data:	/ /	/ /	/ /	/ /
Lote:				
Lab.:				
Ass.:				
U.S.:				

OUTRAS VACINAS, IMUNOGLOBULINAS E SOROS

Nome:				
Data:	/ /	/ /	/ /	/ /
Lote:				
Lab.:				
Ass.:				
U.S.:				
Nome:				
Data:	/ /	/ /	/ /	/ /
Lote:				
Lab.:				
Ass.:				
U.S.:				
Nome:				
Data:	/ /	/ /	/ /	/ /
Lote:				
Lab.:				
Ass.:				
U.S.:				

item 18



NOME:

MATRICUL

CPF

DATA NASC.

ART. 111. OS FISCAIS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, OBSERVADOS OS PRECEITOS CONSTITUCIONAIS, TERÃO LIVRE ACESSO, MEDIANTE IDENTIFICAÇÃO A TODAS AS HABITAÇÕES PARTICULARES OU COLETIVAS, PRÉDIOS OU ESTABELECIMENTOS DE QUALQUER ESPÉCIE, TERRENOS, LUGARES E LOGRADOUROS PÚBLICOS OU OUTROS, NELES FAZENDO OBSERVAR O CUMPRIMENTO DA LEGISLAÇÃO SANITÁRIA, A QUALQUER DIA E HORA. LEI Nº 16.140 DE 02/10/2007

FICHA CONSULTA PRÉ-ANESTÉSICA

NOME: _____ IDADE: _____ PESO: _____

CIRURGIA: _____ CIRURGIÃO: _____

CONV. _____ HOSPITAL: _____ ACOMODAÇÃO: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS:

• **CARDIOVASCULAR RENAL:** Angina - Enfarte - I.C.C. - Arritmia - Hipertensão - Cardiopatia Congênito
- Card. Adquirida - Trombose - Embolia - I. Renal - Doenças Chagas.

• **RESPIRATÓRIO:** DPOC Asma - Bronquite - Enfisema - Bronquiectasia - Fumante - Dispnéia de Esforço
- Tosse c/ Catarro - Infecção Respiratória - Paralisia Cordas Vocais - Traqueostomia.

• **METABÓLICO:** Diabetes Mellitus - Perda de Peso - Porfiria - Gravidez - Tireoidite - Paratireoidite -
Glaucoma - Hiper-hipo-adrenal Pituitária

• **NEUROMUSCULAR ESQUELÉTICO:** Paralisias - Miastenias Gravis - Parkinsonismo - Xifoesciose -
Epilepsia - Doença Psiquiátrica - Distrofia Muscular - Esclerose Múltipla - Luxação Coluna Cervical.

• **GASTROINTESTINAL:** Hernia Diafragmática - Sangramento G.I - Cirrose - Hepatite - Icterícia.

• **HEMATOLOGIA:** História de Sangramento - Hemofilia - Anemias - Transfusões Anteriores.

• **DROGAS:** (Alergias - antecedentes - atuais) _____

• **DUM:** _____

EXAME FÍSICO: P.A.: _____ F.C. _____

S.C.V.: _____

S.R.: _____

EXAMES LABORATORIAIS:

E.C.G.: _____

ECO: _____

Rx. Tórax: _____

Hemograma: _____

Ionograma: _____

Coagulograma: _____

CIRURGIAS ANTERIORES:

SIM

NÃO

Classificação de Goldman

Presença de B3 ou turgência jugular	11 pontos
I.A.M. nos 6 meses anteriores	10 pontos
Ritmo não sinusal (ES atriais, ESV)	07 pontos
Idade acima de 70 anos	05 pontos
Cirurgia de emergência	04 pontos
Estenose aórtica importante	03 pontos
PO2 maior que 60	03 pontos
PCO2 maior que 50	03 pontos
Potássio menor que 3	03 pontos
Bicarbonato de Sódio menor que 20	03 pontos
Uréia maior que 100	03 pontos
Creatinina maior que 3	03 pontos
TGO anormal	03 pontos
Hepatopatia crônica	03 pontos
Paciente acamado não cardíaco	03 pontos

Classificação da American Society of Anesthesiology (A.S.A.)

- I. Não portador de doenças sistêmica.
- II. Portador de doença sistêmica leve.
- III. Portador de doença grave como o câncer, mas sem complicação da função vital.
- IV. Portador de doença grave com comprometimento da função vital.
- V. Indivíduo moribundo.

De 0 a 5 pontos - Classe I / De 6 a 12 pontos - Classe II / De 13 a 25 pontos - Classe III / Acima de 25 pontos - Classe IV.

CONCLUSÕES:

Classificação de Goldman	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	
Classificação da A.S.A.	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> V
Comprometimento Cardíaco	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo, após estar ciente do quadro clínico que apresento, e das implicações do ato anestésico, a realização de anestesia (loco regional) - (geral) a ser administrada por profissional habilitado, e inclusive delego aos profissionais, poderes para tomar todas as decisões necessárias para o desempenho da anestesia.

Reitero as afirmações clínicas dadas ao profissional quando de minha avaliação, como fidedignas e sem omissões.

_____	_____	____/____/____
Anestesiologista	Paciente / Responsável	Data

Item 32



FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:	DATA:
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

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

Nº	TURNO*														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Nº PRONTUÁRIO															
CNS DO CIDADÃO															
Data de nascimento*	Dia/mês		/		/		/		/		/		/		
	Ano														
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	(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* (ver legenda)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Paciente com necessidades especiais	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gestante	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tipo de atendimento*	Demanda Espontânea														
	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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Escuta inicial/Orientação	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Consulta 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"/>	<input type="checkbox"/>	
Tipo de consulta**	Atendimento de 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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Primeira consulta odontológica programática	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Consulta de retorno em odontologia	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Vigilância em Saúde Bucal*	Consulta de manutenção em odontologia	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Acesso dentoalveolar	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Alteração em tecidos moles	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dor de dente	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fendas ou fissuras labiopalatais	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fluorose dentária moderada ou severa	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Traumatismo dentoalveolar	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Não identificado	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Procedimentos (quantidade realizada)	Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)	<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"/>	<input type="checkbox"/>
		Adaptação de prótese dentária	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Aplicação de cariostático (por dente)		<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Aplicação de selante (por dente)		<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)		<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Capeamento pulpar		<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Cimentação de prótese dentária		<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico		<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Drenagem de abscesso		<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Evidenciação de placa bacteriana		<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Exodontia de dente decíduo		<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Exodontia de dente permanente		<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Instalação de prótese dentária		<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Moldagem dentogengival p/ construção de prótese dentária		<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Orientação de higiene bucal		<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"/>	<input type="checkbox"/>	

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Procedimentos (quantidade realizada)	Profilaxia/Remoção da placa bacteriana	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pulpotomia dentária	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Radiografia periapical/interproximal	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente decíduo	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente permanente anterior	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente permanente posterior	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Selamento provisório de cavidade dentária	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tratamento de alveolite	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ulotomia/ulectomia	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Outros procedimentos (código do SIGTAP)	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	
<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	
<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fornecimento	Escova dental	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Creme dental	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fio dental	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	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"/>	<input type="checkbox"/>	
Condução/Desfecho*	Agendamento p/ outros profissionais AB	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ Nasf	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ 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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Alta 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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tratamento concluído	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
	Encaminhamento	Atendimento a pacientes c/ necessidades especiais	<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"/>	<input type="checkbox"/>
		Cirurgia BMF	<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"/>	<input type="checkbox"/>
		Endodontia	<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"/>	<input type="checkbox"/>
		Estomatologia	<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"/>	<input type="checkbox"/>
		Implantodontia	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Odontopediatria		<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Ortodontia/Ortopedia		<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Periodontia		<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Prótese dentária		<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiologia		<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Outros	<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"/>	<input type="checkbox"/>		

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 da Saúde)

08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

* Campo obrigatório

** Este campo não é obrigatório caso o tipo de atendimento for de demanda espontânea

item

25



Prefeitura Municipal de Catalão - Secretaria de Saúde
Centro de Atenção Psicossocial "José Evangelista da Rocha"

Nome Paciente: _____ Prontuário: _____

EVOLUÇÃO DE: _____

Prontuário: _____

Nome Paciente: _____

Evolução de: _____

Blank lined area for patient evolution notes.

item 26

Dados Orientação

1 Local (instituição) de Origem / Encaminhamento

2 Data Atendimento

3 Tipo de Orientação (Pré-Teste)
 [1] Individual [3] Nenhuma
 [2] Coletiva [4] Individual e Coletiva

4 Orientador(es)/Profissional

5 1ª Atendimento no CTA
 [1] Sim [2] Não

6 Vai Fazer Coleta
 [1] Sim [2] Não

7 1ª Amostra
 [1] Sim [2] Não

8 Nº Requisição Anterior (obrigatório p/ 2ª Amostra)

9 Teste Nominal
 [1] Sim [2] Não

10 Mostra Nome Etiqueta
 [1] Sim [2] Não

Dados do Usuário

11 Nº do Prontuário/Protocolo

12 Nome do Usuário ou Senha

13 Sexo
 [1] Masc. [2] Fem.

14 Gestante
 [1] Sim [2] Não

15 Idade Gestacional (Meses)

16 Data Nascimento

17 Estado Civil (Situação conjugal)
 [1] Casado/Amigado [3] Separado
 [2] Solteiro(a) [4] Viúvo [99] Não infor.

18 Raça/Cor
 [1] Branca [3] Amarela [5] Indígena
 [2] Preta [4] Parda [99] Ignorado

19 Escolaridade (anos estudos concluídos)
 [1] Nenhuma [3] De 4 a 7 [5] De 12 a mais
 [2] De 1 a 3 [4] De 8 a 11 [99] Ignorado

20 Ocupação

21 Número do Cartão SUS

22 Nome da mãe

Autoriza p/ Contrato

23 Permite Contato *
 [1] Sim [2] Não

24 Tipo de Contato
 [1] Telefone [3] e-mail [5] Outros:
 [2] Correio [4] Visita Domiciliar

Assinatura do Usuário

* Caso não venha buscar o resultado, autorizo este serviço de saúde a entrar em contato comigo, respeitando o meu direito a privacidade e sigilo das informações.

Dados de Residência

25 Logradouro (rua, avenida...)

26 Complemento (apto, casa ...)

27 Número

28 Município

29 Bairro

30 UF

31 CEP

32 (DDD) Telefone

33 Zona
 [1] Urbana [2] Rural

34 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares

Dados de Requisição

35 Motivo da Procura
 [1] Exposição a situação de risco [10] Janela imunológica
 [2] Encaminhado por serviço de saúde [11] Suspeita de DST
 [3] Encaminhado por banco de sangue [12] Prevenção
 [4] Encaminhado por clínicas de recuperação [13] Exame pré-nupcial
 [5] Sintomas relacionados a AIDS [14] Testagem para hepatite
 [6] Admissão em emprego/Forças Armadas [15] Contato domicil. p/ hepatites
 [7] Conhecimento de status sorológico [16] Oficina em escola
 [8] Exame pré-natal [97] Outros:
 [9] Conferir resultado anterior [99] Não Informado

36 Origem da Clientela (como ficou sabendo do serviço)
 [1] Material de divulgação [7] ONG
 [2] Amigos/Usuários do serviço [8] Internet
 [3] Jornais/Rádio/Televisão [9] Campanha
 [4] Banco de sangue [10] Escola
 [5] Serviço/Profissional de Saúde [97] Outros:
 [6] Serviços de informação telef. [99] Não informado

37 Encaminhamento Pré-Teste (até 3 opções)
 [1] Nenhum [6] Tratamento de DST [11] Realizar hepatite C
 [2] Repeti Exame/Inconclusivo [7] Orientações Gerais [12] Realizar hepatite D
 [3] Repetir Ex./Janela imunológica [8] Realizar ex. HIV [13] Realizar todos os Exames
 [4] Repetir Exame /2ª amostra [9] Realizar Ex. Sífilis [97] Outros
 [5] Assistência Psicossocial [10] Realizar hepatite B

38 Local Encaminhamento

Notas da orientação

39 Notas da Orientação Pré-Teste / Observações:

Notas da Orientação Pós-Teste / Observações:

Continuação da Requisição -Página 2

Antecedentes Epidemiológicos

40 Procurou Banco de Sangue para se testar nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não	41 Apresentou DST nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não	42 Se apresentou DST nos últimos 12 meses, como tratou [1] Serviço de saúde [3] Auto-medicação [5] Não tratou [99] Não informado [2] Farmácia [4] Não lembra [98] Não se aplica
43 Usou Drogas nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não	44 Se Fez uso de drogas nos últimos 12 meses, Especifique Quais e Suas Frequências [1] Alcool [3] Cocaina Aspirada [5] Crack [7] Anfetaminas [2] Maconha [4] Cocaina Injetavel [6] Heroína [8] Outras	Legendas p/ frequência de uso de drogas: 1- Nunca usou 2- Já usou, mas não usa mais 3- Usa vez em quando 4- Usa frequentemente
45 Compartilhou Seringas/Agulhas nos últimos 12 meses [1] Sim [2] Não [3] Não lembra [98] Não se aplica [99] Não informado		
46 Tipo de Parcerias Sexuais e Quantidade (em números) nos últimos 12 meses [1] Homens [4] Travestis/Transexuais [99] Não informado [2] Mulheres [98] Não se aplica		
47 Tipo de Exposição (marque com X até 2 opções de resposta) [1] Relação Sexual [3] Compart. seingas/agulhas [5] Ocupacional (exp. mat. biologico) [7] Não relata risco Biolog. [99] Não informado [2] Transf. de sangue/hemod. [4] Hemofilia [6] Transmissão vertical [97] Outros		

Informações de Uso de Preservativos

48 Uso do Preservativo c/ Parceiro Fixo (atual) nos últimos 12 meses [1] Usou todas as vezes [4] Usou mais da metade das vezes [2] Não usou [98] Não se aplica [3] Usou menos da metade das vezes [99] Não informado	49 Uso do Preservativo na Última Relação com Parceiro Fixo [1] Sim [4] Sim, mas rompeu [2] Não [98] Não se aplica [3] Não lembra [99] Não informado
50 Motivo de Não Usar Preservativos com Parceiro Fixo [1] Não gosta [6] Confia no parceiro [11] Negociou não usar [17] Disfunção sexual [2] Não acredita na eficácia [7] Sob efeito de drogas/álcool [12] Não tinha informação [18] Violência sexual [3] Não sabe usar [8] Não consegue negociar [13] Não tem condições de comprar [19] Alergia ao Produto [4] Parceiro(a) não aceita [9] Acho que o outro não tinha HIV [14] Não deu tempo/tesão [97] Outros [5] Não dispunha no momento [10] Acha que não vai pegar [15] Desejo de ter filho [98] Não se aplica [16] Tamanho do preservativo pq/gd [99] Não informado	
51 Risco do Parceiro Fixo [1] Relações bissexuais [3] Usuário de drogas injetáveis [5] Soropositivo p/ HIV [7] Outros [99] Não informado [2] Transfusão de sangue/hemofílico [4] Uso de outras drogas [6] Tem ou teve DST [98] Não se aplica	
52 Uso do Preservativo c/ Parceiro(s) Eventual(is) nos últ. 12 meses [1] Usou todas as vezes [4] Usou mais da metade das vezes [2] Não usou [98] Não se aplica [3] Usou menos da metade das vezes [99] Não informado	53 Uso do Preservativo na Última Relação c/ Parceiro Eventual [1] Sim [4] Sim, mas rompeu [2] Não [98] Não se aplica [3] Não lembra [99] Não informado
54 Motivo de Não Usar Preservativos com Parceiro Eventual [1] Não gosta [6] Confia no parceiro [11] Negociou não usar [17] Disfunção sexual [2] Não acredita na eficácia [7] Sob efeito de drogas/álcool [12] Não tinha informação [18] Violência sexual [3] Não sabe usar [8] Não consegue negociar [13] Não tem condições de comprar [19] Alergia ao Produto [4] Parceiro(a) não aceita [9] Acho que o outro não tinha HIV [14] Não deu tempo/tesão [97] Outros [5] Não dispunha no momento [10] Acha que não vai pegar [15] Desejo de ter filho [98] Não se aplica [16] Tamanho do preservativo pq/gd [99] Não informado	

Recorte

55 Recorte Populacional (marque com X até 3 opções de resposta) [1] População em geral [4] Profissional do sexo [7] Usuário de outras drogas [12] Travesti/Transexual [2] População confinada [5] Homem que faz sexo com homem [8] Pessoa vivendo com HIV/aids [13] Pessoa em exclusão social [3] Caminhoneiro [6] Usuário de drogas injetáveis [9] Portador de DST [14] Portador Hepatite B/C/D [10] Hemofílico e politransfundido [15] Estudante [11] Profissional de saúde [97] Outros:
--

Encaminhamentos Pós-Teste

56 Encaminhamento(s) Pós-Teste (até 3 opções) [1] Nenhum [7] Tratamento para hepatites [2] Repetir exame HIV/Inconclusivo [8] Tratamento para HIV [3] Repetir/Janela imunológica [9] Repetir ex. Hepatite/incon. [4] Repetir exame/2ª amostra [10] Tratamento de Sífilis [5] Assistência psicossocial [11] Vacina Hepatite B [6] Tratamento de DST [97] Outros:	57 Local (is) de Encaminhamento (s) Pós-Teste	59 Materias / Preser. fornecidos:
	58 Orientador da Entrega	

Dados de Resultado

Resultado Laboratorial

60 Data da Entrega	61 HIV Tipo de Teste Realizado Triagem: [1] Elisa [2] Teste rápido Resultado Triagem <input type="text"/> Resultado Final <input type="text"/>	62 Hepatite B C Anti-HCV <input type="text"/> HBsAg <input type="text"/> Anti-HBc total <input type="text"/> D Anti-HDV <input type="text"/> ANTI-HBs <input type="text"/>	63 Sífilis VDRL Titulação: [] Doença Ativa [] Cicatriz Sorológ.
--------------------	---	---	--

64 Especificar Outras Doenças e Seus Resultados	Legendas de Resultados: 1-Não Reagente 4-Ignorado 2-Reagente 5-Discordante 3-Indeterminado 6-Não realizado
---	--

HISTÓRIA MÉDICA

NOME: _____

Está bem de Saúde? _____

No momento está sob médicos? _____

Em caso afirmativo, por que razão(ões)? _____

Nome do Médico: _____ Telefone: _____

Data do último exame médico: _____

Está tomando algum tipo de medicação (recitada ou não)? _____

Em caso afirmativo, de o(s) nome(s) do(s) medicamento(s) e suas finalidade(s) _____

MARQUE COM UM "X" AS DOENÇAS QUE POSSA TER TIDO:

Alcoolismo

Diabetes

Imunodeficiência

Alergia

Doença venérea

Lesões da cabeça e pescoço

Alterações respiratórias

Enxaqueca

Pressão Sanguínea

Anemia

Epilepsia

Problema cardíaco

Asma

Febre reumática

Problema de fígado ou rim

Câncer

Glaucoma

Sinusite

Dependência de Drogas

Hepatite

Úlcera

Desordem mental

Herpes

Outros

Alérgico a: _____

Explicação de "outros": _____

Usa marcapasso ou outro tipo de prótese? _____

Alguma vez teve problema de sangramento prolongado após cirurgia? _____

Alguma vez teve reação incomum a anestésico ou medicamento (como a penicilina)? _____

Há alguma outra informação que se deva saber sobre sua saúde? _____

Assinatura: _____ Data ____/____/____

010M

fe mate

HISTÓRIA MÉDICA

Nome: _____

Está bem de saúde? _____

No momento está sob cuidados? _____

Em caso afirmativo, por que razão(s)? _____

Nome do Médico: _____

Telefone: _____

Data do último exame médico: _____

Está tomando algum tipo de medicação (recitada ou não)? _____

Em caso afirmativo, de que nome(s) do(s) medicamento(s) e suas finalidades? _____

MARQUE COM UM "X" AS DOENÇAS QUE POSSA TER TIDO:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Imunodeficiência | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alcoolismo |
| <input type="checkbox"/> Lesões da cabeça e pescoço | <input type="checkbox"/> Doença venérea | <input type="checkbox"/> Alergia |
| <input type="checkbox"/> Pressão sanguínea | <input type="checkbox"/> Exantemas | <input type="checkbox"/> Afecções respiratórias |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de fígado ou rim | <input type="checkbox"/> Febre reumática | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Sinusite | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Câncer |
| <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Hepatite | <input type="checkbox"/> Dependência de Drogas |
| <input type="checkbox"/> Outras | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Desordem mental |

Alérgico a: _____

Explicação de "outras": _____

Usa maquiagem ou outro tipo de prótese? _____

Alguma vez teve problema de sangramento prolongado após cirurgias? _____

Alguma vez teve reação incomum a anestésico ou medicamento (como a penicilina)? _____

Há alguma outra informação que se deva saber sobre sua saúde? _____

Assinatura: _____

Data: _____

TAMANHO A4 → item 28



2 Unidades

VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL

HORÁRIO DE ATENDIMENTO

8h às 11h

13h às 16h

TAMANHO A4

→ item 29

2 Unidades

ESTACIONAMENTO

EXCLUSIVO

PARA FUNCIONÁRIOS

(entrada e saída de veículos)



TAMANHO A4

→ item 30

↓ unidade

Item 31

Nome do Paciente: _____

Medicamento/Substância: _____

Dose por unidade posológica: _____

Quant. _____

Médico: _____

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF	R.S.	NUMERO
GO	SVS	5-L N° 20101

B

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
**CAPS - CENTRO DE ATENÇÃO
 PSICOSSOCIAL - CATALÃO**
 CNPJ: 03.532.681/0001-96
 Rua do Resplendor nº 202, Bairro Trindade, Itabera
 CEP: 13302-200 - Cx. 46 - 00

de _____ de _____

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

ASSINATURA DO EMITENTE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____
 Endereço _____
 Identidade nº _____

Orgão Emissor _____

Telefone _____

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLÓGIA

CARIMBO DO FORNECEDOR

HOME DO RECEBEDOR _____ DATA _____

*Rua: Rua Compassão - Rua José Malhada da Silveira, 355 B, Assunção Semestre de Fátima - Itabera - SP - CEP: 13.170-380/3801-15, Catalão - GO - CEP: 74.600-000 - Fone: 3592-2219 - FAX: 3592-2211

Nome do Paciente:

Medicamento/Substância:

Dose por unidade posológica:

Quant. _____ / _____ / _____

Médico: _____

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF	R.S.	NUM.
GO	SVS	5-Nº 512161

B

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CATALÃO

CNP J: 03.532.661/0001-56

Rodovia BR 050 S/N KM 278, CEP 75707-270 CATALÃO-GO

de _____ de _____

Data

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

ASSINATURA DO EMITENTE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____

Endereço _____

Identidade nº _____

Órgão Emissor _____

Telefone _____

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLOGIA

CARIMBO DO FORNECEDOR

NOME DO VENDEDEDOR _____ / _____ / _____ DATA

Thiago Silva Cortopassi-IME - Rua José Mathias da Silveira, 366 B, Nossa Senhora de Fátima - Insc. - CNPJ: 13.701.653/0001-13 - Catalão-GO - 100 bis, 20x1 de 05-511557 a 05-513550 - R. N. de 18/12/2019 - Aut. 41288/2019

Atm 379

item 33

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1º Via: Farmácia - Branca
2º Via: Paciente - Amarela

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 03.532.661/0001-56

Av. Farid Miguel Safatle, 525 - Centro - Catalão-GO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Identidade nº _____ Órgão Em. _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____
Fone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico _____
Data _____ / _____ / _____

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1º Via: Farmácia - Branca
2º Via: Paciente - Amarela

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 03.532.661/0001-56

Av. Farid Miguel Safatle, 525 - Centro - Catalão-GO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Identidade nº _____ Órgão Em. _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____
Fone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico _____
Data _____ / _____ / _____

item 34

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Catalão - Goiás

item 35



RECEITUÁRIO HOSPITALAR

Nome do Paciente: _____

Serviço: _____

Leito: _____

Apto: _____

Uso: _____

Data: _____

Medicamento: _____

Quantidade: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM-GO: _____

Carimbo: _____

ATENÇÃO: Pode causar dependência física ou psíquica

item 36



SUS

SISTEMA
UNICO
DE SAUDE

MINISTÉRIO
DA
SAUDE

SECRETARIA
DE ESTADO
DA SAUDE

SECRETARIA
MUNICIPAL
DA SAUDE
CATALÃO-GO

CÓDIGO DE CONSULTA:

FICHA DE ENCAMINHAMENTO (REFERÊNCIA) E RETORNO (CONTRA-REFERÊNCIA)

1- ENCAMINHAMENTO (REFERÊNCIA) E PEDIDO DE PARECER

NOME: _____ Nº DE REGISTRO: _____

IDADE: _____ SEXO: M () F () UNIDADE DE ORIGEM: _____

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO DE: _____

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: _____

RESUMO HISTÓRICO DO PACIENTE E TRATAMENTO: _____

DATA: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
PELO ENCAMINHAMENTO (REFERÊNCIA)



SUS

SISTEMA
UNICO
DE SAUDE

MINISTÉRIO
DA
SAUDE

SECRETARIA
DE ESTADO
DA SAUDE

SECRETARIA
MUNICIPAL
DA SAUDE
CATALÃO-GO

CÓDIGO DE CONSULTA:

FICHA DE ENCAMINHAMENTO (REFERÊNCIA) E RETORNO (CONTRA-REFERÊNCIA)

1- ENCAMINHAMENTO (REFERÊNCIA) E PEDIDO DE PARECER

NOME: _____ Nº DE REGISTRO: _____

IDADE: _____ SEXO: M () F () UNIDADE DE ORIGEM: _____

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO DE: _____

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: _____

RESUMO HISTÓRICO DO PACIENTE E TRATAMENTO: _____

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama

UF CNES da Unidade de Saúde

Unidade de Saúde

Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS

Nome Completo da Mulher

Nome Completo da Mãe

Apelido da Mulher

Identidade Órgão Emissor UF CNPF (CPF)

Data de Nascimento Idade Raça/cor Branca Preta Parda Amarela Indígena/ Etnia

Dados Residenciais Logradouro Nacionalidade

Número Complemento

Bairro UF

Código do Município Município

CEP DDD Telefone

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE: Analfabeta Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?
 Sim. Quando fez o último exame? ano Não Não sabe
2. Usa DIU? Sim Não Não sabe
3. Está grávida? Sim Não Não sabe
4. Usa pílula anticoncepcional? Sim Não Não sabe
5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa? Sim Não Não sabe
6. Já fez tratamento por radioterapia? Sim Não Não sabe
7. Data da última menstruação / regra: / / Não sabe / Não lembra
8. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais? (não considerar a primeira relação sexual na vida)
 Sim Não / Não sabe / Não lembra
9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa? (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)
 Sim Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

10. Inspeção do colo Normal Ausente (anomalias congênicas ou retirado cirurgicamente) Alterado Colo não visualizado
11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis? Sim Não

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe da paciente preenchidos

Data da coleta / / Coletor

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ do Laboratório

Número do Exame

Nome do Laboratório

Recebido em: _____ / _____ / _____

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AValiação PRÉ-ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR:

- Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário
- Lâmina danificada ou ausente
- Causas alheias ao laboratório; especificar: _____
- Outras causas; especificar: _____

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:

- Escamoso
- Glandular
- Metaplásico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL

- Satisfatória
- Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:**
 - Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
 - Sangue em mais de 75% do esfregaço
 - Piócitos em mais de 75% do esfregaço
 - Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço
 - Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
 - Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
 - Outros

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE, NO MATERIAL EXAMINADO

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

- Inflamação
- Metaplasia escamosa imatura
- Reparação
- Atrofia com inflamação
-ção
- Outros; especificar: _____

MICROBIOLOGIA

- Lactobacillus* sp
- Cocos
- Sugestivo de *Chlamydia* sp
- Actinomyces* sp
- Candida* sp
- Trichomonas vaginalis*
- Efeito citopático compatível com vírus do grupo *Herpes*
- Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de *Gardnerella/Mobiluncus*)
- Outros bacilos
- Outros; especificar: _____

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

- Escamosas: Possivelmente não neoplásicas
 Não se pode afastar lesão de alto grau

- Glandulares: Possivelmente não neoplásicas
 Não se pode afastar lesão de alto grau

- De origem indefinida: Possivelmente não neoplásicas
 Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
- Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)
- Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
- Carcinoma epidermóide invasor

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

- Adenocarcinoma *in situ*
- Adenocarcinoma invasor: Cervical
 Endometrial
 Sem outras especificações

OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____

PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: _____

Responsável pelo resultado

CNPF (CPF)

Data da liberação

____ / ____ / ____

____ / ____ / ____

item 38

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

FORMULÁRIO DE RETIRADA DE CÓPIA DE PACIENTE

Solicito a retirada do prontuário do paciente: _____

_____, data de nascimento ____ / ____ / ____

por motivos de: _____

o mesmo deu entrada na UPA 24 h dia ____ / ____ / ____.

Telefone de contato do paciente: _____

A liberação acontecerá até 10 dias após a solicitação.

Catalão, _____ de _____ de _____

Assinatura do paciente ou responsável legal
(por extenso)

Assinatura do Funcionário

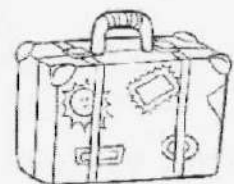
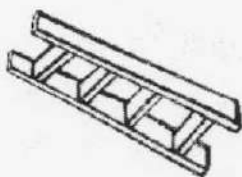
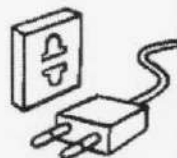
NOME: _____

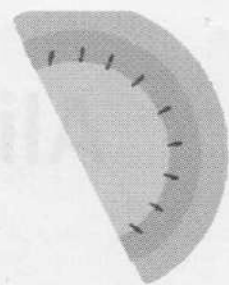
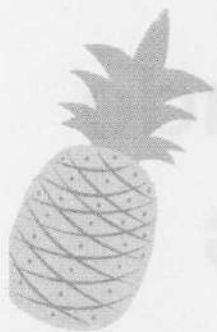
ACIDENTES DOMÉSTICOS

RECORTE E COLE AS FIGURAS DE ACORDO COM OS QUADROS:

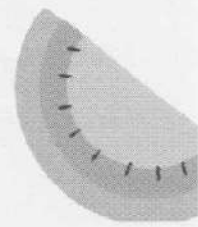
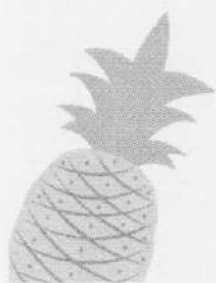
OBJETOS PERIGOSOS

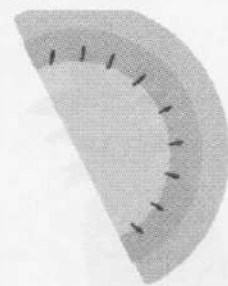
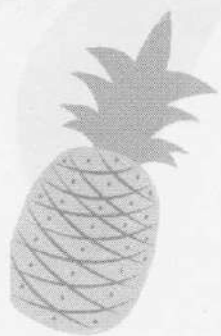
OBJETOS NÃO PERIGOSOS





A Alimentação como ferramenta contra a Obesidade



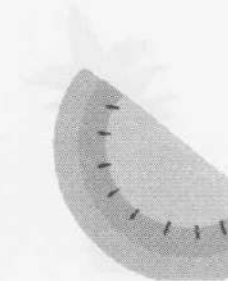
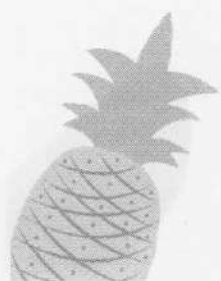


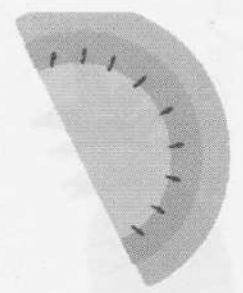
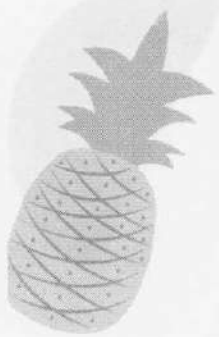
Alimentação saudável para adolescentes

O que você precisa saber

A adolescência é considerada um período de progressivo desenvolvimento biológico, cognitivo, social e emocional

A alimentação é fundamental em seu desenvolvimento, uma vez que o corpo do adolescente passa por várias mudanças

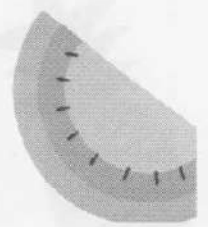
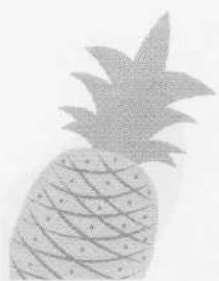


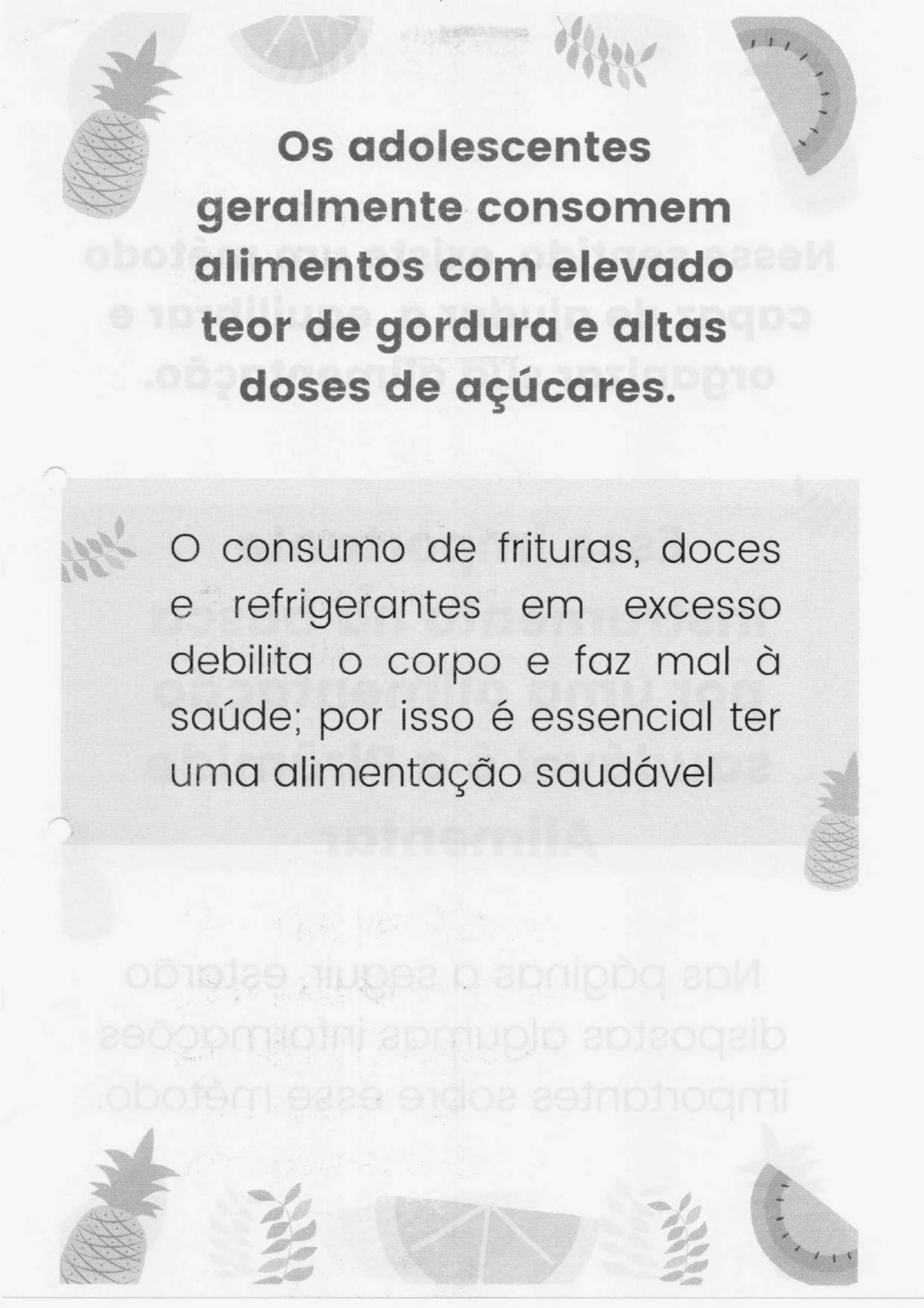


Mas afinal, o que é uma alimentação saudável?

**Alimentação saudável é uma
dieta bem equilibrada, que
fornece os nutrientes, vitaminas
e minerais nas proporções
adequadas.**

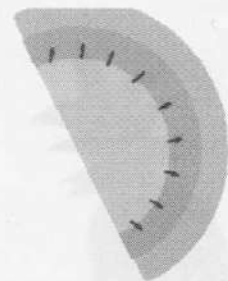
Para o bom funcionamento do organismo, é importante ter variedade, equilíbrio e controle de quantidade





**Os adolescentes
geralmente consomem
alimentos com elevado
teor de gordura e altas
doses de açúcares.**

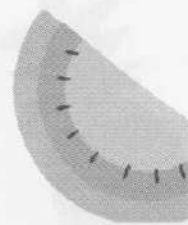
O consumo de frituras, doces e refrigerantes em excesso debilita o corpo e faz mal à saúde; por isso é essencial ter uma alimentação saudável



Nesse sentido, existe um método capaz de ajudar a equilibrar e organizar sua alimentação.

Esse importante instrumento na busca por uma alimentação saudável é a Pirâmide Alimentar

Nas páginas a seguir, estarão dispostas algumas informações importantes sobre esse método.



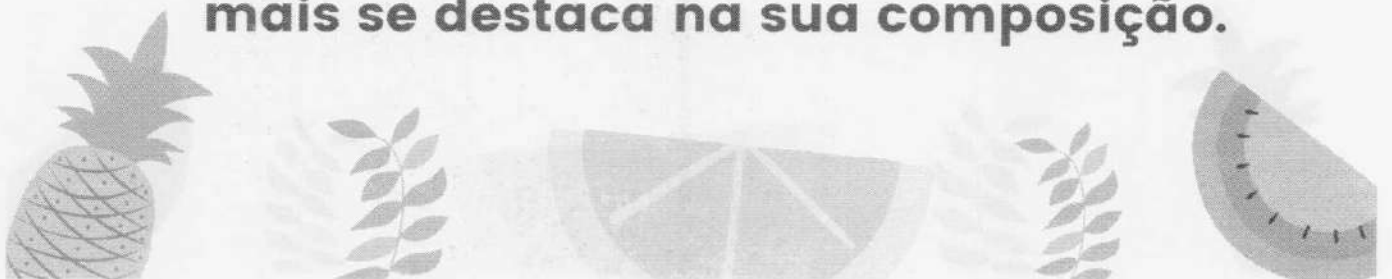


Pirâmide Alimentar

A pirâmide é um exemplo de como devemos nos alimentar no dia a dia

Ela é uma excelente ferramenta para uma alimentação saudável através de alimentos variados, em quantidades moderadas, garantindo os nutrientes necessários para a sua saúde.

Dessa forma, os alimentos estão distribuídos na pirâmide alimentar em quatro níveis: alimentos energéticos, reguladores, construtores e energéticos extras. Além disso, subdivida em oito grupos de acordo com o nutriente que mais se destaca na sua composição.




PIRÂMIDE DOS ALIMENTOS

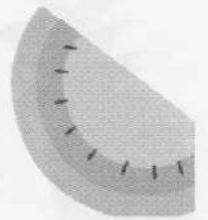
Dieta de 2000 Kcal



6 refeições ao dia (café da manhã, almoço e jantar, com lanches intermediários)

 Pratique atividade física, no mínimo 30 minutos diários

Fonte: Ministério da Saúde



Pirâmide Alimentar

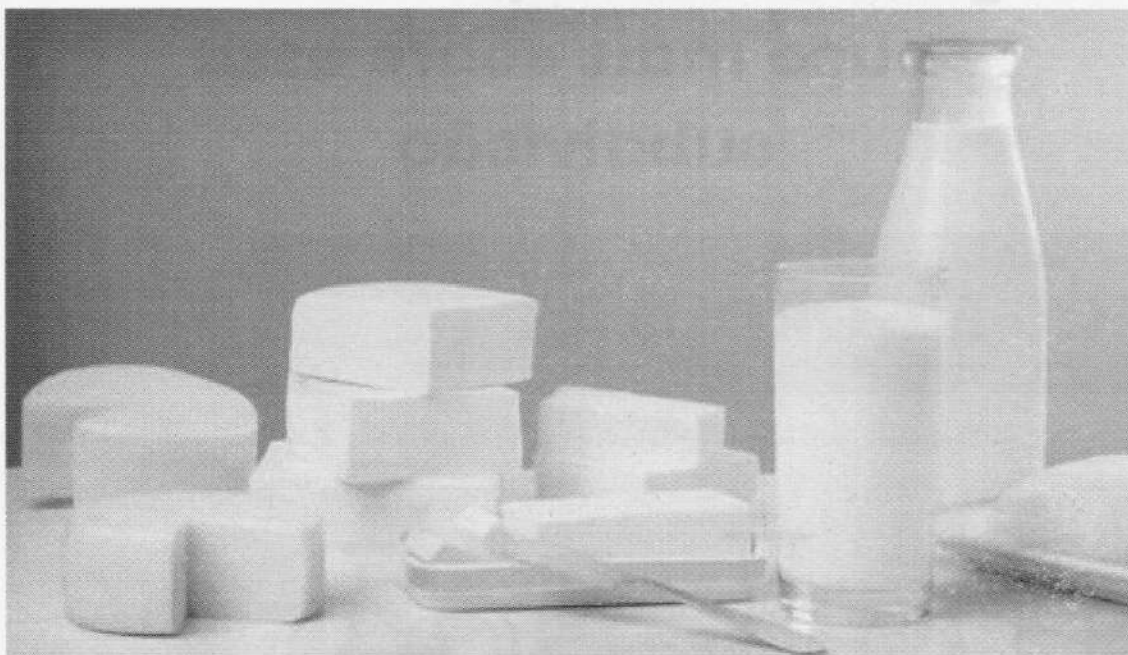
Agora iremos aprender um pouco mais sobre essa subdivisão

ÓLEOS E GORDURAS



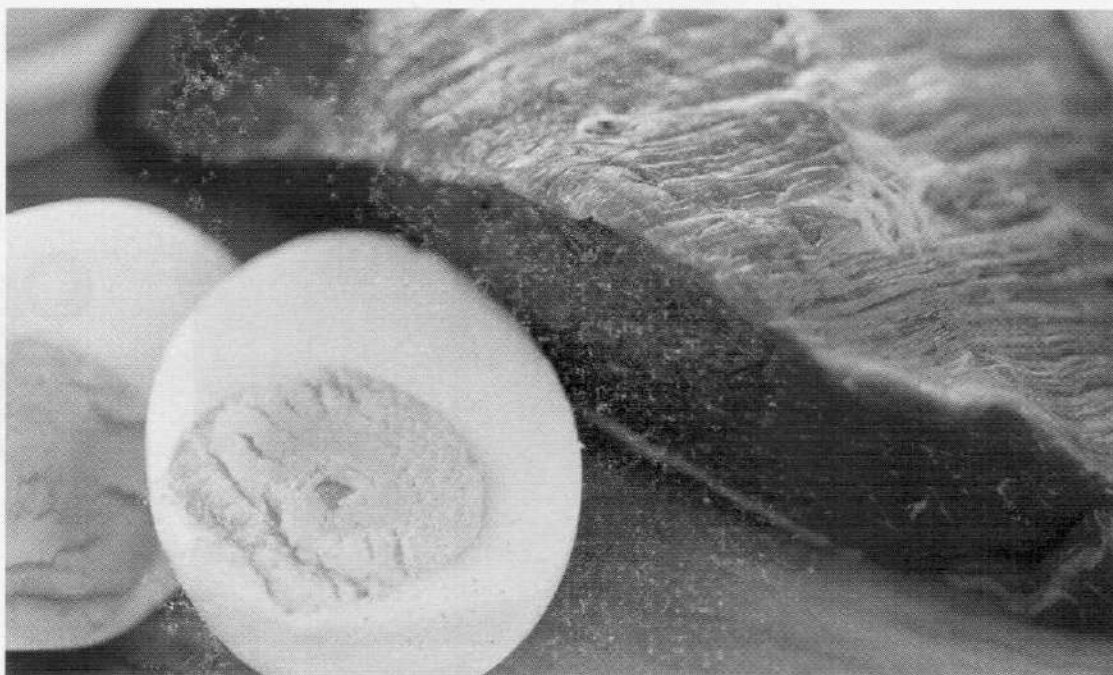
São as gorduras vegetais e gorduras animais. Também são chamados de lipídios. Fornecem muita energia ao organismo e são necessários para a absorção das vitaminas A, D, E e K.

LEITE E DERIVADOS



São importantes fontes de cálcio. Devemos consumir cerca de 2 a 3 porções diárias. (porção – fatia média de queijo, xícara de chá de leite e meia colher de sopa de manteiga)

CARNES E OVOS



O principal nutriente deste grupo é a proteína, essencial para o reparo e construção de todos os tecidos do nosso organismo. Prefira as carnes magras, o frango sem pele e o peixe sem couro.

FEIJÕES E OLEAGINOSAS



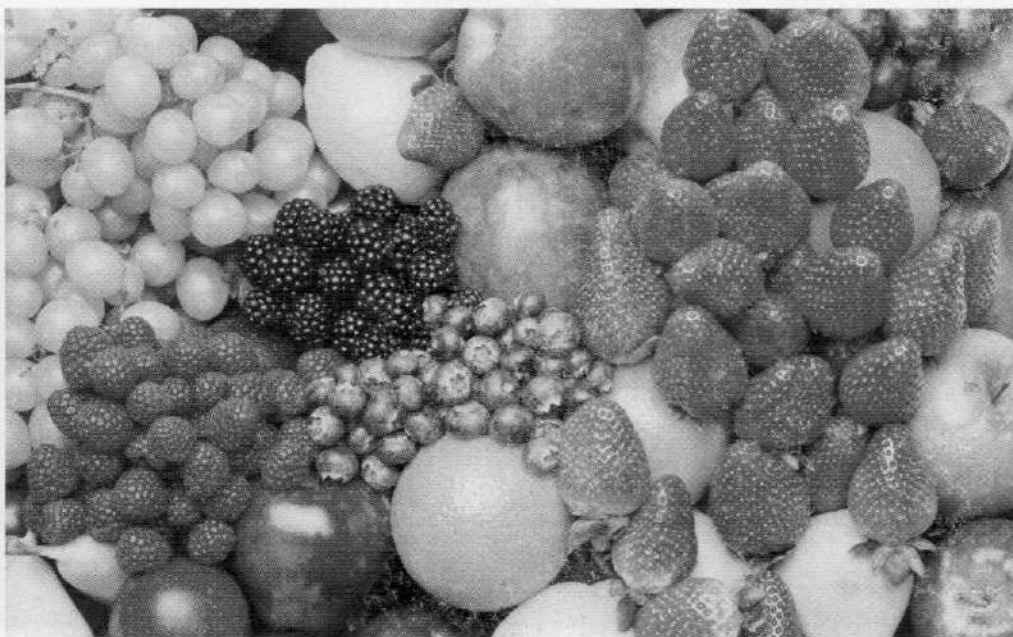
São fontes de proteínas vegetais e também de fibras. O número de porções indicado a cada dia é de 2 a 3. (porção – uma concha)

VERDURAS E LEGUMES



São fontes de fibras, vitaminas e minerais. As vitaminas e os minerais, também conhecidos como micronutrientes, regulam todas as funções do corpo. O número de porções indicado a cada dia é de 2 a 3. (porção – punho fechado)

FRUTAS

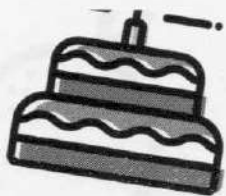


Como as verduras e legumes, as frutas também são fontes de fibras, vitaminas e minerais, além de apresentarem funções semelhantes. As vitaminas e os minerais presentes nelas são também conhecidos como micronutrientes e são responsáveis por regular todas as funções do corpo.

ARROZ, PÃO, MASSA, BATATA E MANDIOCA



Esses alimentos são responsáveis pelo fornecimento da energia para o nosso organismo e por isso devem ser consumidos em maior quantidade. O número de porções indicado a cada dia é de aproximadamente 6. (porção – um punho fechado)

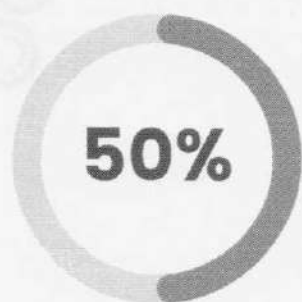


Açúcares e Doces

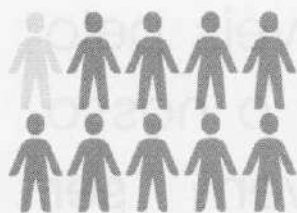


São fontes de carboidratos simples.

Sobre o Açúcar



Calorias ingeridas por um dia são compostas de açúcar adicionado.



Uma em cada 10 pessoas consome um quarto ou mais de suas calorias com o açúcar adicionado.



O consumo de açúcar vem dos refrigerantes



Adultos consomem bebidas adoçadas com açúcar num dia qualquer



Bebidas adoçadas com açúcar consumidas em casa



"O açúcar é o sociopata da alimentação. Ela adoça, mas é um veneno".

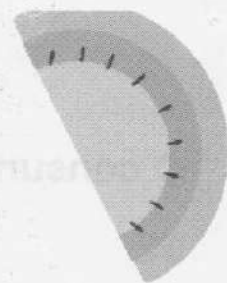
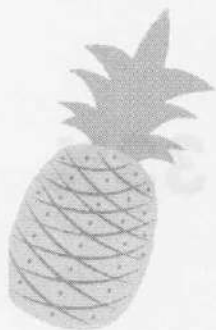
Karen Salmansohn

Uma dieta carregada de açúcar pode aumentar o risco de morte por doenças cardíacas mesmo para quem não está acima do peso. O açúcar, querido por todos, está por trás de muitos dos males da civilização moderna.

Os nutricionistas desaprovam o açúcar adicionado por duas razões. Um deles é o conhecido vínculo com ganho de peso e cáries. A outra é que o açúcar fornece "calorias vazias" — aquelas não acompanhadas de fibras, vitaminas, minerais e outros nutrientes.

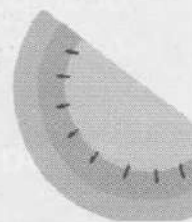
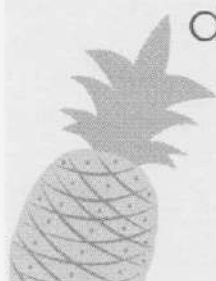
Uma dieta rica em açúcar também pode estimular o fígado a despejar mais gorduras nocivas na corrente sanguínea. Isso pode aumentar o risco de doenças cardíacas.

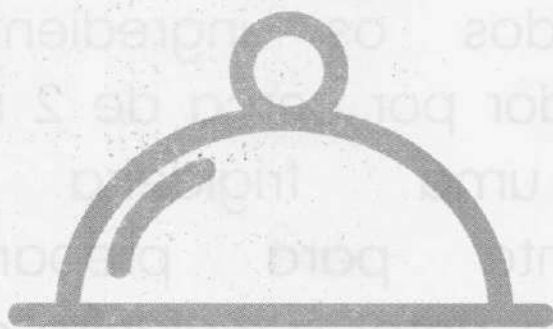
Saiba mais no www.sitebacana.com.br



Agora iremos fazer uma viagem pela gastronomia

Se você gosta de cozinhar e experimentar novos sabores, essa vai ser uma viagem incrível. Logo adiante, estão dispostas algumas receitas saudáveis que você pode fazer em seu tempo livre, com seus amigos e familiares.





Panqueca de Aveia

INGREDIENTES

1 ovo

½ xícara de óleo

1 e ½ xícara de leite

1 xícara de farinha de trigo

½ xícara de aveia em flocos

1 colher de café de fermento
químico

1 pitada de sal



MODO DE PREPARO

Bater todos os ingredientes no liquidificador por cerca de 2 minutos. Utilizar uma frigideira média antiaderente para preparar as panquecas, untar a frigideira com um fio de óleo e levar ao fogo até aquecer. Com o auxílio de uma concha pegar uma porção de massa e colocar na frigideira, girar a frigideira para espalhar bem a massa. Abaixar o fogo e deixar dourar por baixo em seguida virar do outro lado e deixar dourar, repetir o processo com toda a massa. Reservar as panquecas.



RECHEIOS DOCES

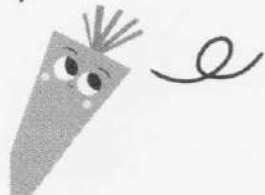
Maçã, abacaxi e canela

Maçã, coco e uvas passas



Banana caramelizada

Geleias de frutas diversas





RECHEIOS SALGADOS

Frango desfiado com requeijão

Carne moída refogada

Brócolis com ricota ou queijo minas



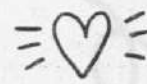
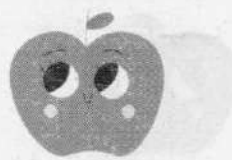
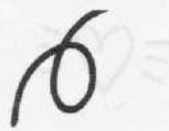
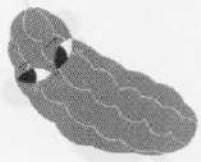
MONTAGEM

Pegar uma panqueca e adicionar 1 colher de sopa do recheio por cima, enrolar bem a panqueca.

Repita o processo com todas as massas, coloque as panquecas em uma travessa uma ao lado da outra. Por cima adicionar qualquer ingrediente que gostar como coco ralado ou castanhas trituradas.

RENDIMENTO: 13 pessoas





Bolinha Assada de Chuchu

INGREDIENTES



2 ½ xícaras de chuchu cortado em cubos médios

1 ovo (separar a clara e gema e bater as claras em neve)

1 xícara de aveia em flocos finos

½ xícara de fundo de legumes

½ colher de chá de sal

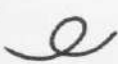


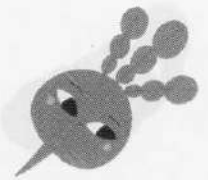
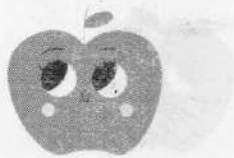
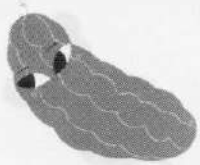
½ xícara de queijo minas padrão ralado

2 colheres de sopa de cebolinha

MODO DE PREPARO

Cozinhar o chuchu e escorrer bem toda a água. Colocar em um prato fundo e amassar com um garfo. Acrescentar os demais ingredientes e sempre amassar tudo com o garfo. Por fim, acrescentar as claras em neve e a cebolinha.





Com o auxílio de uma colher, separar porçõezinhas da massa e colocar em uma assadeira untada. Levar ao forno bem quente e deixar até os bolinhos ficarem dourados.



RENDIMENTO: 10 bolinhos.

DICA: Pode-se colocar pimenta malagueta na massa



Kibe de Forno com Abóbora



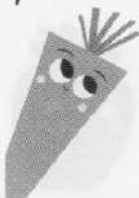
INGREDIENTES

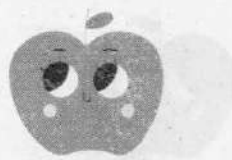
2 xícaras de abóbora cozida e amassada

250g de trigo para quibe já hidratado

1 cebola pequena picada em cubos pequenos

1 xícara de hortelã picada em fatias finas e repicada






1 xícara de salsinha picada em fatias finas e repicada

$\frac{1}{3}$ xícara de azeite


1 $\frac{1}{2}$ colher de chá de sal

 1 xícara de queijo tipo mussarela ralado

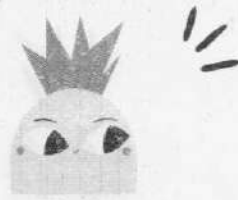
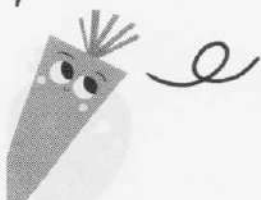
2 colheres de sopa de manteiga

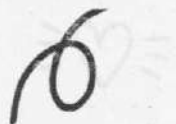
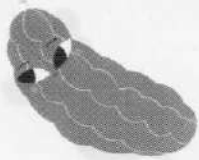
1 xícara de chá de farinha de rosca

MODO DE PREPARO

 Misturar o purê de abóbora com os outros ingredientes. Reservar o queijo, a manteiga e a farinha de rosca para a montagem. Untar a assadeira com manteiga e montar o quibe em camadas: massa – queijo – massa. Espalhar o restante da manteiga por cima e cobrir toda a massa com farinha de rosca para ficar uma casquinha crocante.

 **RENDIMENTO: 10 porções.**





Torta de Tomate

INGREDIENTES

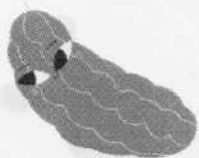
MASSA

- ½ xícara de farinha de trigo
- ½ xícara de farinha de trigo integral
- ½ colher de chá de sal
- 1 ovo
- 2 colheres de sopa de manteiga

RECHEIO

- 1 xícara de tomate picado em fatias médias (sem pele e sem semente)
- ½ xícara de cebola picada em fatias finas
- 1 xícara de queijo minas ralado
- 2 colheres de sopa de azeite
- Folhas de manjeriço para decorar





MODO DE PREPARO

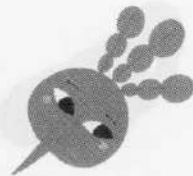
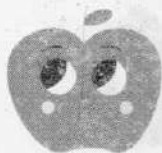
MASSA

Misturar a farinha de trigo, o sal e a manteiga até ficar com a consistência de uma farofa grossa. Juntar o ovo e amassar bem. Se necessário acrescentar mais farinha ou um pouco de leite para dar o ponto. Fazer uma bola com a massa, enrolar em filme plástico e levar à geladeira por 20 minutos para descansar.

RECHEIO

Refogar a cebola no azeite. Dispor os tomates e as cebolas na frigideira lado a lado. Regar com o azeite e por fim jogar o queijo ralado. Com um rolo, abrir a massa com um diâmetro maior que o da frigideira e cubrir os tomates.





Assar e depois desenformar a torta. Virar de ponta-cabeça para que a massa fique no fundo e os tomates na superfície. Decore com folhas de manjeriço fresco e sirva em seguida.



RENDIMENTO: 4 porções.

Sanduíche Natural de Frango



INGREDIENTES



100 g de frango desfiado pré-cozido

1/2 cebola pequena picada

1/2 tomate picado

1 cenoura pequena ralada

1/2 lata de milho verde

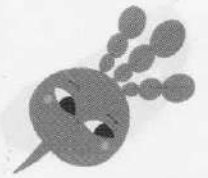
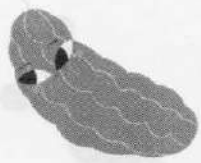
Salsinha e cebolinha a gosto

Sal a gosto

Maionese light a gosto

Pão de forma





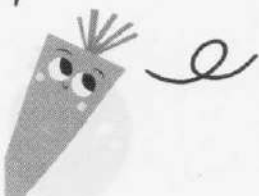
MODO DE PREPARO

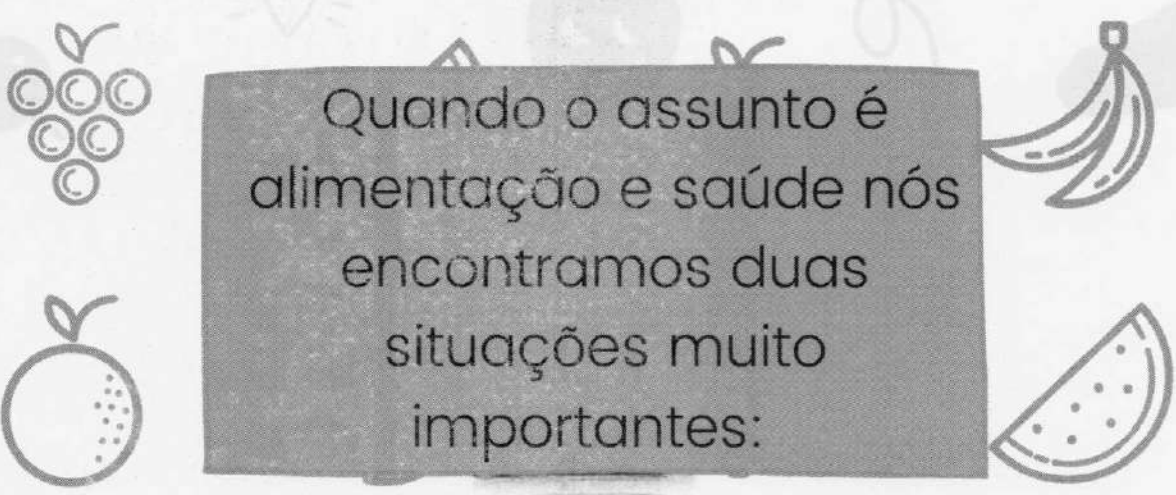
Refogue o frango desfiado com azeite, alho e cebola em uma panela. Misture a cebola e o tomate picados, a cenoura ralada, o milho, a salsa, a cebolinha e o sal. Adicione maionese até a obter a consistência desejada do recheio. Cremosa ou mais consistente, como você preferir. Coloque o recheio entre 2 fatias de pão de forma.




RENDIMENTO: 5 porções.

DICA: É Recomendado usar maionese light e pão de forma light ou integral.







Quando o assunto é alimentação e saúde nós encontramos duas situações muito importantes:



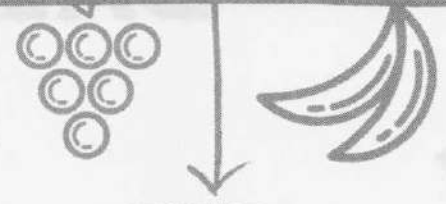
O conteúdo nutricional do alimento



Segurança em relação ao controle higiênico sanitário




O Brasil por ser um país em desenvolvimento é fácil encontrar adolescentes vulneráveis à Insegurança Alimentar e Nutricional (InSAN)



Nesse sentido, para uma limpeza mais eficiente a combinação de detergentes com a ação mecânica pode gerar melhores resultados


Estar em InSAN significa não ter acesso físico ou financeiro a alimentos de qualidade ou não ter possibilidade de escolher alimentos saudáveis



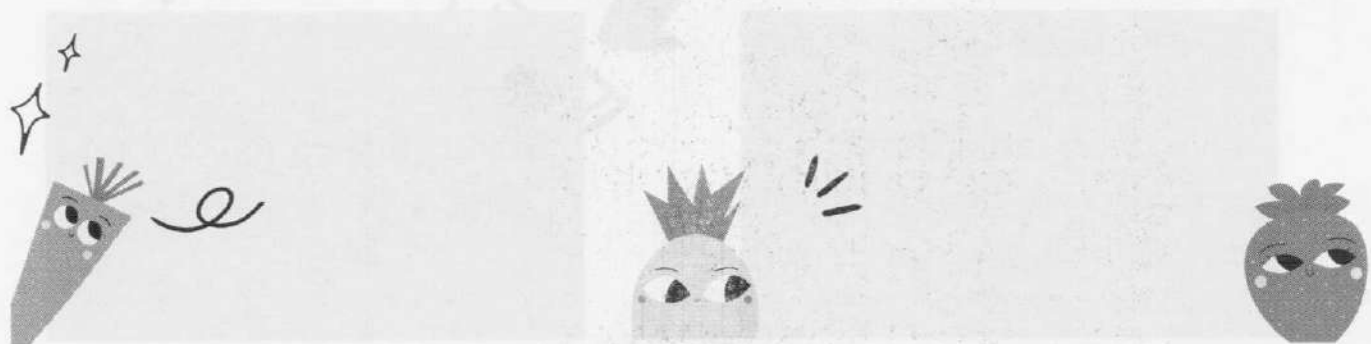

Realizar a higienização das mãos com água e sabão antes de preparar os alimentos

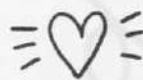


BENEFÍCIOS DE UMA ALIMENTAÇÃO BALANCEADA



Melhore sua vida com novos
hábitos alimentares e diga
NÃO
a obesidade na adolescência.





De acordo com a OMS (Organização Mundial da Saúde) “a obesidade caracteriza-se pelo acúmulo excessivo de gordura corporal com potencial prejuízo à saúde, decorrente de vários fatores como genéticos ou mesmo ambientais”



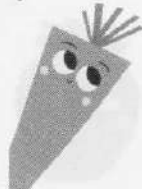
Desse modo, tudo que é ingerido além das necessidades nutricionais diárias, se acumula em forma de gordura, aumentando o peso corporal e contribuindo para obesidade

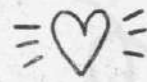
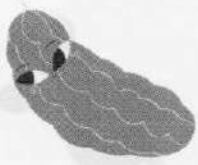


A obesidade contribui para o aumento de comorbidades cardiovasculares e ainda doenças crônicas como Diabetes e Hipertensão



Ainda há muitos pais que embora tenham o conhecimento sobre a importância da alimentação, são incapazes de adotarem bons hábitos alimentares





É essencial que tanto as crianças quanto os adolescentes tenham conhecimento sobre alimentação e nutrição



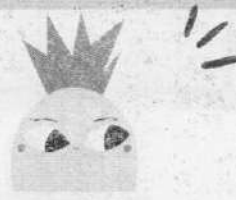
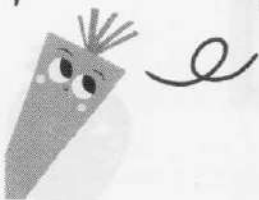
Com esse conhecimento em mãos possam fazer suas escolhas, com o intuito de prevenir a obesidade e doenças relacionadas

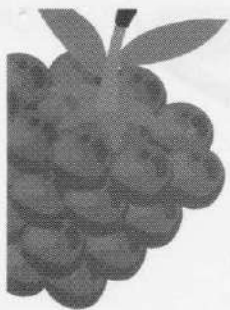


Nesse parâmetro, a pirâmide alimentar é um recurso bastante utilizado como uma referência de escolha de alimentos saudáveis diariamente



A prevenção da obesidade baseia-se praticamente em adquirir um estilo de vida saudável, com melhores hábitos alimentares, e atividade física regular





Como manter uma dieta balanceada?



Comece com pequenas metas e vá melhorando aos poucos

Inclua frutas, legumes e verduras nas refeições



Evite exageros e alimentos ultraprocessados

Alimente-se com calma







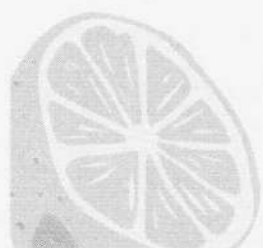
E é sempre bom lembrar...

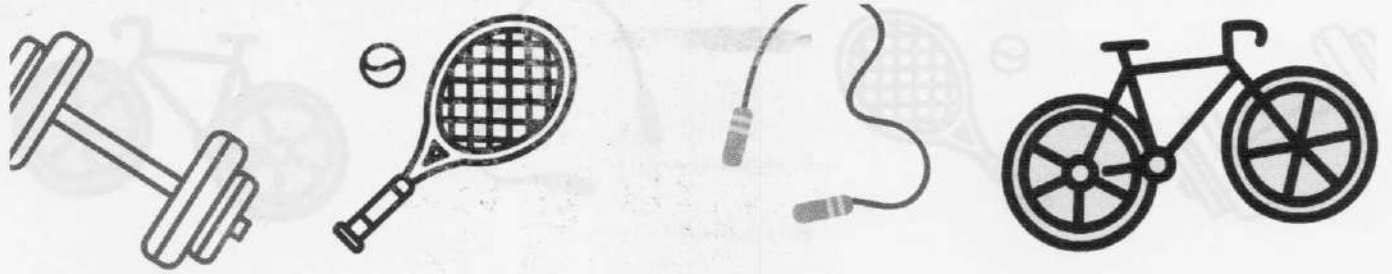


**NÃO COMECE
UMA DIETA
QUE TERMINARÁ
ALGUM DIA.
COMECE UM
ESTILO DE VIDA
QUE DURARÁ
PARA SEMPRE.**



Você vai perceber os benefícios e viver
com muito mais saúde.

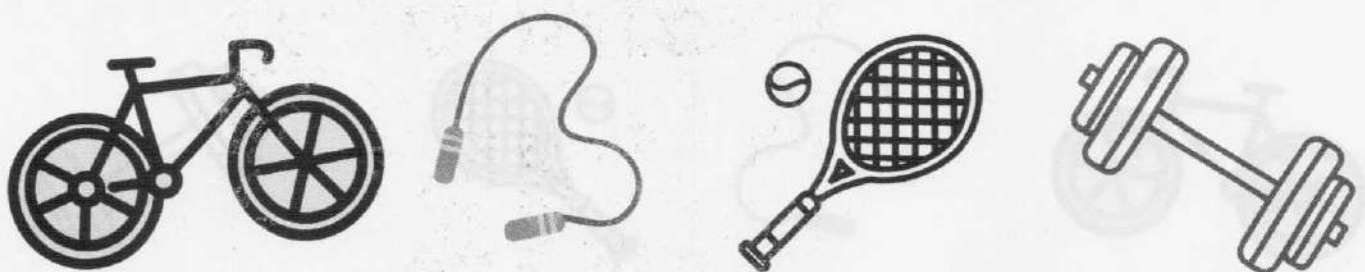


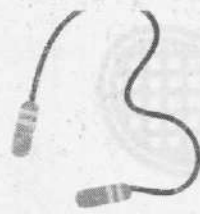


Você sabe qual a
definição para
atividades físicas?

**Agora vamos aprender
a como fugir do
sedentarismo?**

Deve e pode ser realizada por todas
as pessoas e em todas as idades.

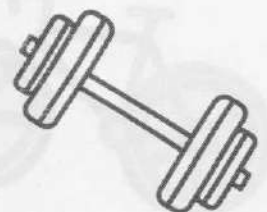


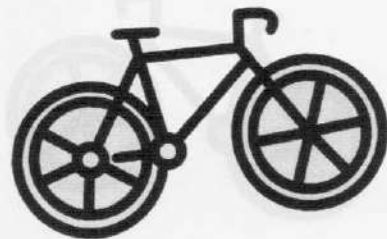
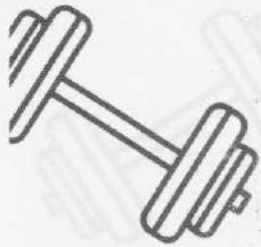


Você sabe qual a definição para atividade física?

A atividade física é qualquer movimento realizado pelo nosso corpo de maneira voluntária que gere um gasto de energia, fazendo parte do nosso dia a dia na realização de pequenas atividades.

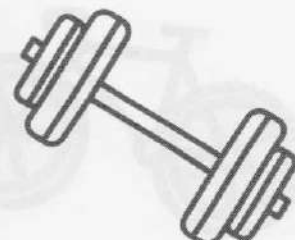
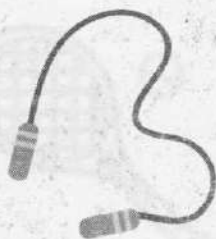
Deve e pode ser realizada por todas as pessoas e em todas as idades.

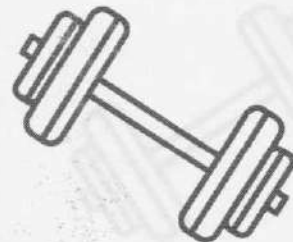
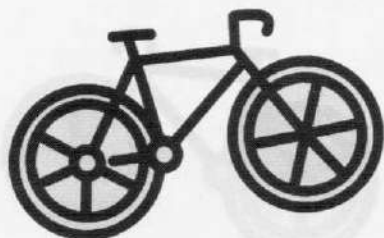




Durante o seu tempo livre:

**Quatro momentos em
nossa vida que podemos
praticar atividade física**



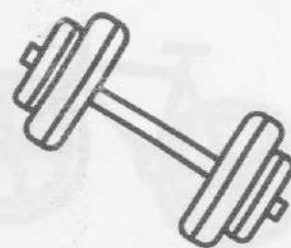


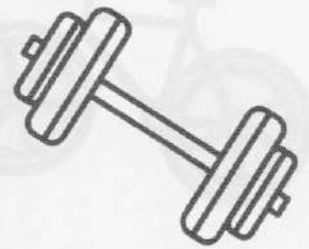
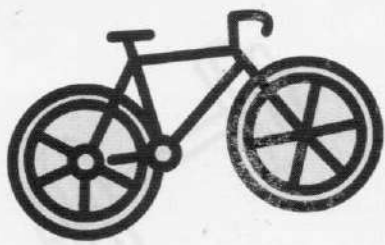
Durante o seu tempo livre:

- Realizada durante seu período de lazer ou tempo disponível
- São atividades baseadas em suas escolhas e preferências
- Como por exemplo: caminhar, fazer trilha, nadar, jogar vôlei, participar de brincadeiras como queimada, entre outras práticas.

Quando você se desloca

- Ato de se deslocar de um local para outro, de maneira ativa
- Ir caminhando, pedalando, de skate, patinar



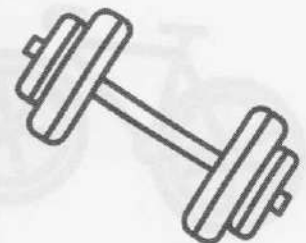


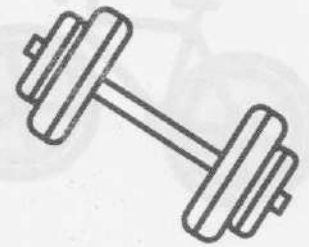
Durante o trabalho ou estudos

- Atividades feitas durante seu período de trabalho e estudos
- Exemplos: ordenhar, plantar, capinar, carregar objetos, participar das aulas de educação física, brincadeiras durante o intervalo

Nas tarefas domésticas

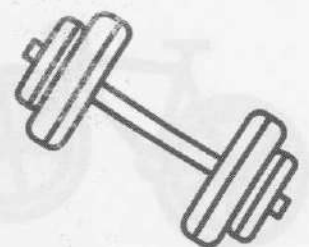
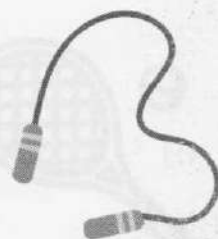
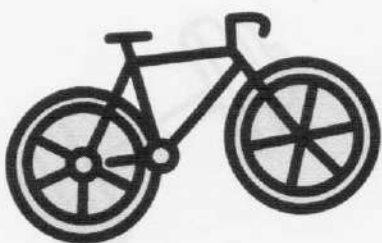
- Atividades realizadas durante o cuidado de sua casa e familiares
- Dar banho nos filhos, fazer compras, limpar a casa, cuidar das plantas

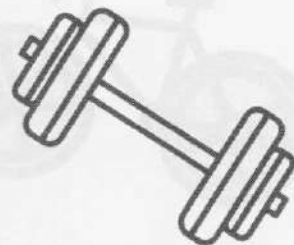
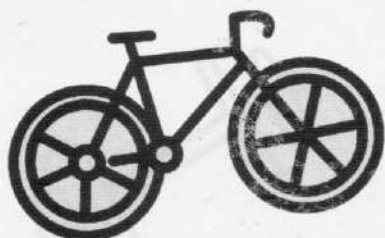




Benefícios da prática de atividade física:

- Melhora sua qualidade de vida e saúde
- Aumenta sua disposição e concentração
- Melhora seu humor
- Melhora o desempenho escolar
- Promove uma interação social entre você e os demais indivíduos que estão dividindo o mesmo espaço
- Interação com a natureza, quando a atividade realizada é ao ar livre
- Auxilia no controle de peso e diminuição do risco de obesidade





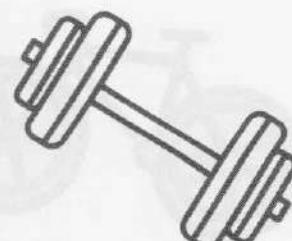
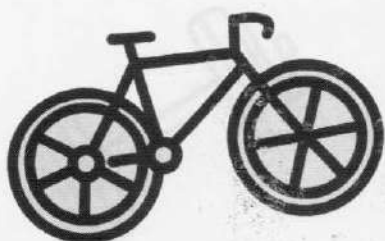
A atividade física pode ser feita em diferentes intensidades:

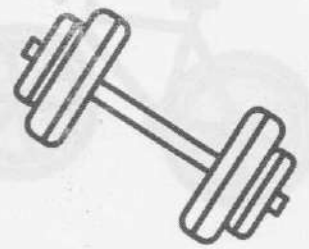
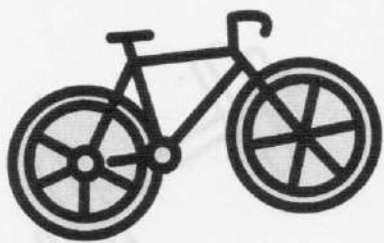
- A intensidade está relacionada ao esforço físico necessário para fazer uma atividade física
- Quanto maior a intensidade, maior é o aumento dos batimentos do coração, da respiração, do gasto de energia e da percepção de esforço.
- Podem se dividir em:

LEVE

MODERADA

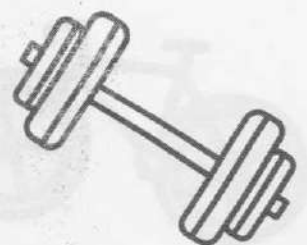
VIGOROSA

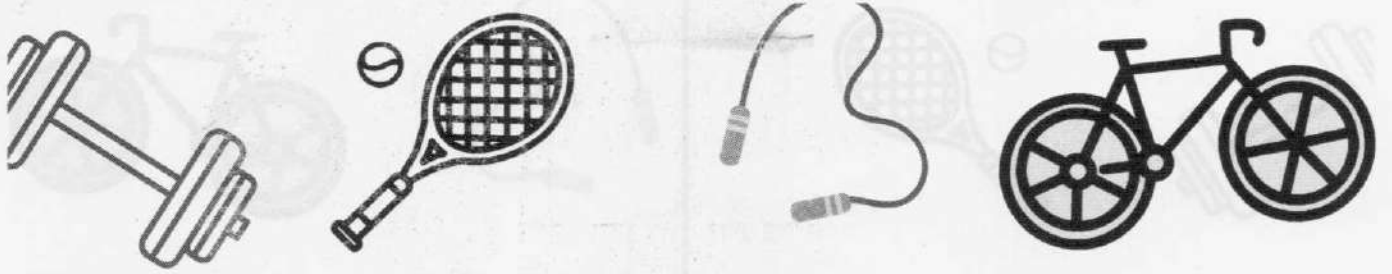




Qual o tempo recomendado para a prática de atividade física na adolescência?

- É recomendado um período de 60 minutos por dia, podendo ser realizado todo de uma vez, ou dividido em blocos de tempo menores.
- Realizar se possível, pelo menos, 3 dias na semana
- Iniciando de forma gradativa e moderada
- Realizar alongamentos antes da prática de atividade física

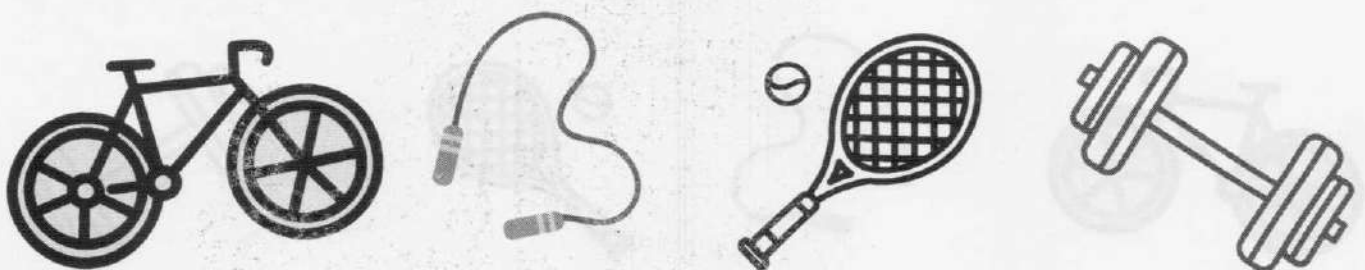


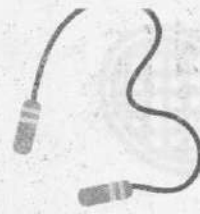
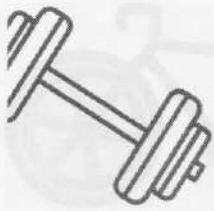


Por onde posso começar?

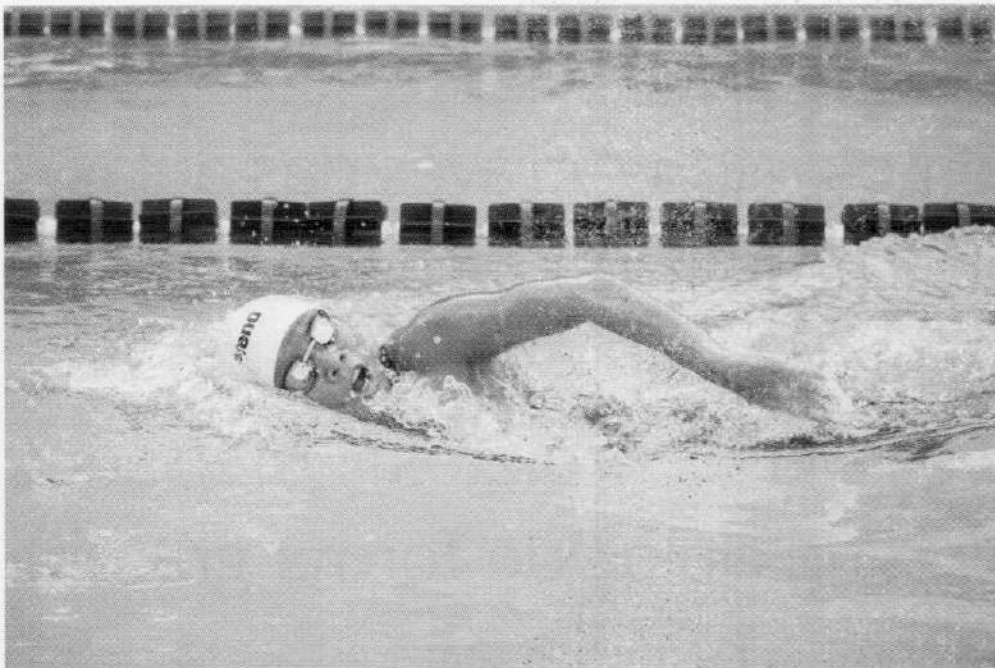
- Podemos iniciar através das aulas de educação física na escola
- Em espaços públicos
- Através de projetos ofertados pelos municípios de forma gratuita e abertos a população.

Vamos falar sobre alguns exemplos de modalidades disponibilizadas no município?

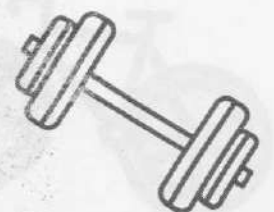


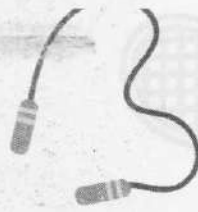


NATAÇÃO



A natação é uma atividade realizada em água e pode ser praticada a partir de diversas modalidades. Os principais delas são nado sincronizado, mergulho, polo aquático, natação em águas abertas.



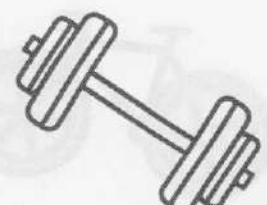


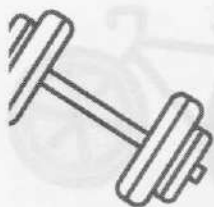
MUAY THAI



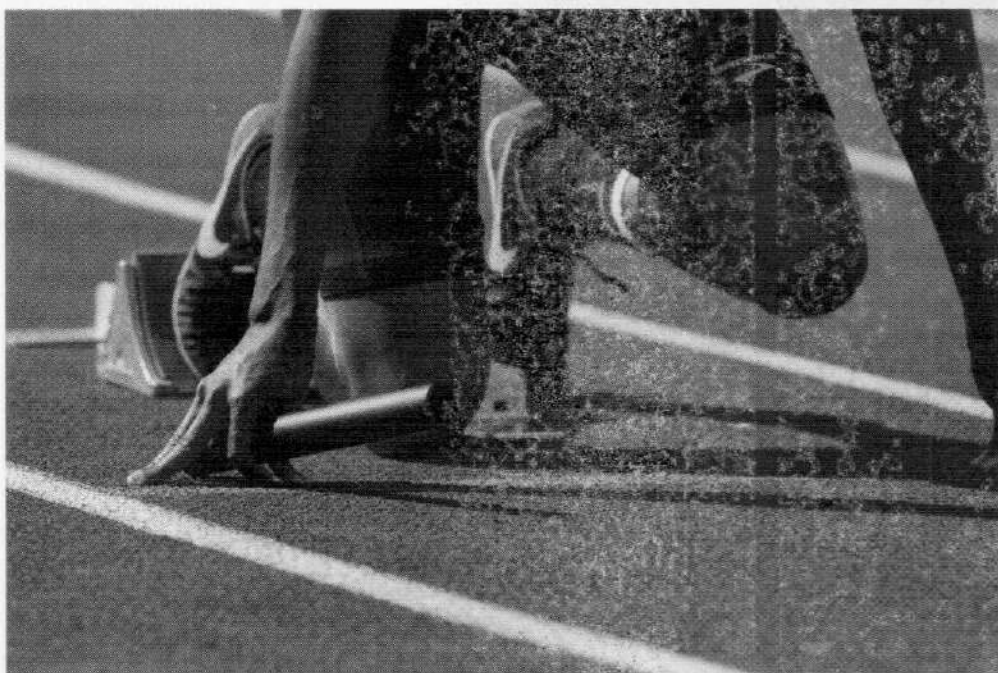
Muay Thai é uma arte marcial milenar, de origem tailandesa. O esporte é conhecido como arte das oito armas, pois combina golpes utilizando os punhos, braços, cotovelos, joelhos e pés.

Tem como benefícios: redução de estresse, melhora no condicionamento físico, autodefesa, auxilia na concentração, na coordenação motora e reduzir o peso.

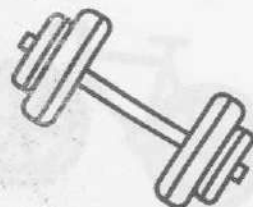


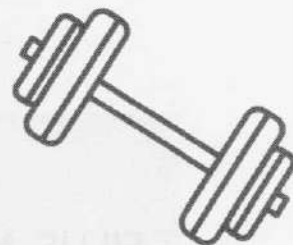
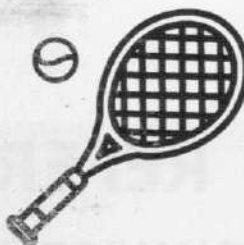
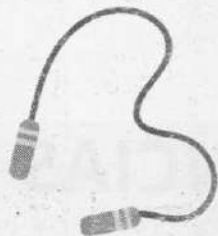
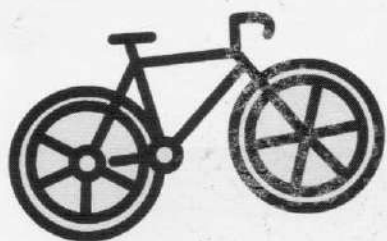


ATLETISMO



o Atletismo é um esporte com provas de pista como corridas, e campo, como saltos e lançamentos, provas combinadas, como decatlo e heptatlo, união das provas de pista e de campo, corridas de rua, como a maratona, corridas em campo, como o cross country, corridas em montanha e marcha atlética.





Você sabe onde encontrá-los?

No município de Catalão, podemos procurar mais informações sobre as modalidades ofertadas na Secretária Municipal de Esportes.

Rua 526, n 505 – Bairro Santa Cruz

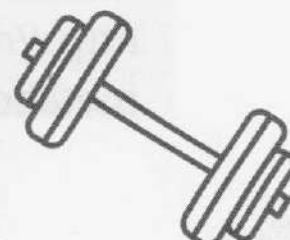
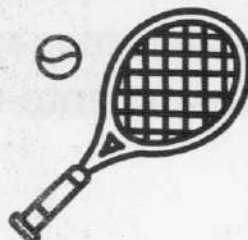
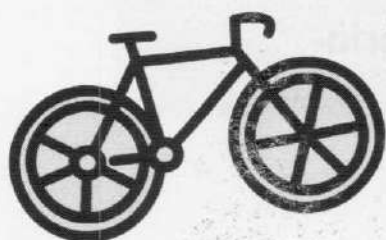
Horário de Funcionamento: 08h as 11h – 13 as 17h

Telefone: 3411-5102

Lembre-se

Estamos enfrentando um período pandêmico, siga as recomendações sanitárias.

Preserve sua vida



REFERÊNCIAS

FILUS, M. T; CAMARGO, A. T. **O professor PDE e os desafios da escola pública Paranaense**. Paraná, 2012.

BUENO, C. M. et al. **Segurança Alimentar em Colégio Estadual**. Cadernos da Escola em Saúde, Curitiba.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Na cozinha com as frutas, legumes e verduras**. Brasília-DF. 2016.

CASTRO, L. M; BRIÃO, G. F. Guia de Alimentação Saudável para Adolescentes. 2020.

VALE, M. R. et al. **Evidências de validade da Escala de Segurança Alimentar e Nutricional para adolescentes (ESANa)**. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira** [recurso eletrônico]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf. Brasília, 2021

CBAt. **O atletismo - Origens**. Disponível em: <https://www.cbat.org.br/atletismo/origem.asp>

CBMT. **História do Muay Thai**. Disponível em: <https://cbmt.com.br/historia/>

Mais bolsas. **Tudo sobre natação**. Disponível em : <https://www.maisbolsas.com.br/enem/educacao-fisica/tudo-sobre-natacao>

Reequilíbrio metabólico e aumento da imunidade. Disponível em:

<http://magistralformulas.com.br/reequilibrio-metabolico-e-aumento-da-imunidade/>

FICHA TÉCNICA

**Elaborado pelas acadêmicas do Curso de
Enfermagem da Universidade Federal de
Catalão**

**BRUNA DE SOUZA MAGALHÃES
LARISSA AZEVEDO DOS SANTOS
MARIA FERNANDA COSTA TRONCHA GOMES
MICHELLE CAMPOS DA SILVA
ROSELAYNE FEITOZA CASSIMIRO
TALLITA CORREA SANTANA**

Orientação:

**Prof.^ª Dra. Juliana Martins de Souza.
Prof.^ª Me. Kamylla Guedes de Sena.**

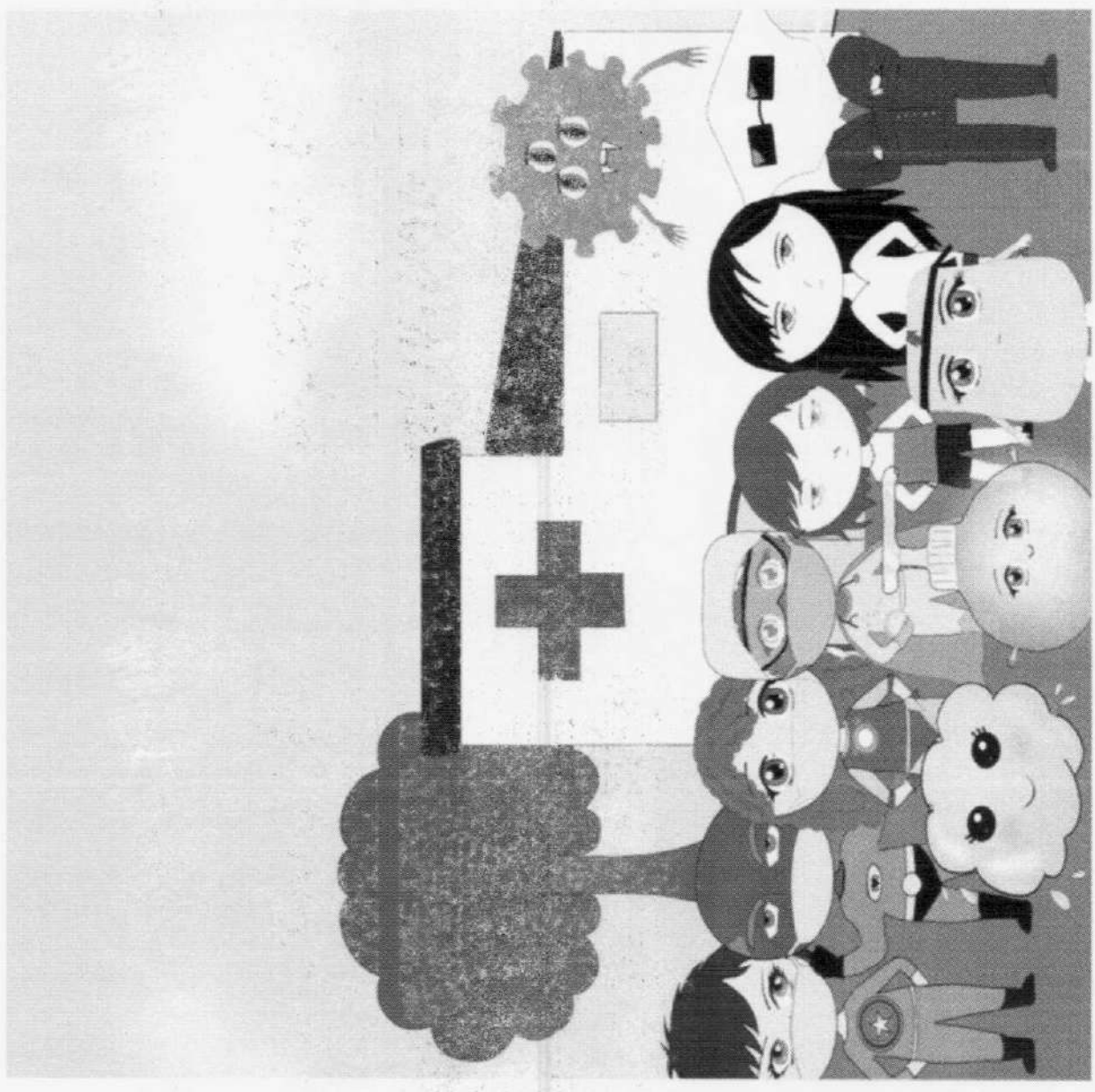
Uma Realização:

Universidade Federal de Catalão
Departamento de Enfermagem
&
Secretária Municipal de Saúde de
Catalão



CADERNO DE ATIVIDADES

LIGA DA SAÚDE

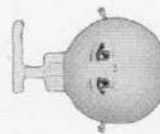
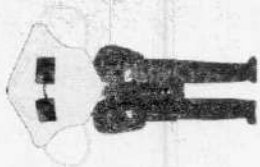
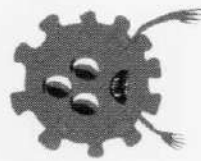


CAÇA-PALAVRAS

Encontre os aliados na luta contra o bichinho coronavírus.

C	C	J	W	T	M	I	K	T	D	X	A	U	Q	P
C	A	G	E	S	A	V	E	P	B	K	O	S	U	L
H	X	I	A	N	Q	A	N	B	F	G	U	S	A	B
U	N	Y	B	Q	P	E	A	O	Y	Y	M	H	N	B
L	A	W	Z	J	I	S	O	L	A	M	E	N	T	O
S	C	V	U	S	C	A	G	A	C	O	V	X	E	W
I	A	G	U	A	A	D	B	U	C	O	A	T	N	P
J	R	P	R	L	H	Q	R	I	U	J	O	U	A	B
W	N	A	O	L	A	J	Z	C	C	F	H	L	D	C
E	C	X	U	H	A	U	C	O	I	H	Q	V	I	K
X	J	R	W	D	H	Q	P	X	L	X	W	G	W	H
V	B	P	D	K	O	Z	P	T	C	N	N	V	O	H
G	D	S	T	P	V	E	V	N	C	P	A	M	J	U

- Alcool
- Água
- Sabão
- Quarentena
- Luva
- Máscara
- Isolamento



QUE PALAVRA É ESSA?

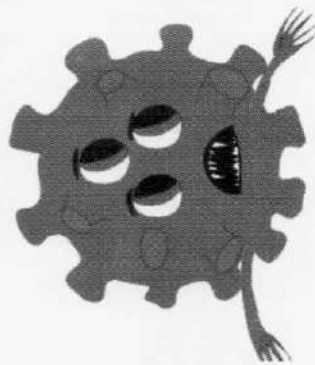
Ajude a Maria a descobrir as letras que formam as seguintes palavras para conseguir fugir do Coronavírus.

Dica: É um amiguinho importante na luta contra o coronavírus.

M _ _ _ _ _ B _ _

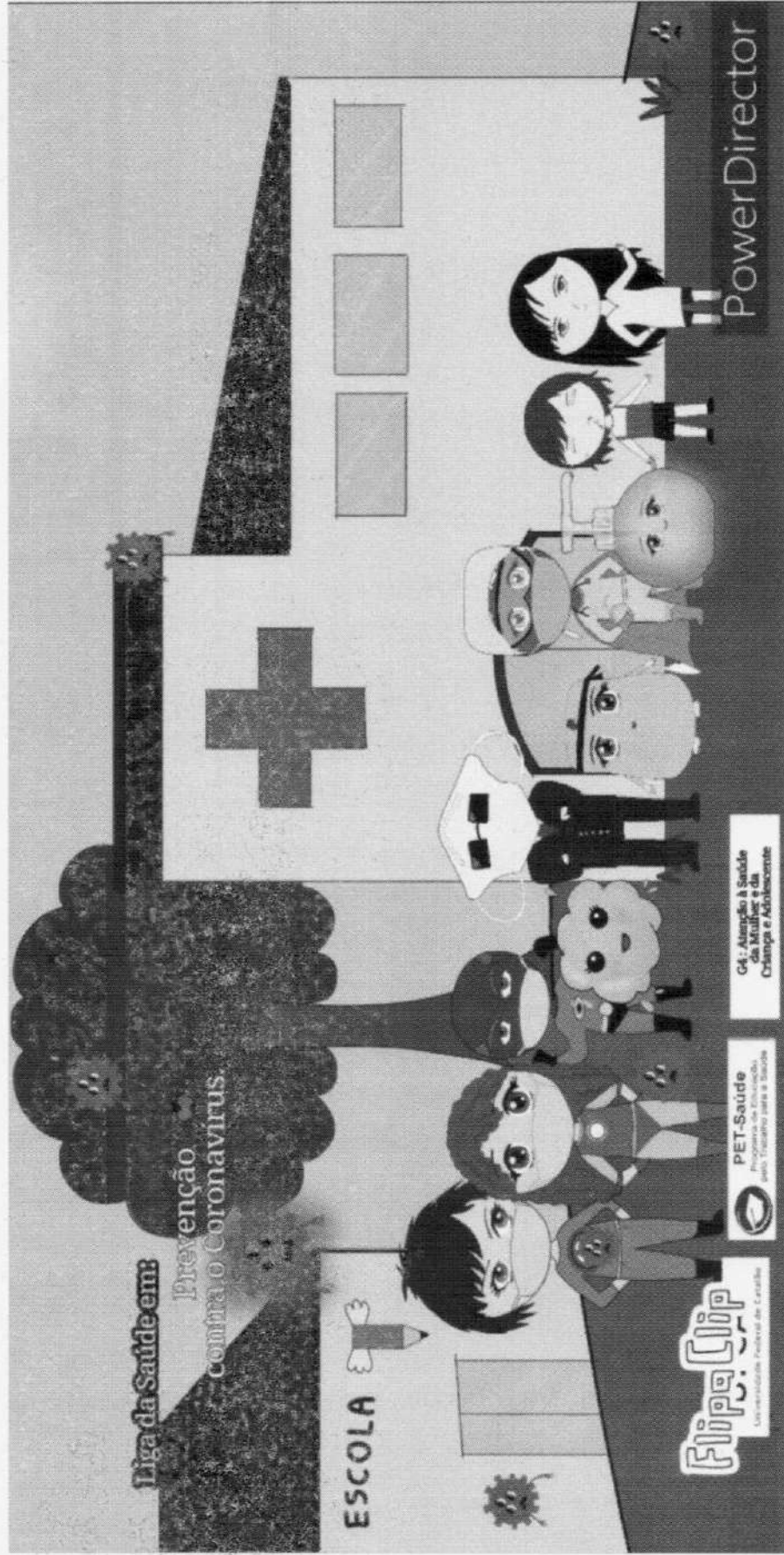
Dica: É um amiguinho usado para lavar as mãozinhas com ajuda da água.

S _ _ _ _ _



JOGO DOS 7 CORONAVÍRUS

Encontre os 7 bichinhos coronavírus escondidos na imagem.



RELACIONE

Ligue as figuras da liga da saúde nos respectivos nomes.

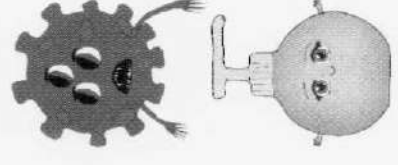
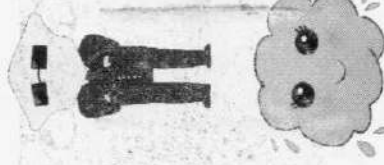
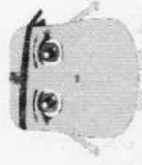
Álcool em gel

Coronavírus

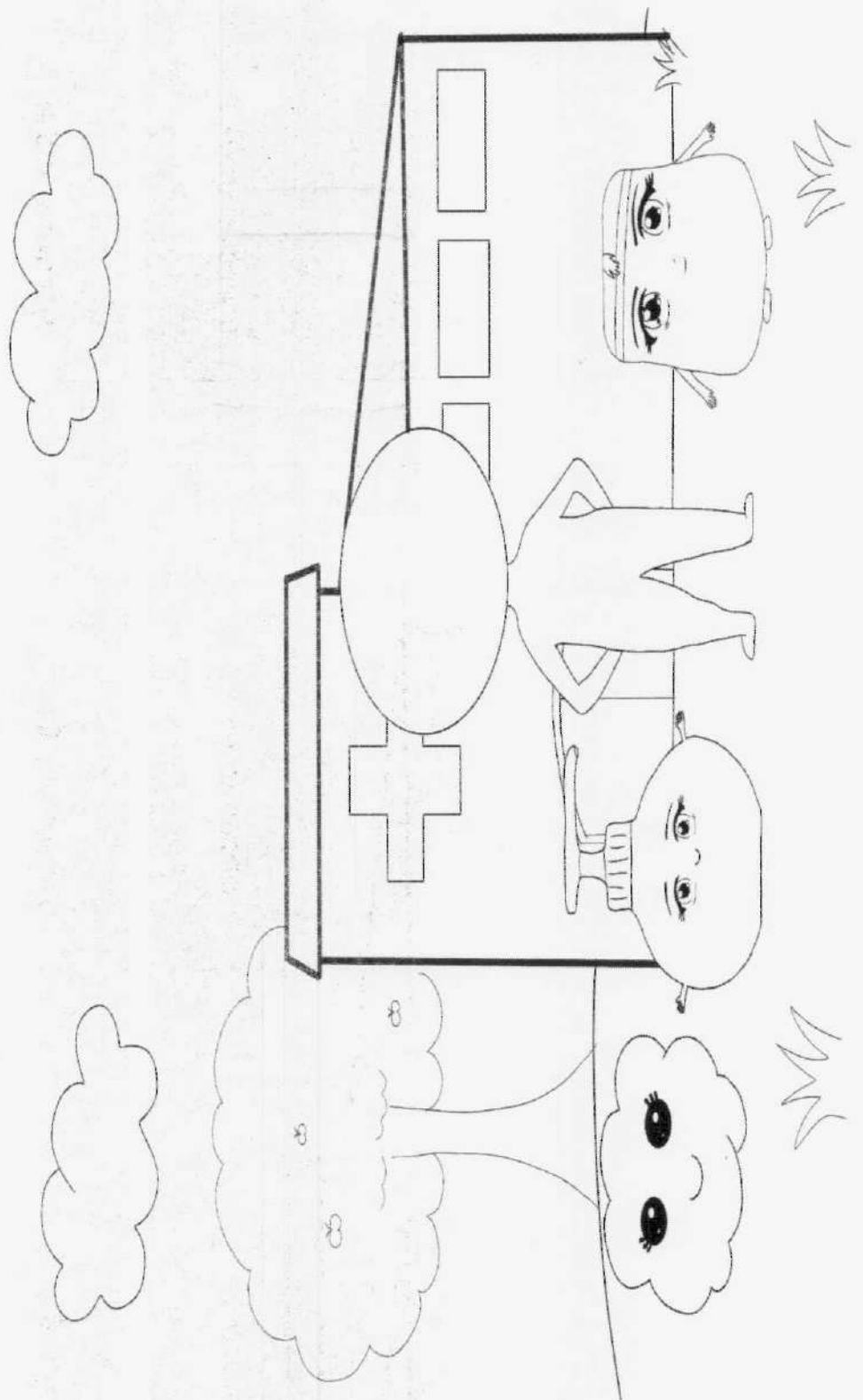
Máscara

Sabão

Água

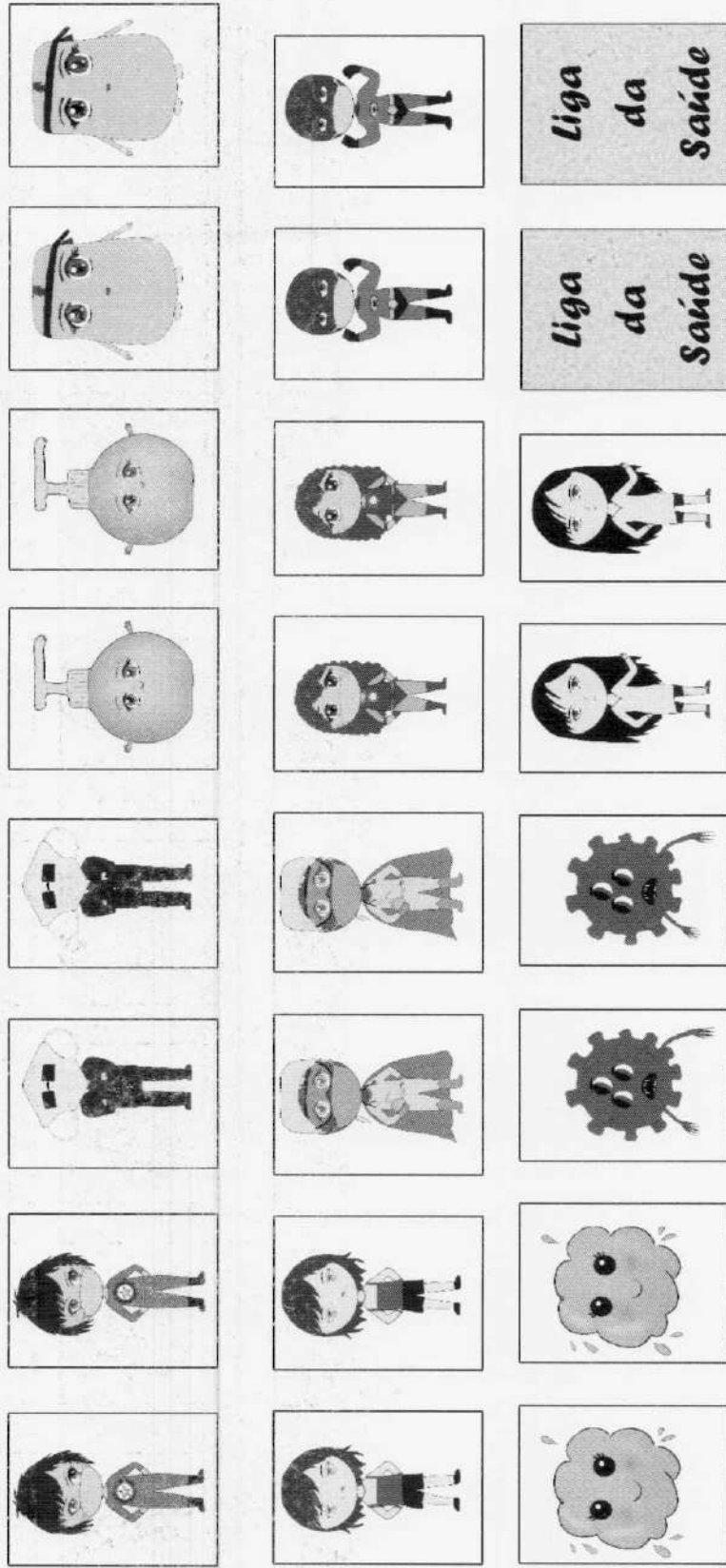


HORA DE COLORIR!



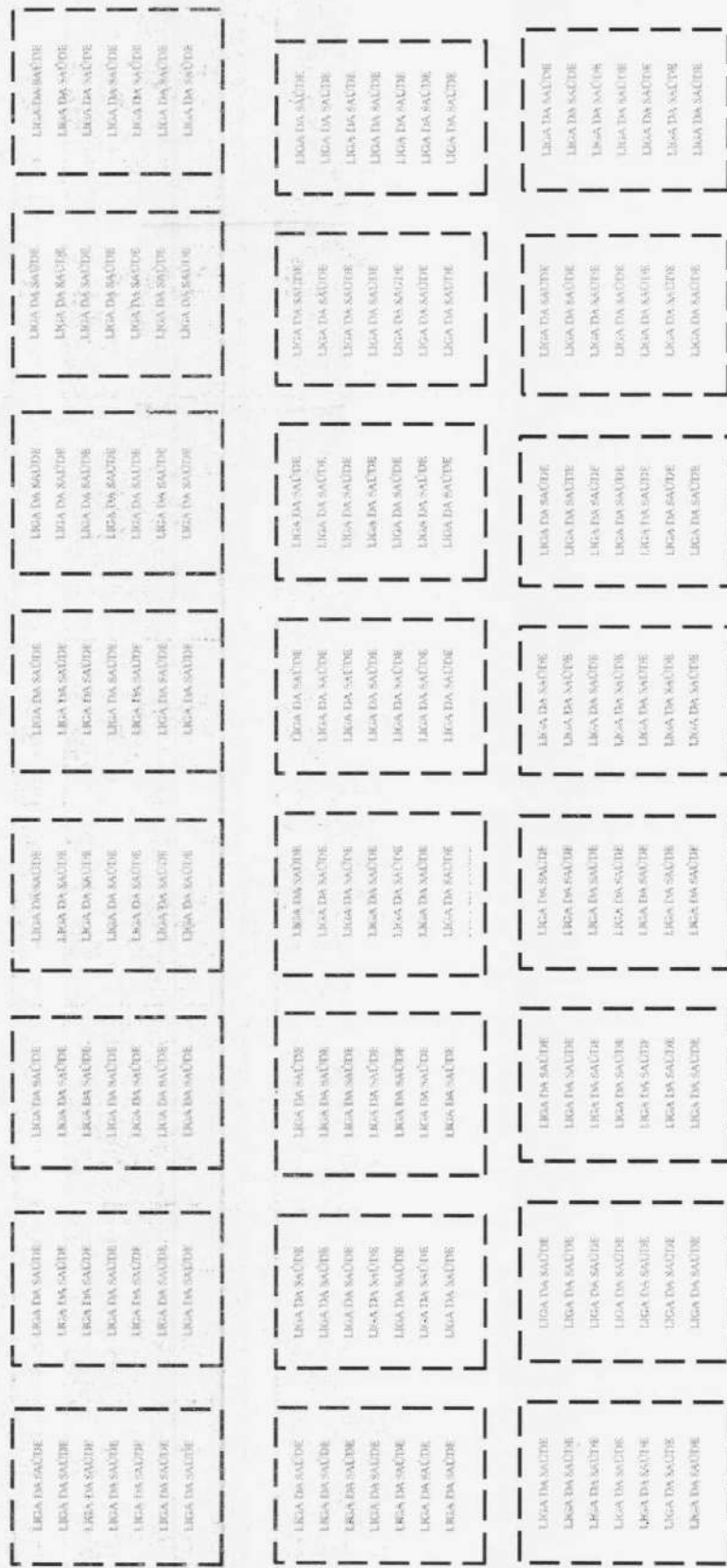
JOGO DA MEMÓRIA

Bem vindos! Quero apresentar para vocês o jogo da memória, junto com os nossos amiguinhos da Liga da Saúde. É um jogo muito legal que tem como intuito treinar a concentração e atenção. A regra do nosso jogo é virar as cartas que forem escolhidas e memorizar os detalhes da imagem, sendo assim, ao virar a carta escolhida pelo jogador, é preciso lembrar se já viu o par da imagem no jogo, e assim tentar procurá-la. Peça ajuda de um adulto para recortar as cartas.



JOGO DA MEMÓRIA (VERSO)

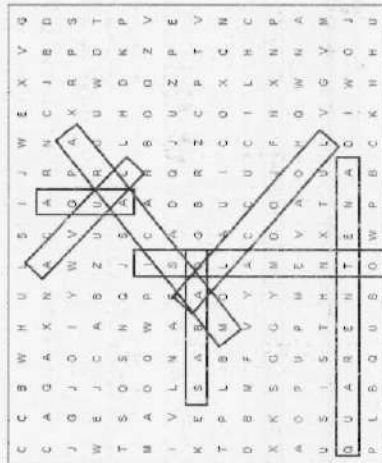
Bem vindos! Quero apresentar para vocês o jogo da memória, junto com os nossos amiguinhos da Liga da Saúde. É um jogo muito legal que tem como intuito treinar a concentração e atenção. A regra do nosso jogo é virar as cartas que forem escolhidas e memorizar os detalhes da imagem, sendo assim, ao virar a carta escolhida pelo jogador, é preciso lembrar se já viu o par da imagem no jogo, e assim tentar procurá-la. Peça ajuda de um adulto para recortar as cartas.



GABARITOS

Caça-Palavras

Encontre os aliados na luta contra o bichinho coronavírus.



Que palavra é essa?

Ajude a Mafra a descobrir as letras que formam as seguintes palavras para conseguir fugir do Coronavírus.

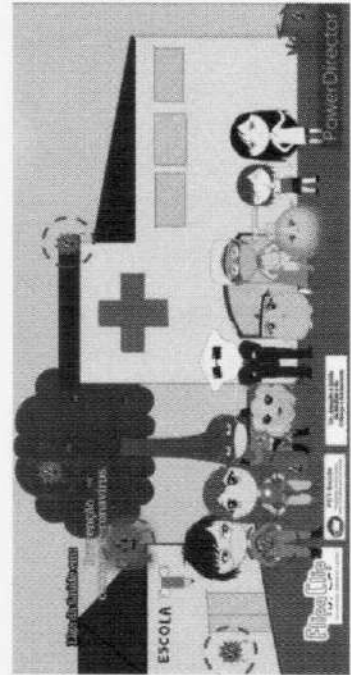
Dicas: É um amigo muito importante na luta contra o coronavírus.

M Á S C A B A

Dicas: É um amigo usado para lavar as mãos com água e sabão.

S A B ã O

Jogo das 7 erros



RELACIONE

Ligue as figuras da liga da saúde nos respectivos nomes.

Alcool em gel

Coronavírus

Máscara

Sabão

Água



ORGANIZAÇÃO, PRODUÇÃO E REVISÃO

Grupo 4 – Atenção à Saúde da Mulher,
Criança e Adolescente.

PET- Saúde Interprofissionalidade.

PRODUÇÃO

Andressa Fernandes dos Santos

Gabriela Araújo Barbosa

Hallysson Ribeiro da Silva

Jennifer Ester de Sousa Bastos

Thamara Rúbia Camargo Jesus

(Discentes do PET-Saúde-
Interprofissionalidade)

REVISÃO

Profª. Dra. Janaina Cassiano Silva

Profª. Dra. Juliana Martins de Souza

Profª. Dra. Tharine Louise Gonçalves
Caires

(Docentes do PET-Saúde-
Interprofissionalidade)



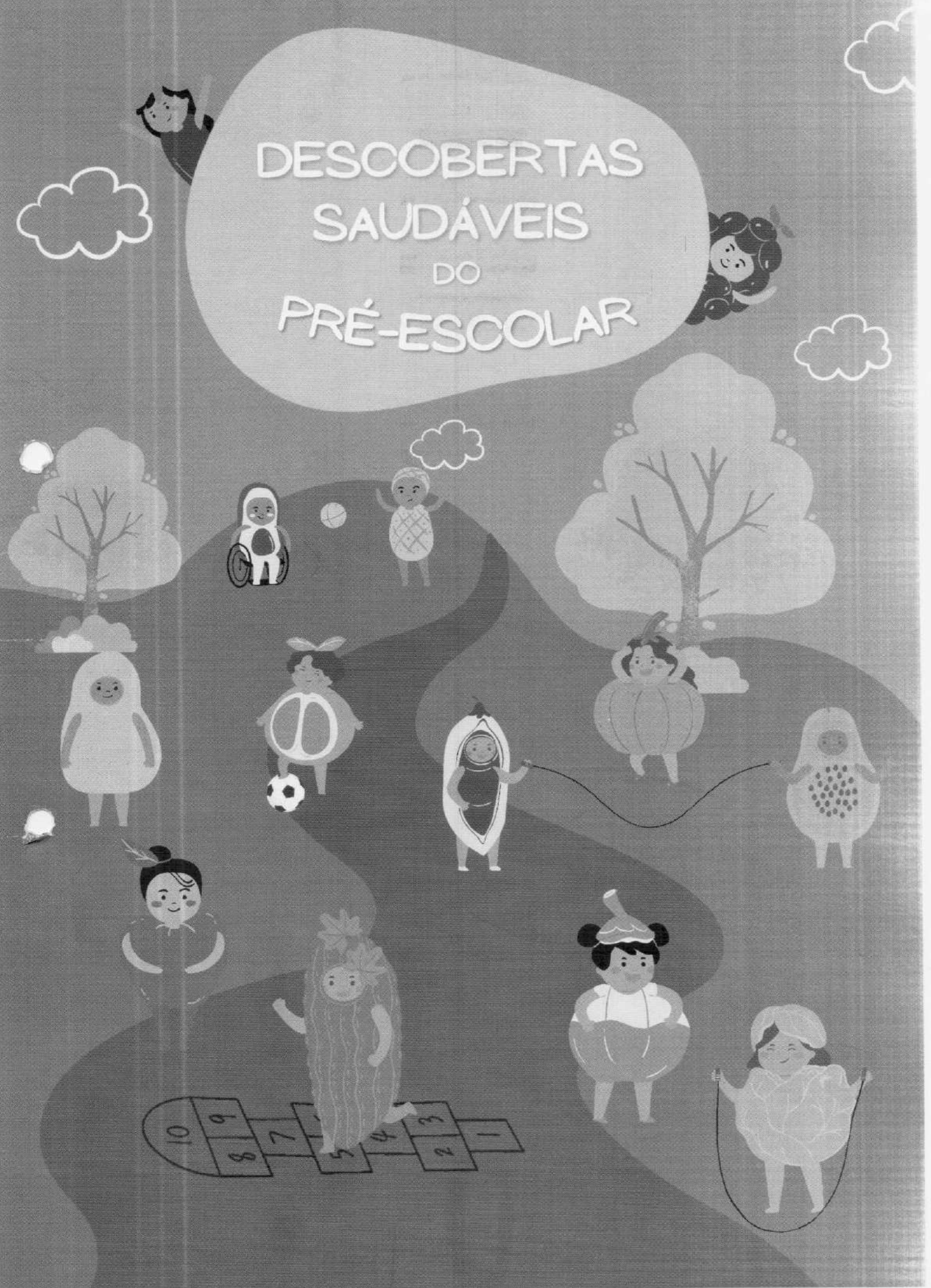
PET-Saúde

Programa de Educação
pelo Trabalho para a Saúde



**Regional
Catalão**

DESCOBERTAS SAUDÁVEIS DO PRÉ-ESCOLAR



OLÁ!



Vamos trazer um pouco de diversão e cor para nossa alimentação?! Nesse livrinho você vai conhecer um pouco sobre os alimentos saudáveis e um montão de brincadeiras para gastar energia e te deixar muito feliz.

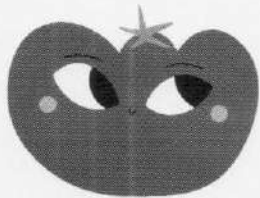
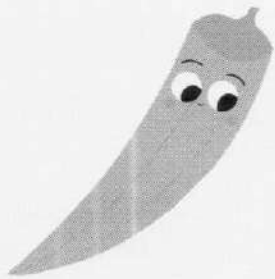
Pois agora se prepare, entre na onda e aproveite para dar bons sorrisos enquanto aprende sobre o universo saudável!!!

PIRÂMIDE ALIMENTAR

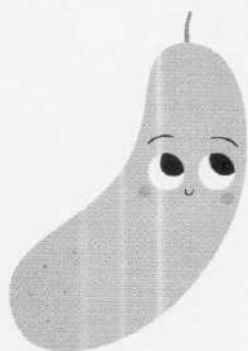
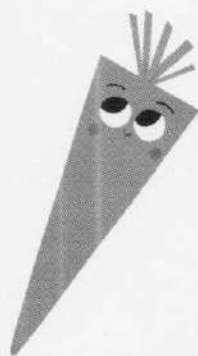
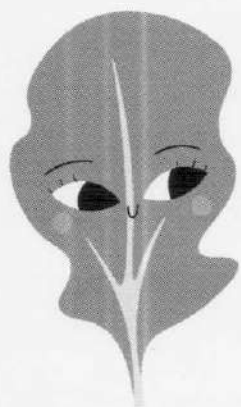


Alimentos	Porção
1 Cereais, pães, tubérculos e raízes	05
2 Verduras e legumes	03
2 Frutas	03
3 Leites, queijos e iogurtes	03
3 Carnes e ovos	02
3 Feijões	01
4 Oléos e gorduras	01
4 Acúçar e doces	01

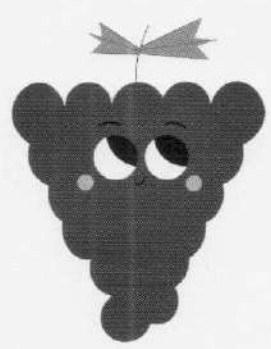
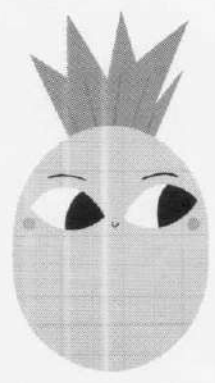
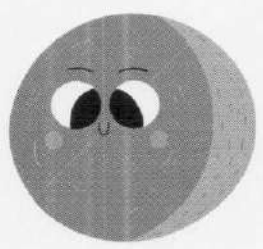
VAMOS DESENHAR?



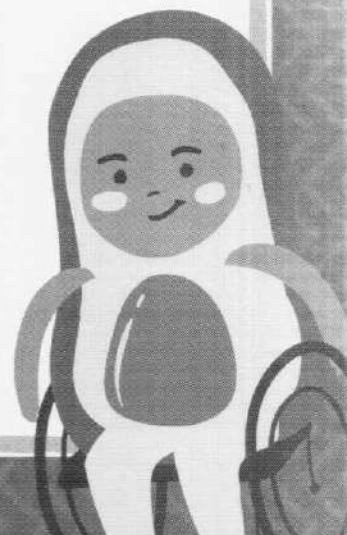
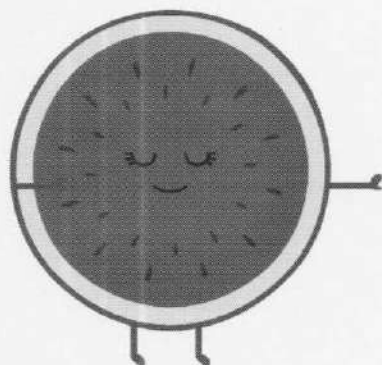
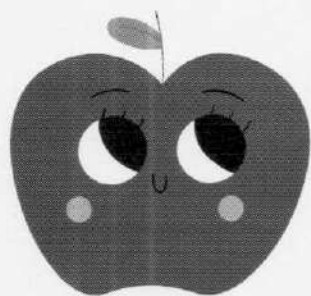
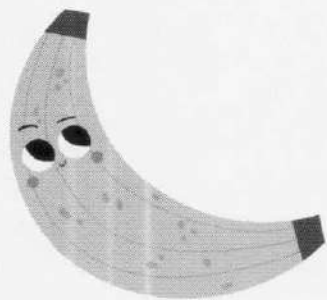
VAMOS DESENHAR?



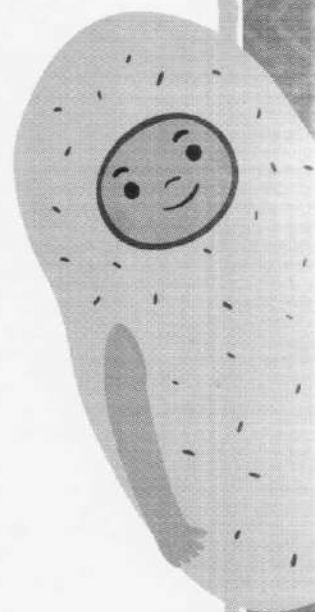
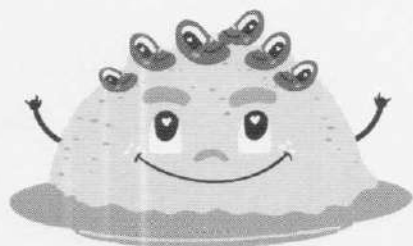
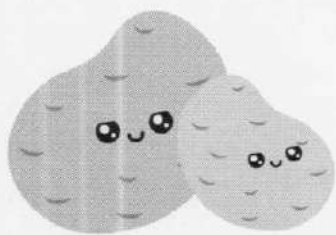
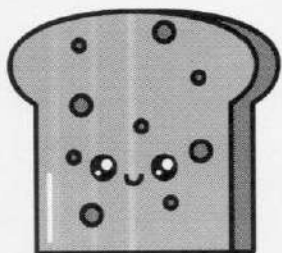
VAMOS DESENHAR?



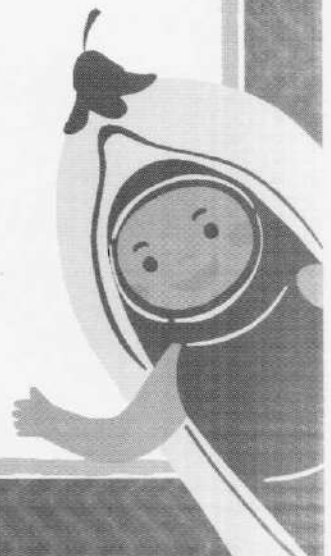
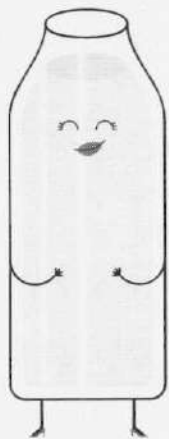
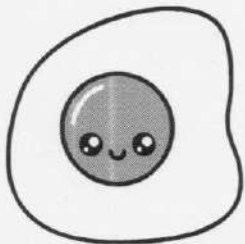
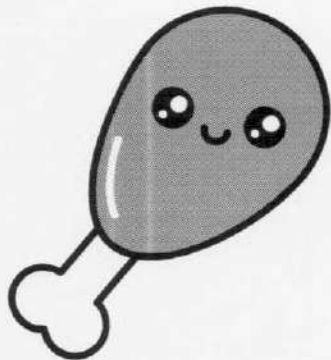
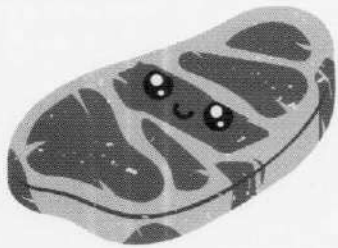
VAMOS DESENHAR?



VAMOS DESENHAR?



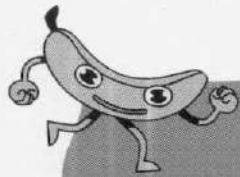
VAMOS DESENHAR?



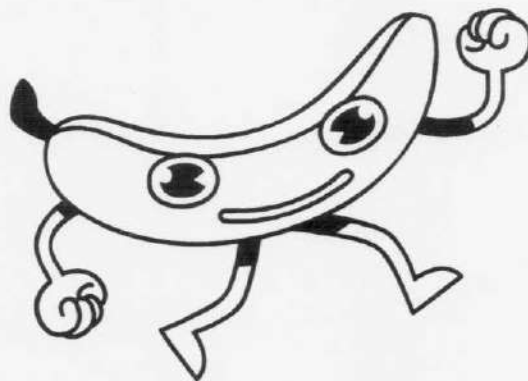
O QUE VOCÊ ACHA DE
COLOCARMOS COR NA NOSSA
ALIMENTAÇÃO AGORA?

Quanto mais colorido a nossa
alimentação mais gostosa e
saudável ela fica!! Então
vamos?

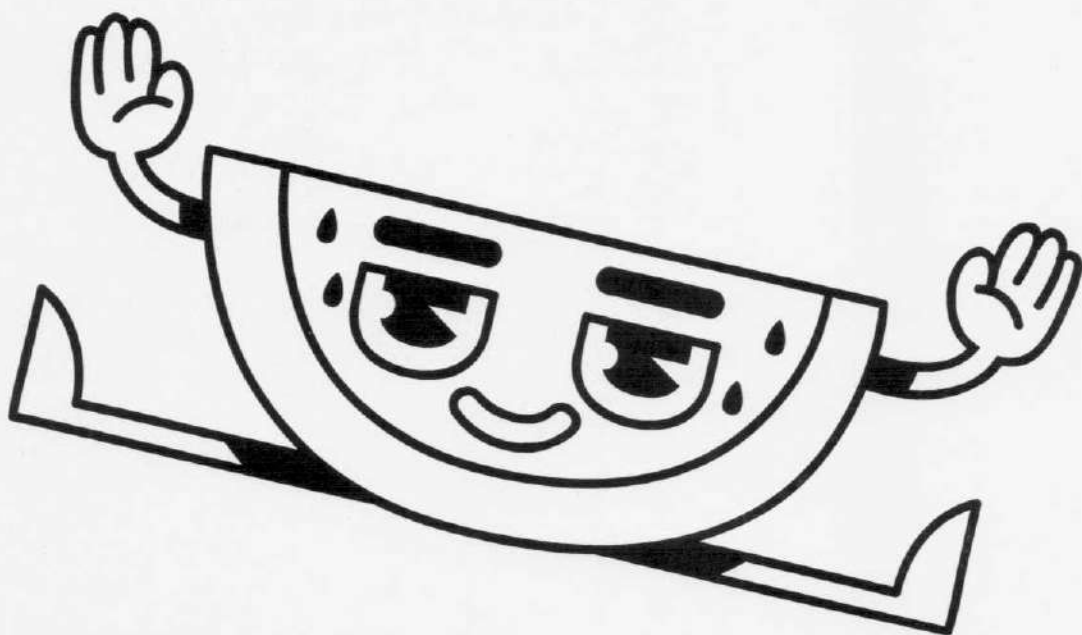




ADIVINHA QUEM SOU EU?
GOSTOSA E AMARELINHA
SUA AMIGA BANANINHA



CHEGUEI, SOU A MELANCIA!
ME AJUDE A FICAR
VERMELHINHA?

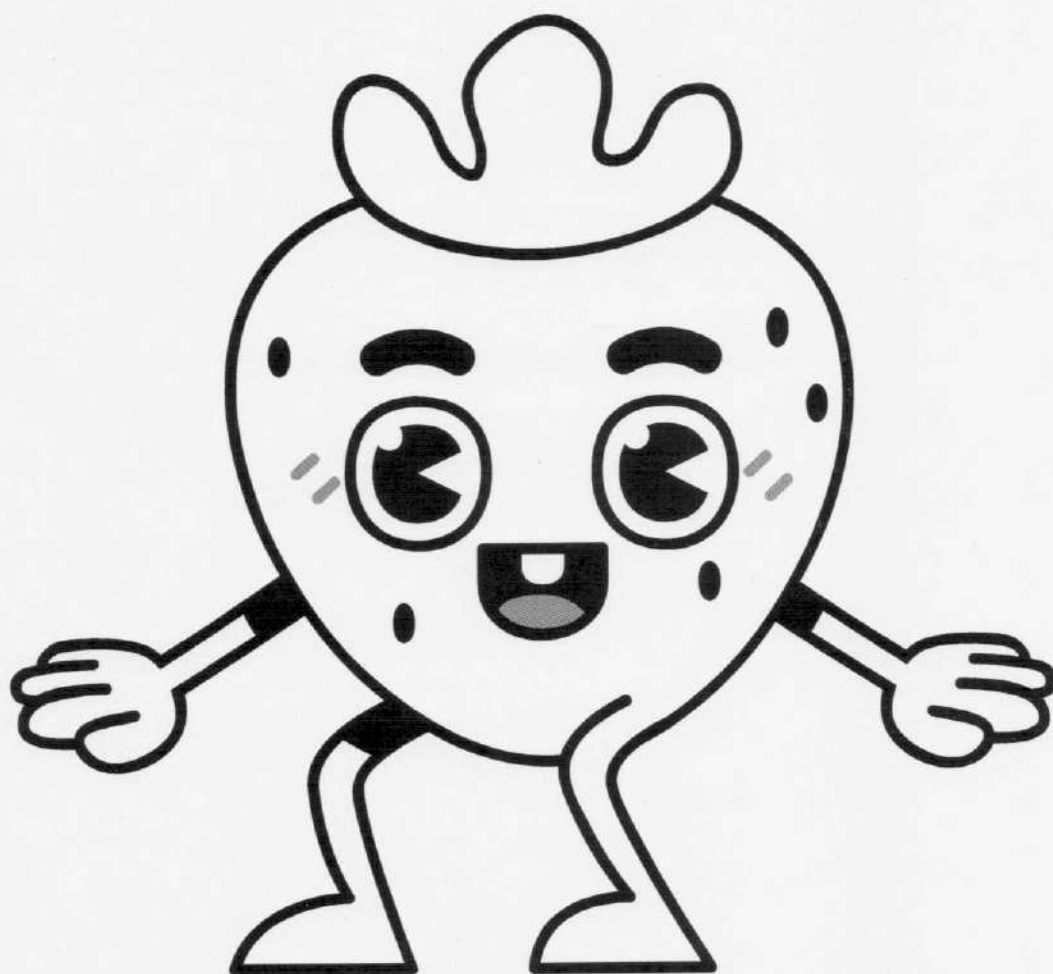




EU SOU O MILHOO
MILHO DANÇARINO QUE TE FAZ
FICAR FORTINHO



MORANGO,
MORANGUINHO, SABE
MINHA COR AMIGUINHO?

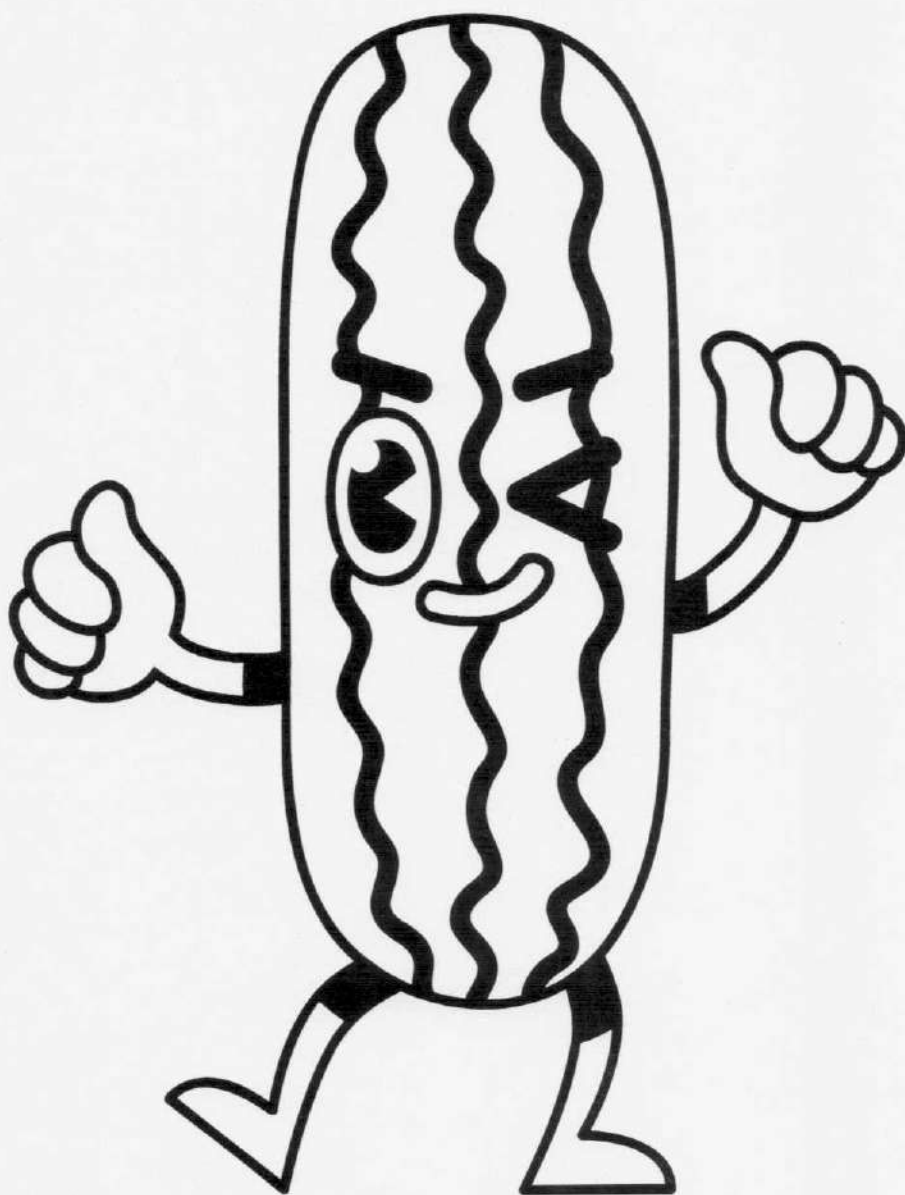




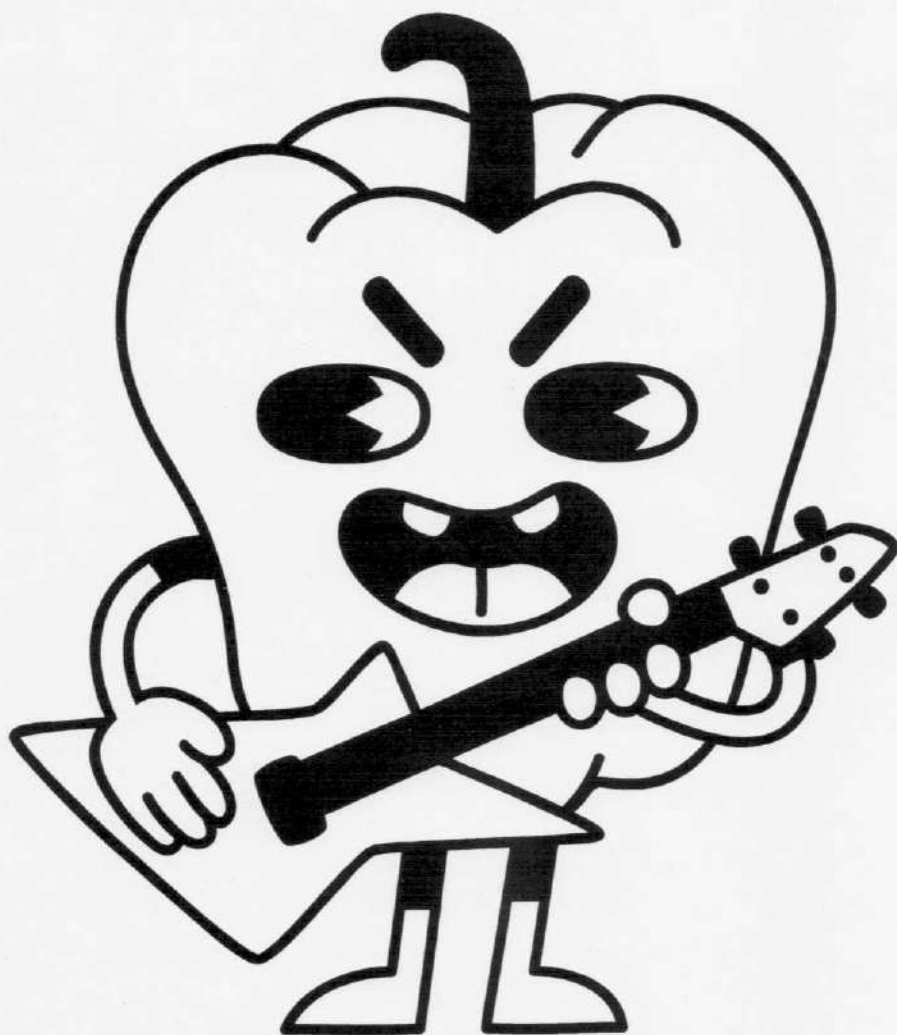
LA VEM O BRÓCOLIS,
BRÓCOLIS AQUI, BRÓCOLIS ACOLÁ.
LÁ VEM O BRÓCOLIS
PARA QUE VÊ O QUE HÁ



OLÁ, EU SOU O PEPINO
COMIGO O SEU LANCHINHO
FICA DIVINO



EU SOU UM PIMENTÃO MUITO LEGAL
TOCO GUITARRA E DEIXO
SUA COMIDA SENSACIONAL



É O BALÉ, TAM TAM
É O BALÉ DAS CEBOLINHAAS



EIII, NÃO SE ESQUEÇA DE MIM!
PARA SE HIDRATAR,
ÁGUA DEVE TOMAR

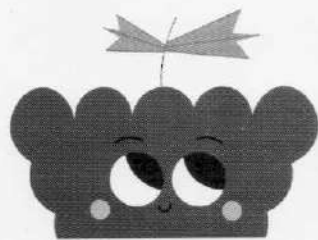
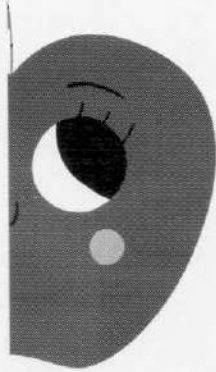
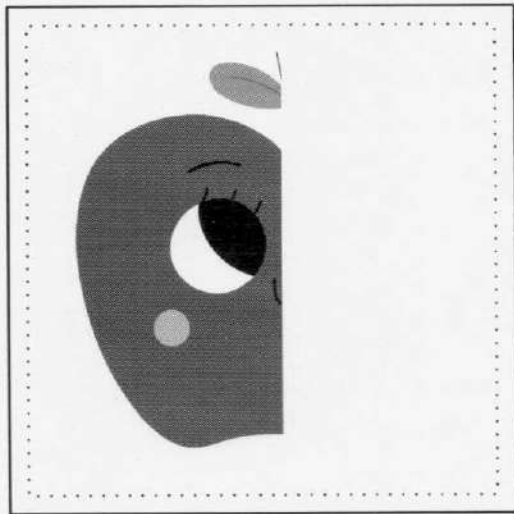


VAMOS AJUDAR OS ALIMENTOS
A SE COMPLETAREM?

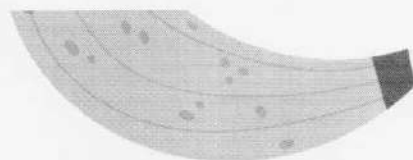
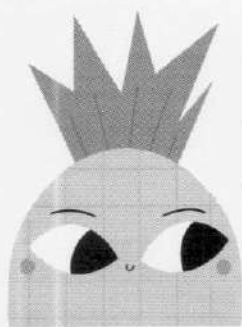
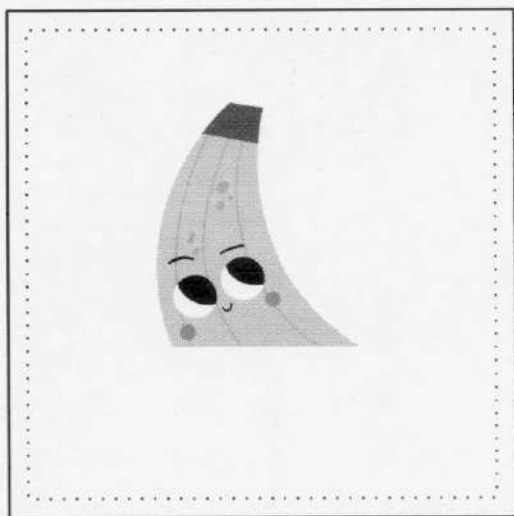
Eles perderam uma parte no
caminho e precisamos delas
para montarmos uma refeição
muito gostosa!



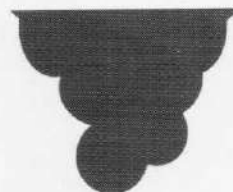
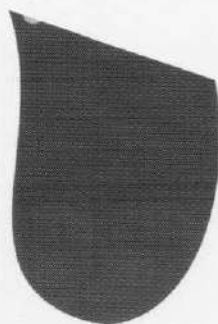
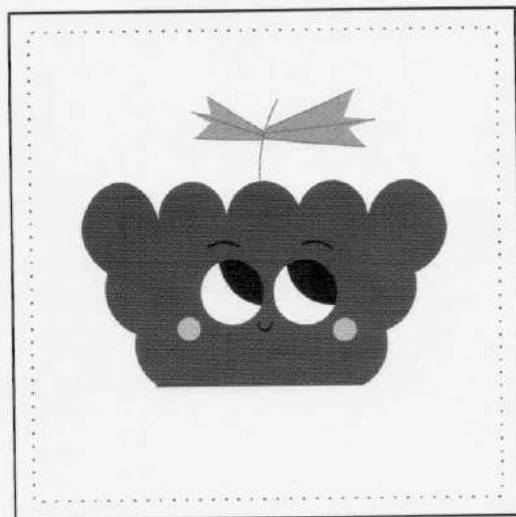
LEMBRA DE MIM? SOU A MAÇA
CIRCULE A OUTRA METADE DO
MEU CORPINHO?



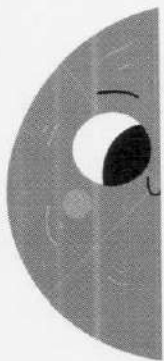
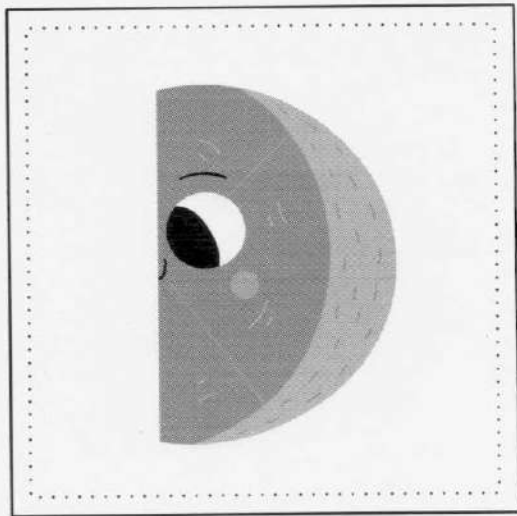
LEMBRA DE MIM? SOU A BANANA
CIRCULE A OUTRA METADE DO
MEU CORPINHO?



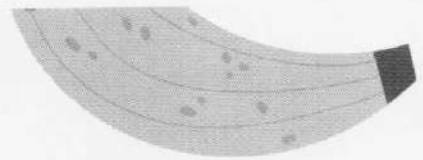
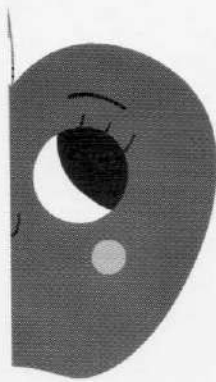
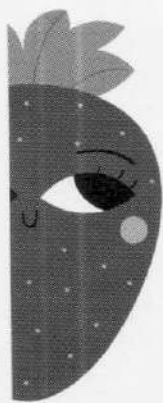
LEMBRA DE MIM? SOU A UVA
CIRCULE A OUTRA METADE DO
MEU CORPINHO?



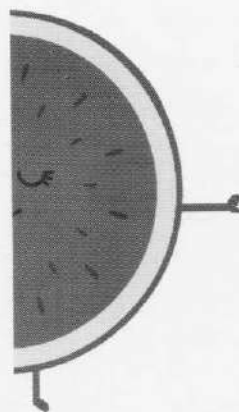
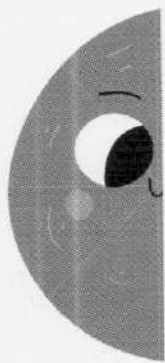
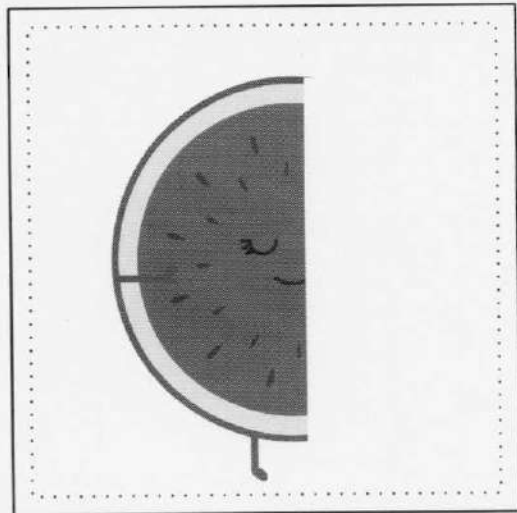
LEMBRA DE MIM? SOU A LARANJA
CIRCULE A OUTRA METADE DO
MEU CORPINHO?



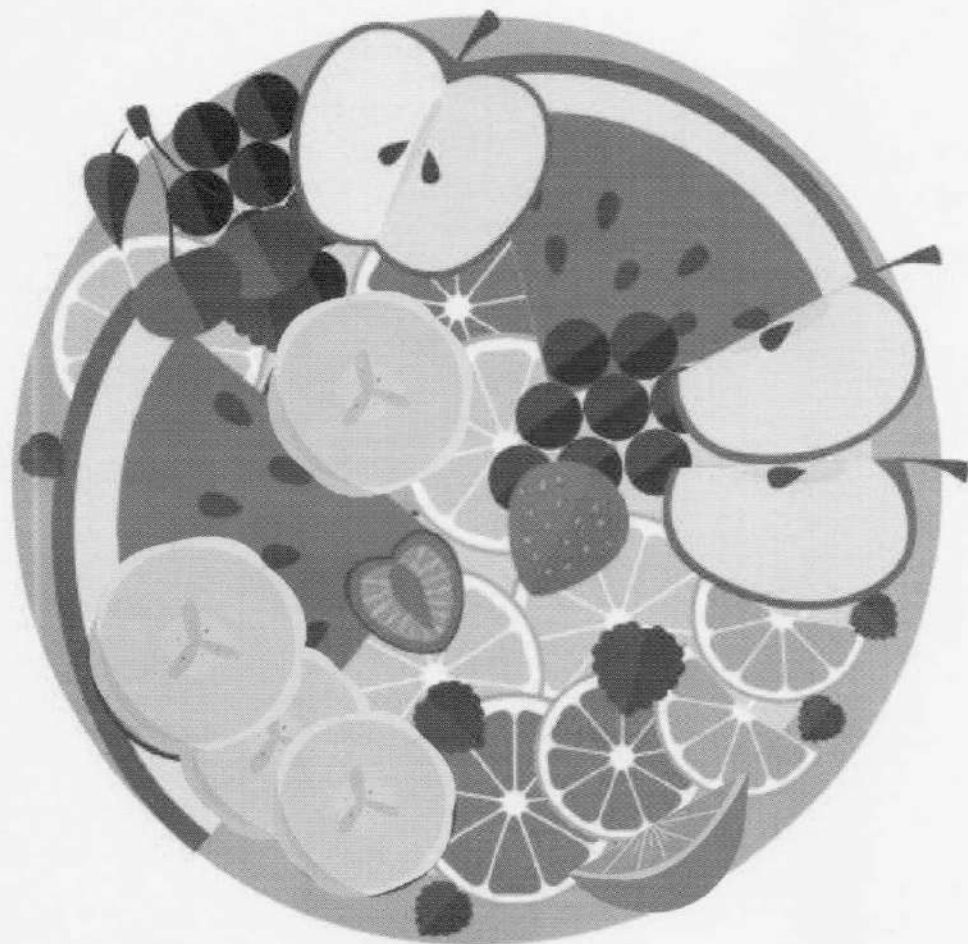
LEMBRA DE MIM? SOU O MORANGO
CIRCULE A OUTRA METADE DO
MEU CORPINHO?



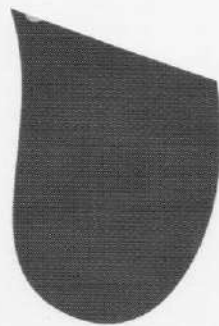
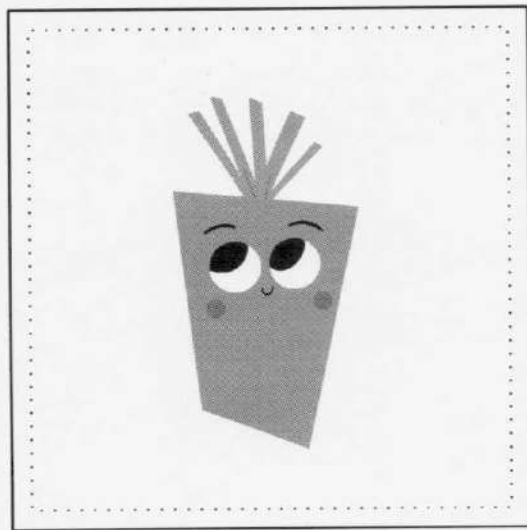
LEMBRA DE MIM? SOU A MELANCIA
CIRCULE A OUTRA METADE DO
MEU CORPINHO?



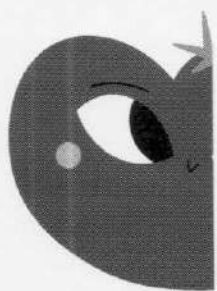
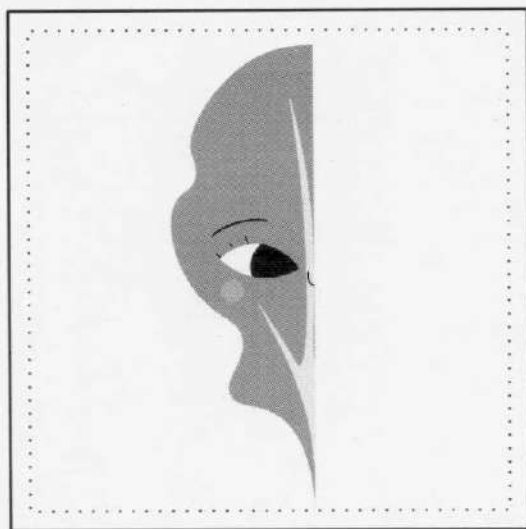
HUUUM AGORA QUE VOCÊ
TERMINOU, SUA SALADA DE FRUTA
ESTA PRONTA!



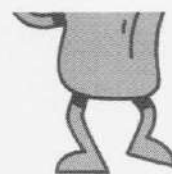
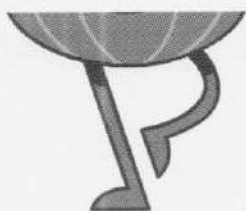
LEMBRA DE MIM? SOU A CENOURA
CIRCOLE A OUTRA METADE DO
MEU CORPINHO?



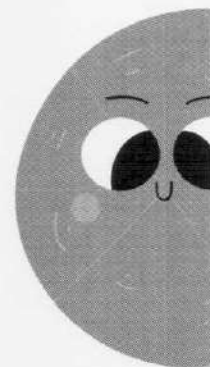
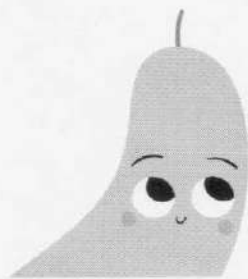
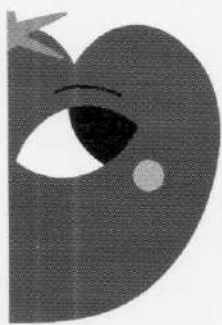
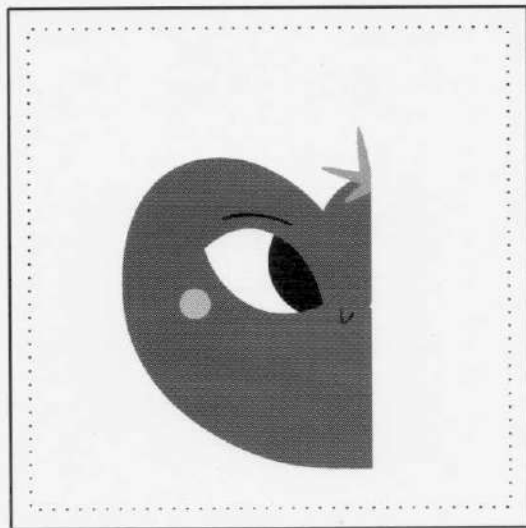
LEMBRA DE MIM? SOU A ALFACE
CIRCULE A OUTRA METADE DO
MEU CORPINHO?



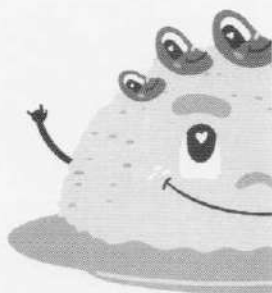
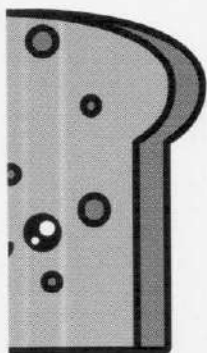
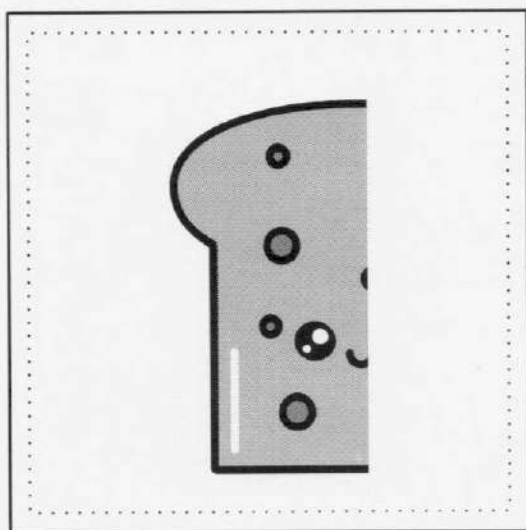
LEMBRA DE MIM? SOU A CEBOLA
CIRCOLE A OUTRA METADE DO
MEU CORPINHO?



LEMBRA DE MIM? SOU O TOMATE
CIRCULE A OUTRA METADE DO
MEU CORPINHO?



LEMBRA DE MIM? SOU O PÃO
CIRCOLE A OUTRA METADE DO
MEU CORPINHO?



HUUUM, NHÁC NHÁC
AGORA QUE VOCÊ TERMINOU, O SEU
SANDUÍCHE NATURAL ESTÁ PRONTO!



10 PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL

PASSO 01- Fazer de alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação.

PASSO 02- Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias.

PASSO 03- Limitar o consumo de alimentos processados

PASSO 04- Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados.

PASSO 05- Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia.

PASSO 06- Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados.

PASSO 07- Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias.

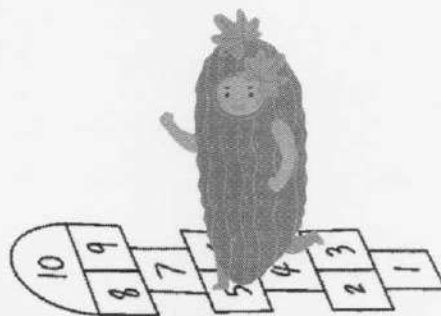
PASSO 08- Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece.

PASSO 09- Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora.

PASSO 10- Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais

VAMOS BRINCAR?

Agora que já aprendemos
sobre os alimentos, é a hora de
gastar essa energia
acumulada e brincar muito!!



CONTRIBUIÇÕES DA AMARELINHA PARA O DESENVOLVIMENTO

NOÇÃO DE ESPAÇO:

A criança fica delimitada a pisar nos espaços indicados da amarelinha. Com isso, seu filho aprende a se orientar no desenho, treinando a maneira de ir para frente e para trás, ou da direita para a esquerda.

FORÇA:

Quando seu filho salta dentre os números do trajeto, ele exercita os músculos gerando mais resistência. A partir disso, a amarelinha também pode prepará-lo para novos desafios no futuro, além de incentivar à prática de exercícios físicos.

ESTRATÉGIA:

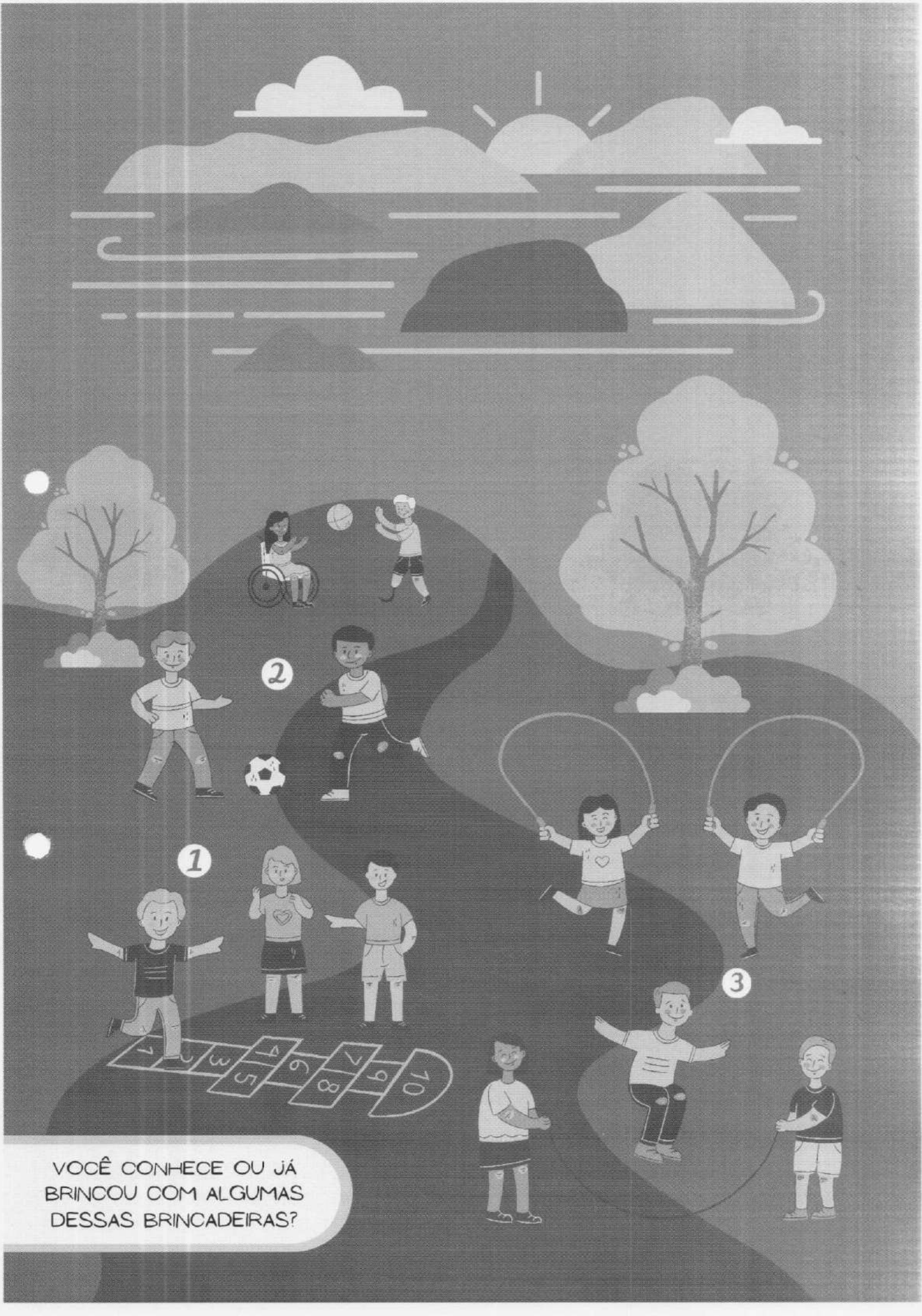
A brincadeira, apesar de divertida, não é apenas recreativa. Ela estimula as crianças, desde cedo, a refletirem a melhor maneira de se chegar ao objetivo: o céu. Desse maneira, seu filho elabora estratégias e cria uma noção de planejamento com suas decisões.

DESENVOLVIMENTO SOCIAL:

Apesar de ser possível brincar sozinho, a amarelinha geralmente é realizada com outras crianças. Ao brincar, seu filho faz novas amizades e inicia vínculos sociais. Além disso, a criança também aprende sobre respeito mútuo, ao esperar a vez para brincar.

PERSONALIDADE:

Ela estimula a persistência em alcançar o objetivo proposto na brincadeira. Indo além de ganhar e perder, a criança desenvolve o processo natural de ir atrás daquela necessidade, o que irá refletir em uma preparação para o futuro.



VOCÊ CONHECE OU JÁ BRINCOU COM ALGUMAS DESSAS BRINCADEIRAS?

COMO JOGAR AMARELINHA:

- 01- Desenhe 10 quadrados que levam até a casa céu.
- 02- Para começar, distribua uma pedrinha para cada jogador
- 03- Em seguida, decida a ordem de cada um deles.
- 04- O primeiro deve jogar a pedrinha no número 1 e pular (sem encostar nesta casa) até o céu.
- 05- É permitido apenas um pé em cada casa. Nas que forem duplas, a criança pode apoiar os dois pés no chão.
- 06- Quando chegar ao objetivo, a criança deve voltar pulando e pegar a pedrinha quando chegar na casa 2.
- 07- O mesmo jogador joga a pedrinha na casa dois e assim sucessivamente.
- 08- Ganha o jogo aquele que conseguir pular todas as casas primeiro.

A CRIANÇA SÓ PERDE QUANDO:

- 01- Pisar na casa onde está a pedrinha.
- 02- Não acertar a pedrinha no número indicado.
- 03- Pisar nas linhas do trajeto.
- 04- Não pegar a pedrinha do chão no caminho de volta.



E POR FIM VAMOS DEIXAR O QUARTINHO MAIS FELIZ?!

Depois de desenhar, colorir e brincar, decorar o ambiente vai ajudar a mudar um pouco a rotina do pequeno (a).
Então nas próximas páginas deixarei três pôsteres para imprimirem e deixar o quartinho mais divertido e fofo.

INSTRUÇÕES PRA IMPRESSÃO COM PDF::

- 01- Escolha o papel fotográfico gramatura 180.
- 02- Mude a configuração da impressora de papel comum para o tipo de papel fotográfico.
- 03- Escolha uma linda moldura.
- 04- Cole na parede com fita dupla face.

INSTRUÇÕES COM LIVRO JÁ IMPRESSO::

- 01- Destaque a folha
- 02- Escolha uma linda moldura para colocar.
- 03- Cole na parede com fita dupla face.







Depois de páginas cheias de cores,
sabores, alimentos saudáveis e muito
aprendizado chegamos ao fim dessa
fase. Continue se alimentando bem e
gastando muita energia até nos
encontrarmos na próxima etapa!!!

ATÉ LOGO!



FICHA TÉCNICA

ELABORADO PELAS ACADÊMICAS DO CURSO DE
ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CATALÃO

BRUNA DE SOUZA MAGALHÃES

LARISSA AZEVEDO DOS SANTOS

MARIA FERNANDA COSTA TRONCHA GOMES

MICHELLE CAMPOS DA SILVA

ROSELAYNE FEITOZA CASSIMIRO

TALLITA CORREA SANTANA

ORIENTAÇÃO:

PROF.^ª. DRA. JULIANA MARTINS DE SOUZA.

PROF.^ª. ME. KAMYLLA GUEDES DE SENA.

UMA REALIZAÇÃO:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CATALÃO

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CATALÃO



REFERÊNCIAS

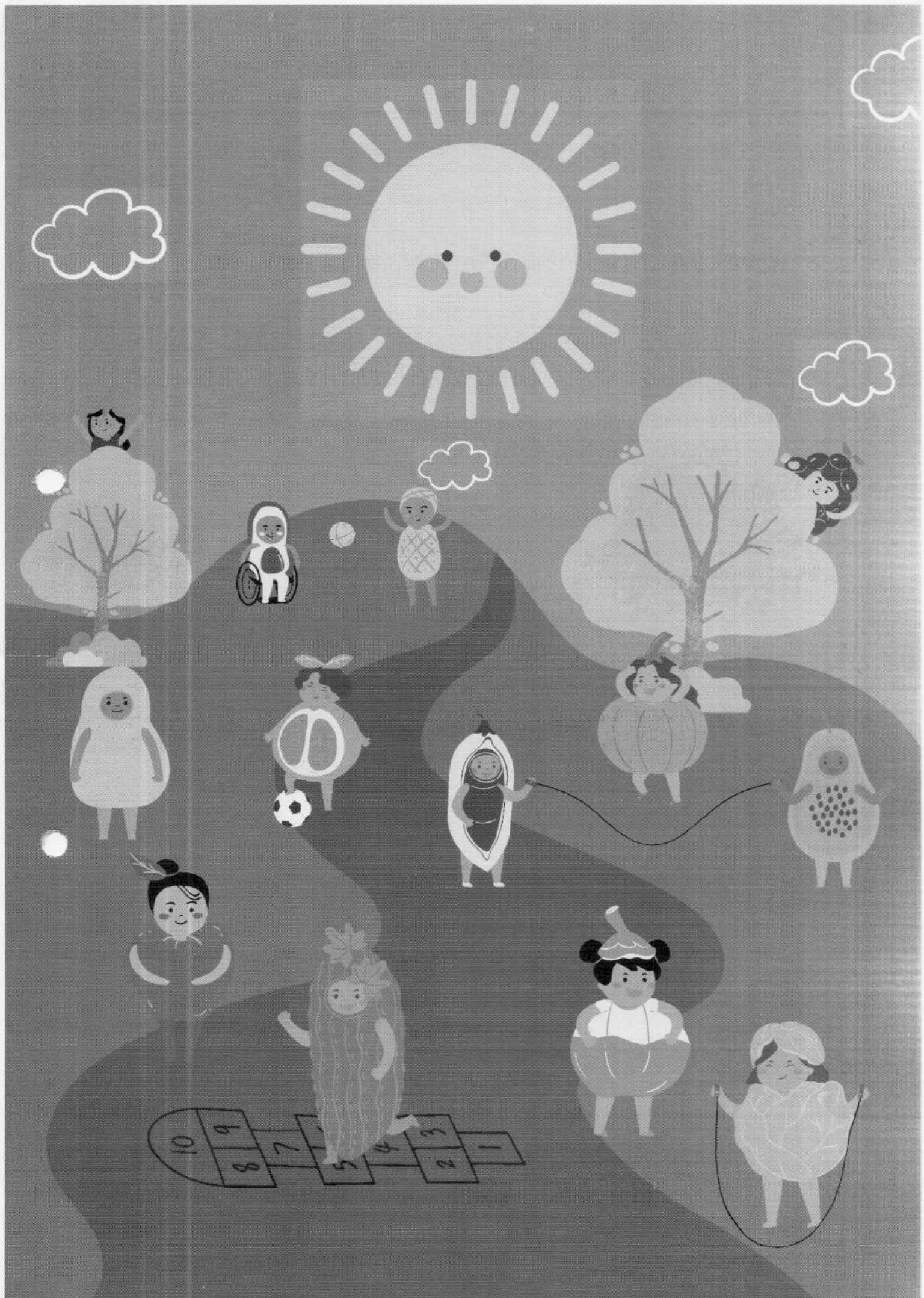
BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **CADERNETA DA CRIANÇA - MENINA**. 2ª EDIÇÃO [VERSÃO ELETRÔNICA]. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020B. DISPONÍVEL EM:

[HTTPS://BVSMMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/PUBLICACOES/CADERNETA_CRIANCA_MENINA_2ED.PDF](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_2ed.pdf). ACESSO EM: 04 JUL 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **CADERNO TEMÁTICO PRÁTICAS CORPORAIS, ATIVIDADES FÍSICA E LAZER**. [VERSÃO PRELIMINAR]. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015. DISPONÍVEL EM: [HTTP://189.28.128.100/DAB/DOCS/PORTALDAB/DOCUMENTOS/CADERNO_PRATICAS_CORPORAIS_ATIVIDADE-FISICA_LAZER.PDF](http://189.28.128.100/DAB/DOCS/PORTALDAB/DOCUMENTOS/CADERNO_PRATICAS_CORPORAIS_ATIVIDADE-FISICA_LAZER.PDF) ACESSO 29 JUL 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA A ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE, DO PRÉ-ESCOLAR, DO ESCOLAR, DO ADOLESCENTE E NA ESCOLA**/SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. DEPARTAMENTO DE NUTROLOGIA, 3ª. ED. RIO DE JANEIRO, RJ: SBP, 2012. 148 P. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.SBP.COM.BR/FILEADMIN/USER_UPLOAD/PDFS/14617A-PDManualNutrologia-Alimentacao.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/14617A-PDManualNutrologia-Alimentacao.pdf). ACESSO EM 30 JUL 2021.





NOME: _____

Joãozinho e a Lalá estão limpando o quintal e jogando fora toda a água parada das garrafas e latas para o mosquitinho da dengue não aparecer.


Vamos pintar esse desenho para deixá-lo bem bonito e colorido?




UFCAT
Universidade Federal de Catalão

AÇÕES DE COMBATE AO MOSQUITO

AEDYS
AEGYPTI



PROTEJA-SE

 CATALÃO

UFCAT
Universidade Federal de Catalão

DISCENTES:
ANA BEATRIZ ROSA
ERICA MAGÃO DE LIMA
GABRIELA ROSA SILVA
ISADORA VIEIRA NETTO RABELO
JORDANA ALELUIA CASTILHO
KAREN CRISTINY DIAS LOURENÇO

DOCENTES:
PROFª DRA JULIANA MARTINS DE SOUZA E
PROFª KAMYLLA GUEDES DE SENA

FONTE: BRASIL, 2019. COMBATE AO AEDYS AEGYPTI: PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA.

INSTITUTO OSWALDO CRUZ (IOC/UNICAMP), 2019. CURIOSIDADES SOBRE O AEDYS AEGYPTI.

O QUE É O MOSQUITO AEDYS AEGYPTI?

O AEDYS AEGYPTI É O NOME CIENTÍFICO DE UM MOSQUITO OU PERNILONGO QUE TRANSMITE A DENGUE, FEBRE AMARELA URBANA, ALÉM DA ZIKA E DA CHIKUNGUNYA, DOENÇAS CHAMADAS DE ARBOVIROSES.



POSSUI UMA CARACTERÍSTICA QUE O DIFFERENCIA DOS OUTROS MOSQUITOS: TEM E AS PERNICIAS DA LÍNGUA BRANCA EM FORMA DE SETA E PERNAS.



O AEDYS AEGYPTI É ORIGINÁRIO DA ÁFRICA.



QUAL O CICLO DO MOSQUITO Aedes Aegypti?



O CICLO DE VIDA DO MOSQUITO Aedes Aegypti COMPREENDE QUATRO FASES: OVO, LARVA, PUPA E ADULTO. A FÊMEA, NO ENTANTO, NECESSITA DE SANGUE HUMANO PARA O AMADURECIMENTO DOS OVOS, QUE SÃO DEPOSITADOS SEPARADAMENTE NAS PAREDES INTERNAS DOS OBJETOS PRÓXIMOS A SUPERFÍCIES DE ÁGUA, LOCAL QUE LHEZ OFERECE MELHORES CONDIÇÕES DE SOBREVIVÊNCIA.

SINTOMAS MAIS COMUNS



- FEBRE ALTA COM INÍCIO SÚBITO;
- DOR DE CABEÇA;
- DOR ATRÁS DOS OLHOS, QUE PIORA COM O MOVIMENTO DELES;
- PERDA DO PALADAR E APETITE;
- NÁUSEAS E VÔMITOS;
- TONTURAS

- EXTREMO CANSAÇO;
- MANCHAS E ERUPÇÕES NA PELL SEMELHANTES AO SARAMPO, PRINCIPALMENTE NO TÓRAX E MEMBROS SUPERIORES;
- MOLEZA E DOR NO CORPO;
- DORES NOS OSSOS E ARTICULAÇÕES.

CURIOSIDADES

1. SÓ A FÊMEA PICA O HUMANO.



2. O Aedes Aegypti CHEGOU A SER ERRADICADO NO BRASIL.

3. O OVO É MENOR QUE UMA GRÃO DE AREIA.

4. SUAS LARVAS SOBREVIVEM TAMBÉM EM RESERVATÓRIOS POLUÍDOS.

AÇÕES DE COMBATE



- Manter bem tampado tonéis, caixas e barris de água;
- Lavar semanalmente com água e sabão tanques utilizados para armazenar água;
- Manter caixas d'água bem fechadas;
- Remover galhos e folhas de calhas;
- Não deixar água acumulada sobre a laje;
- Encher pratinhos de vasos com areia até a borda ou lava-los uma vez por semana;
- Trocar água dos vasos e plantas aquáticas uma vez por semana;
- Colocar lixos em sacos plásticos em lixeiras fechadas;
- Fechar bem os sacos de lixo e não deixar ao alcance de animais;
- Manter garrafas de vidro e latinhas de boca para baixo;
- Acondicionar pneus em locais cobertos;
- Fazer sempre manutenção de piscinas;
- Tampar ralos;
- Colocar areia nos cacos de vidro de muros ou cimento;
- Não deixar água acumulada em folhas secas e tampinhas de garrafas;
- Vasos sanitários externos devem ser tampados e verificados semanalmente;
- Limpar sempre a bandeja do ar condicionado;
- Lonas para cobrir materiais de construção devem estar sempre bem esticadas para não acumular água;
- Catar sacos plásticos e lixo do quintal.

**VOCÊ SABE O QUE É
VÍCIO?**

Hábito repetitivo
que degenera ou
causa prejuízos.

O alcoolismo e Tabagismo são vícios que causam inúmeros malefícios à saúde, como: cirrose, falência do fígado, AVC, hipertensão, enfisema pulmonar, câncer de pulmão, entre outros.

**LEMBRANDO QUE:
NARGUILÉ TAMBÉM É
TABACO!!**

Prevenção de
situações que
coloquem em
risco a
integridade
física e mental.

**COM
A
VIDA NÃO
SE BRINCA!**

Discentes: Andressa F. dos Santos, Cláudia F. de Moura, Eduarda Dias, Eduarda Oliveira, Isabela M. P. Rodrigues, Yandra Karol.

Docentes: Prof.Dr. Juliana Martins, Prof. Ms. Kamylla Guedes Sena.

Referências

Vício: Dicio, Dicionário Online de Português. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/vicio/> Acesso em: 05 de Agosto de 2021.
Krug EG et al, eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002. disponível em: <https://portaldeboaspraticas.ifi.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>.
DUPRET, L. Cultura de paz e ações sócio-educativas: desafios para a escola contemporânea revista História - Pascal. Esc. Educ. n.º Jun 2002. disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-85572002000100013>

ORGANIZAÇÃO

Disciplina Saúde da Criança e
Adolescente I. Curso de
Enfermagem.
UFCAT



Papa jovem

SE FOSSE BOM NÃO SE CHAMAVA DROGA!

O uso de crack e outras drogas causam destruição dos neurônios, câncer, desnutrição e diversos danos à saúde

Os vícios roubam sua liberdade, sua família, sua saúde, sua VIDA.

- Diga não;
- Escolha com cuidado suas companhias;
- Conte com o apoio de sua família;
- Seja um exemplo para seus amigos.

Violência

DE acordo com a organização mundial da saúde (OMS, 2012) define violência como sendo, qualquer uso da força ou poder para intimidar uma pessoa ou grupo.



TIPOS DE VIOLÊNCIA

- Física;
- Verbal;
- Psicológica;
- Sexual;
- Doméstica;
- Moral;
- Patrimonial.

Cultura de paz

Tem por objetivo o fim da violência e a promoção de prática da não violência por meio da educação, do diálogo garantindo todos os direitos humanos (DUPRET, 2002)



Em caso de violência
DISQUE 190
DENUNCIE!

A nossa prioridade
é que você
aprenda a cuidar
de si mesmo e dos
outros.

Realização:

Discentes: Andreia Cristina, Barbara Gonçalves,
Cristiany Rosa, Gabriel Lopes, Thauany Thairony
Vicente Fontoura.

Prof^o Kamylla Guedes e Juliana Martins

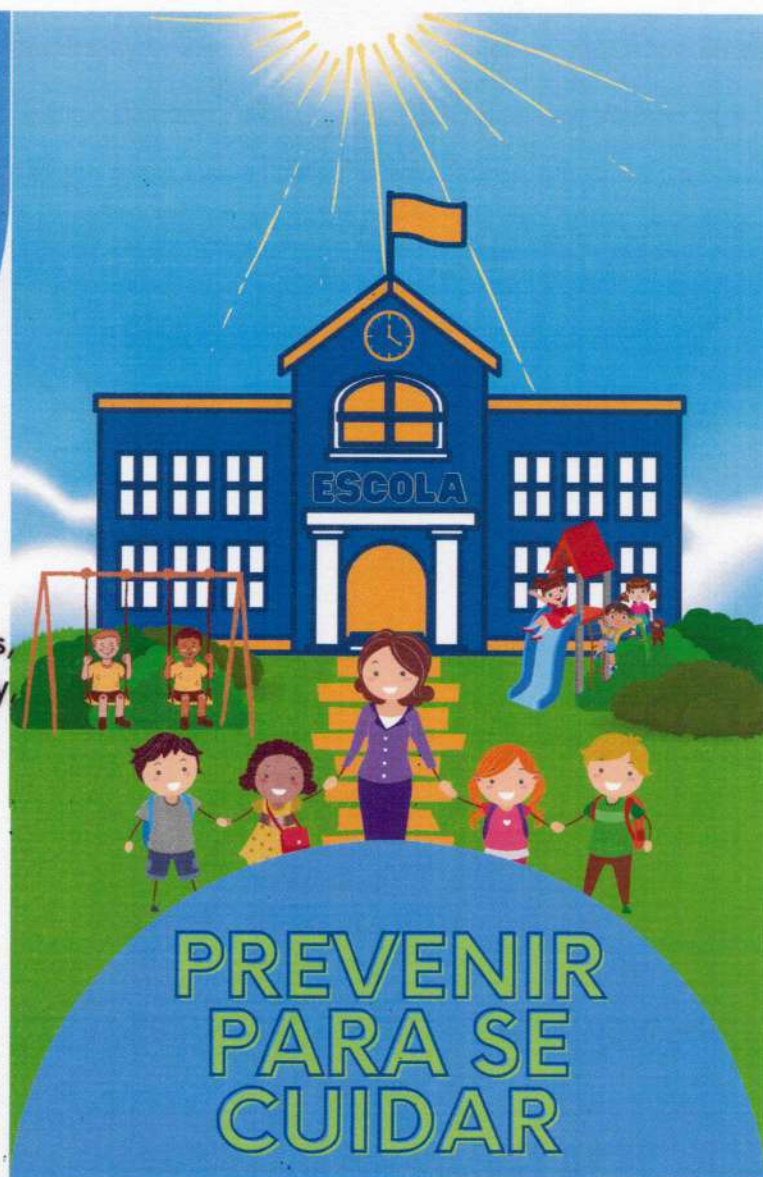
UFCAT

Universidade Federal de Catalão



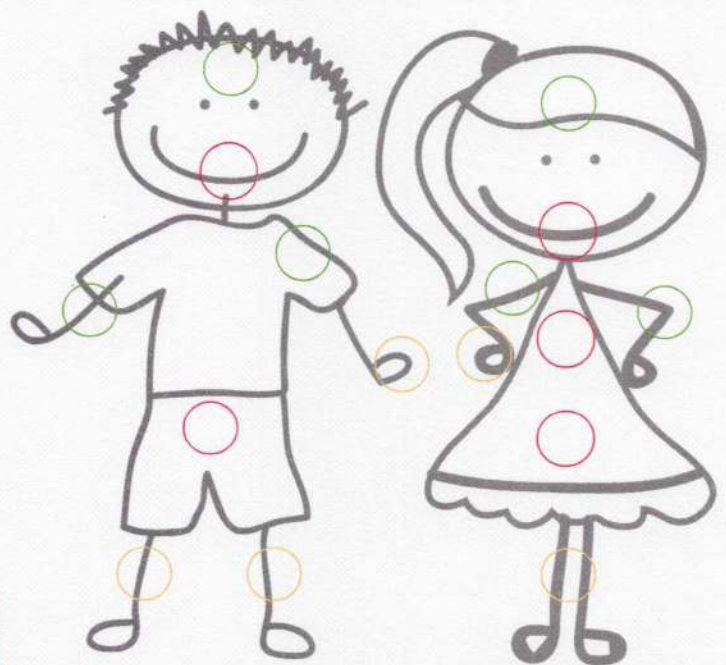
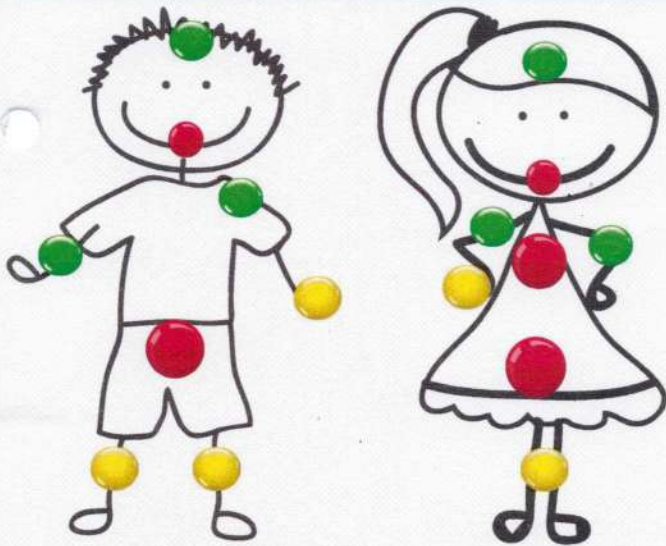
PREFEITURA DE
CATALÃO

Cidade que sonha e faz.



SEMÁFORO DO CORPO

AGORA É SUA VEZ DE PINTAR O SEMÁFORO





Caso alguém toque algum desses lugares que não são permitidos, avisar os pais, ou professores e diretores. Não guarde para si mesmo.

 Não pode tocar!

 Atenção, não pode tocar!

 Pode tocar!

 Não pode tocar!

 Atenção, não pode tocar!

 Pode tocar!



JOGO DA MEMÓRIA

UFCAT

Universidade Federal de Catalão

1





JOGO DA MEMÓRIA


UFMAT

2



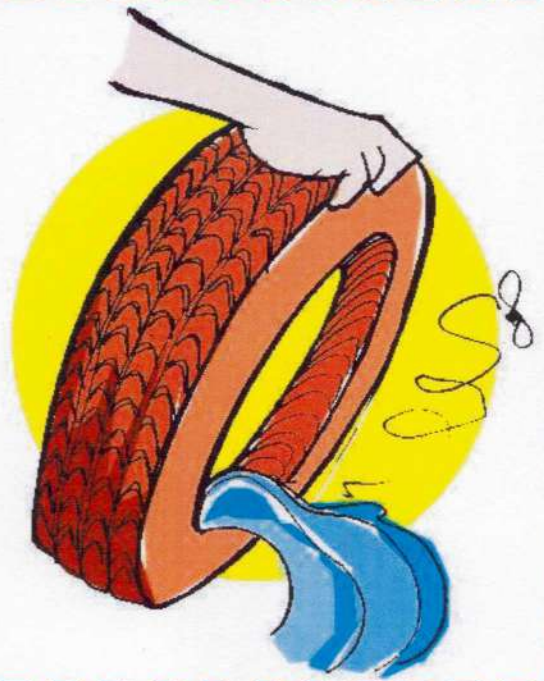


JOGO DA MEMÓRIA

UFCAT

Universidade Federal de Catalão

3





JOGO DA MEMÓRIA

UFCAT

Universidade Federal de Catalão

4





JOGO DA MEMÓRIA

UFCAT

Universidade Federal de Catalão

5





JOGO DA MEMÓRIA

UFCAT

Universidade Federal de Catalão

6





JOGO DA MEMÓRIA

UFCAT

Universidade Federal de Catalão

7

SINTOMAS DA DENGUE



FEBRE ALTA



DOR DE CABEÇA



DORES NO CORPO



MANCHAS NA PELE



VÔMITOS



FRAQUEZA E CANSAÇO



JOGO DA MEMÓRIA

UFCAT

Universidade Federal de Catalão



8



JOGO DA MEMÓRIA

UFCAT

Universidade Federal de Catalão

9





JOGO DA MEMÓRIA

UFCAT

Universidade Federal de Catalão

1

Manter os sacos de lixo bem fechadas e fora do alcance de animais até o recolhimento pelo serviço de limpeza urbana.



JOGO DA MEMÓRIA

UFCAT

Universidade Federal de Catalão

2

Encha de areia até a borda os pratinhos de vasos de planta.



JOGO DA MEMÓRIA

UFCAT

Universidade Federal de Catalão

3

Entregue os pneus velhos ao serviço de limpeza urbana ou guarde sem água em local coberto e abrigados da chuva.



JOGO DA MEMÓRIA

UFCAT

Universidade Federal de Catalão

4

Manter a caixa d'água completamente fechada para impedir que vire criadora do mosquito.



JOGO DA MEMÓRIA

UFCAT

Universidade Federal de Catalão

5

Remover folhas galhos e tudo que posso impedir a água de ocorrer pelas calhas.



JOGO DA MEMÓRIA

UFCAT

Universidade Federal de Catalão

6

Aedes aegypti é o mosquito transmissor da dengue. Menor do que os mosquitos comuns, é preto com listras brancas no tronco, na cabeça e nas pernas. Suas asas são translúcidas e o ruído que produzem é praticamente inaudível ao ser humano.



JOGO DA MEMÓRIA

UFCAT

Universidade Federal de Catalão

7

Os sintomas são febre alta, dor de cabeça, dores no corpo, manchas na pele, vômitos, fraqueza e cansaço..



JOGO DA MEMÓRIA

UFCAT

Universidade Federal de Catalão

8

O tratamento inclui ingestão de líquidos e analgésicos.



JOGO DA MEMÓRIA

UFCAT

Universidade Federal de Catalão

9

Os ovos não morrem no frio e nem em locais secos.



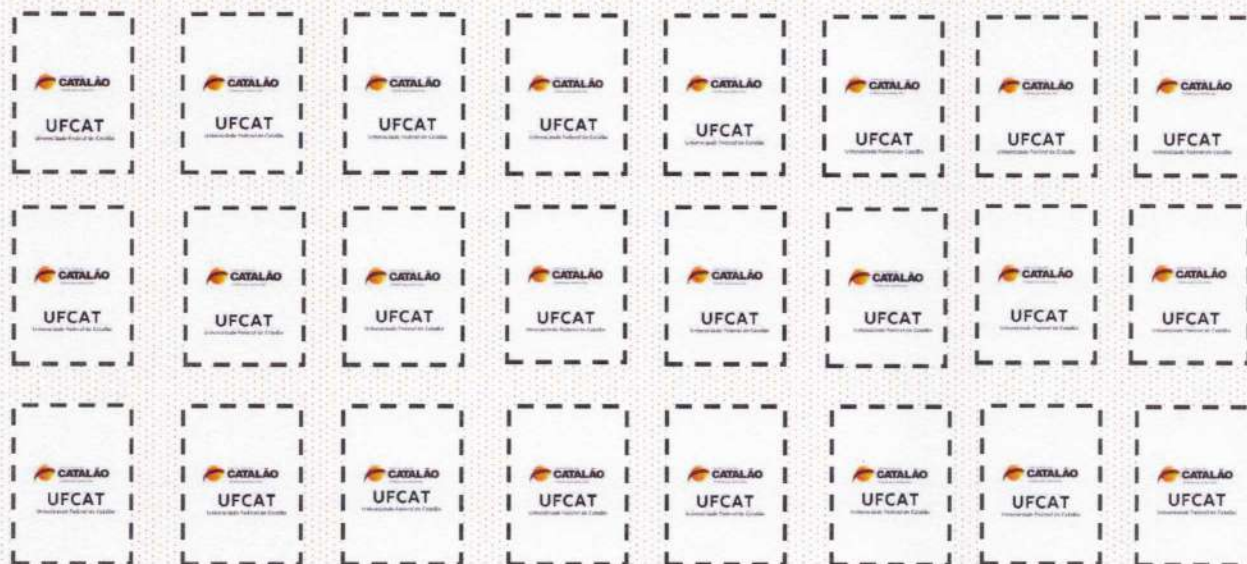
JOGO DA MEMÓRIA


Bem vindos! Gostaria de apresentar para vocês o jogo da memória. É um jogo muito legal que tem como objetivo treinar a sua concentração e atenção. A regra do jogo é simples, basta virar a carta escolhida memorizá-la em sua cabecinha todos os detalhes da figura. Dessa forma, ao virar a carta escolhida é necessário relembrar se já viu o par da figura no jogo, tentando a procurá-la. Lembra-se: peça ajuda de um adulto para recortar as cartas.



VERSO

Bem vindos! Gostaria de apresentar para vocês o jogo da memória. É um jogo muito legal que tem como objetivo treinar a sua concentração e atenção. A regra do jogo é simples, basta virar a carta escolhida memorizá-la em sua cabecinha todos os detalhes da figura. Dessa forma, ao virar a carta escolhida é necessário relembrar se já viu o par da figura no jogo, tentando a procurá-la. Lembra-se: peça ajuda de um adulto para recortar as cartas.





**MATERIAL ELABORADO PELAS
ACADÊMICAS DO CURSO DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CATALÃO**

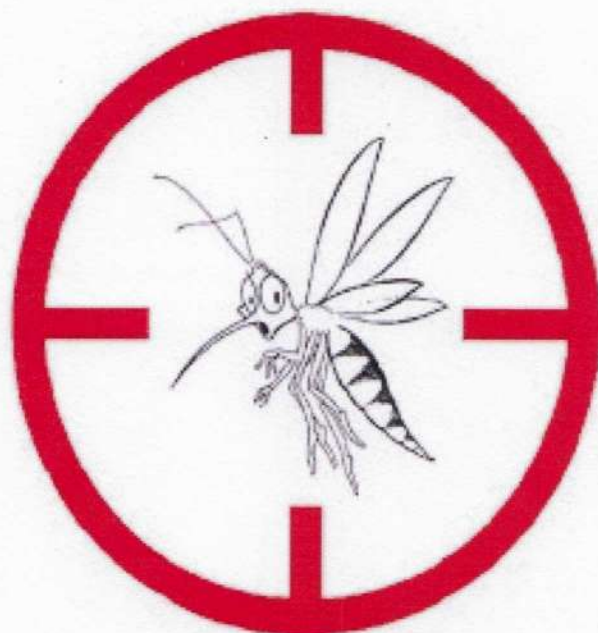
**ANDRESSA FERNANDES DOS SANTOS
EDUARDA DIAS DA SILVA
EDUARDA OLIVEIRA
CLAUDIA FERREIRA DE MOURA
ISABELA MORAES PERES RODRIGUES
YANDRA KAROL DA SILVA**

**ORIENTAÇÃO:
PROFA. DRA. JULIANA MARTINS DE SOUZA
PROFA. MA. KAMYLLA GUEDES SENA**

Nome: _____

Professor(a): _____

Escola: _____



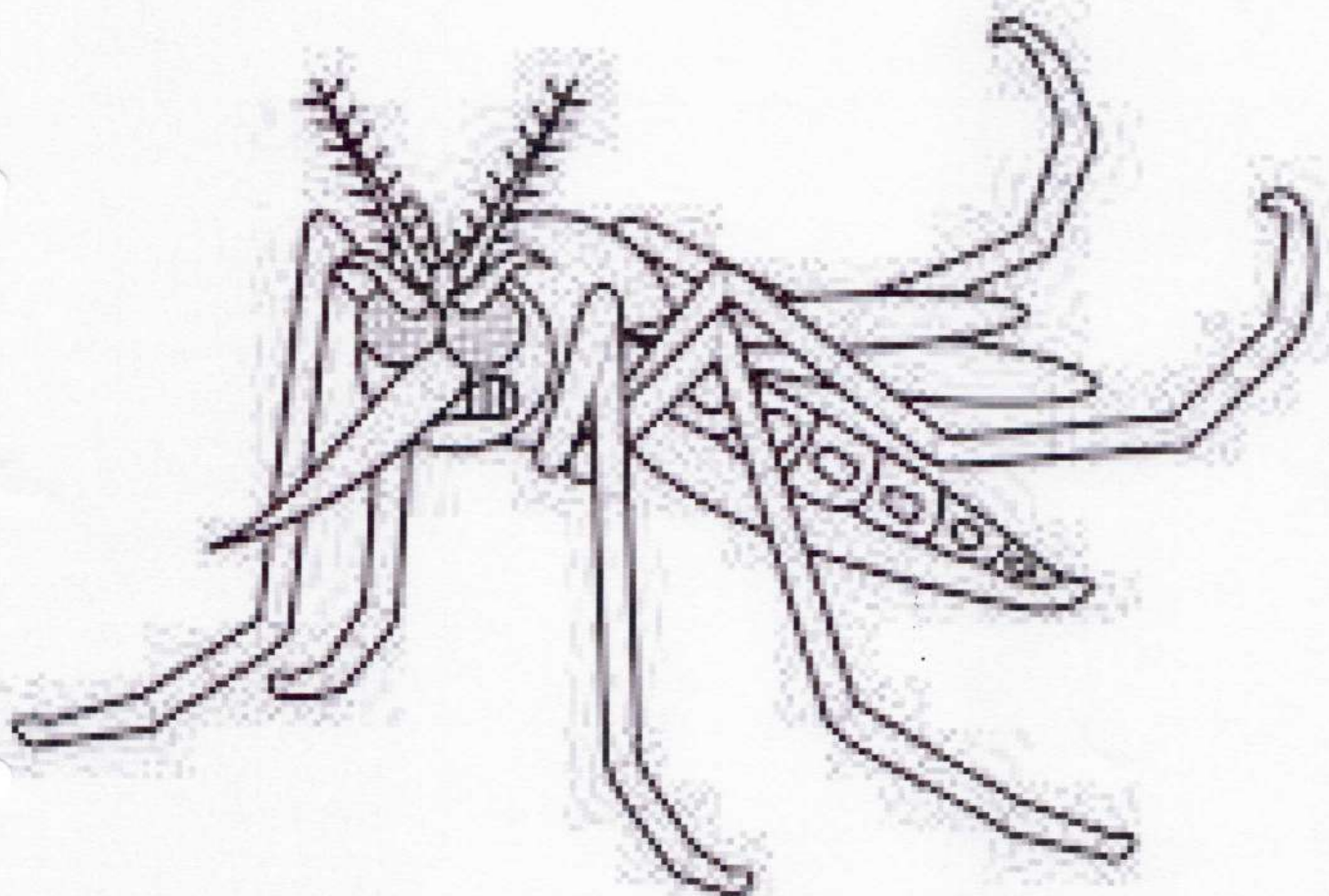
LIVRINHO PARA

COLORIR:

DENGUE

TODOS
CONTRA

DENGUE

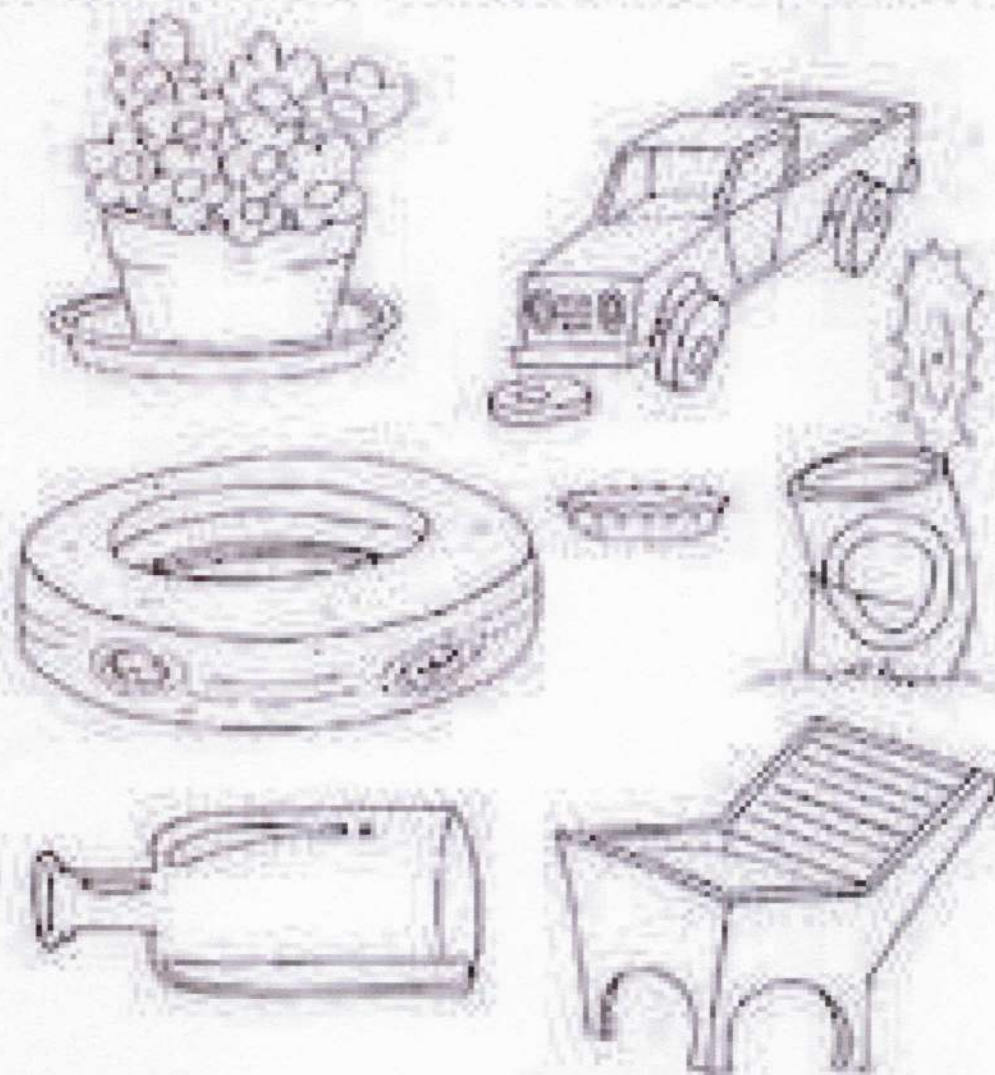


AEDES AEGYPTI

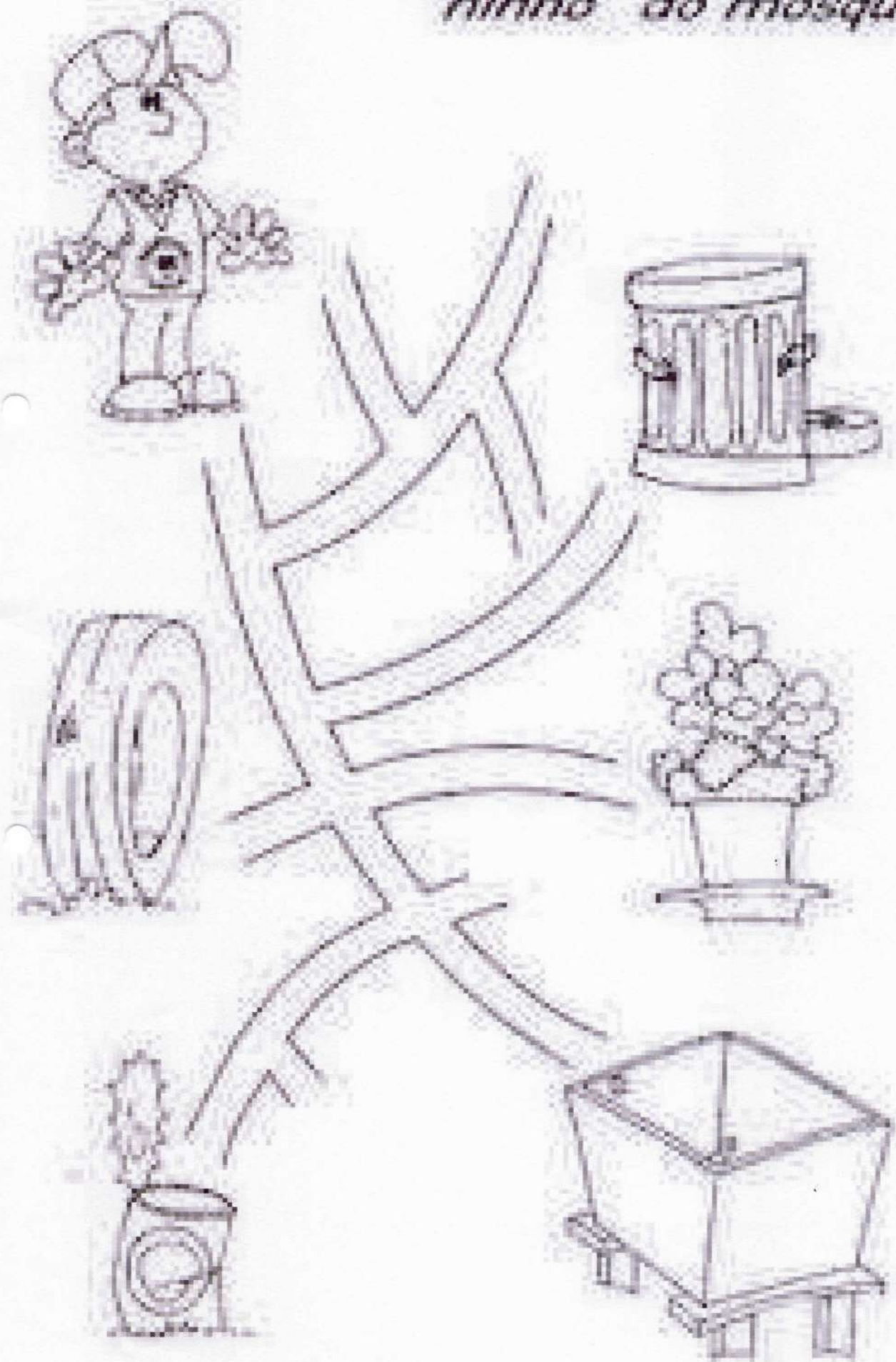


A fêmea deposita os ovos próximos à superfície da água nas paredes dos recipientes (vasos, brinquedos, pneus, tanques, garrafas, tampinhas de garrafas, latas, etc...).

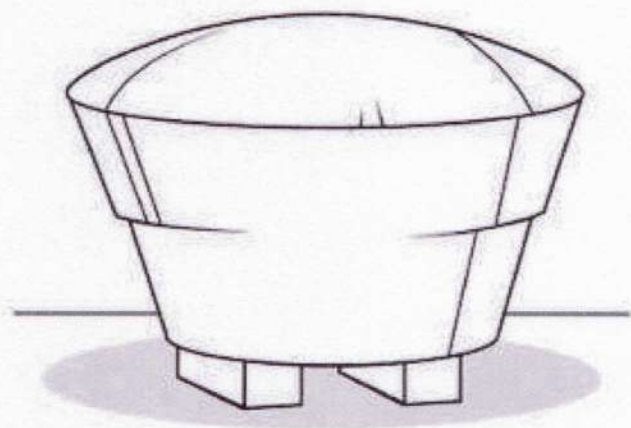
Marque com um X o local onde ficam os ovos.



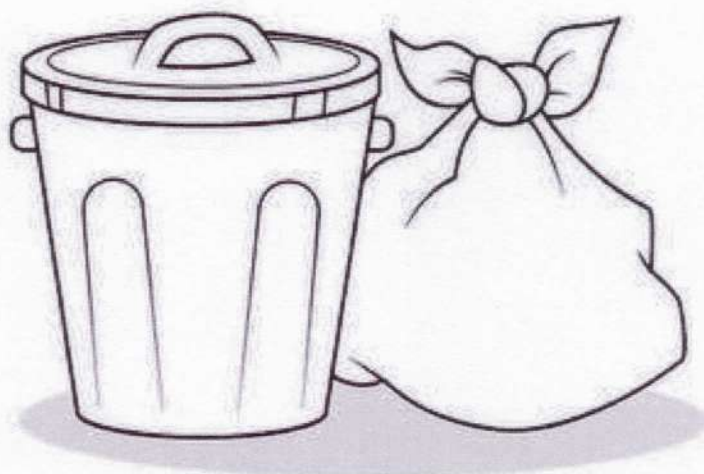
*Ajude a encontrar o
"ninho" do mosquito*



Vamos Colorir?

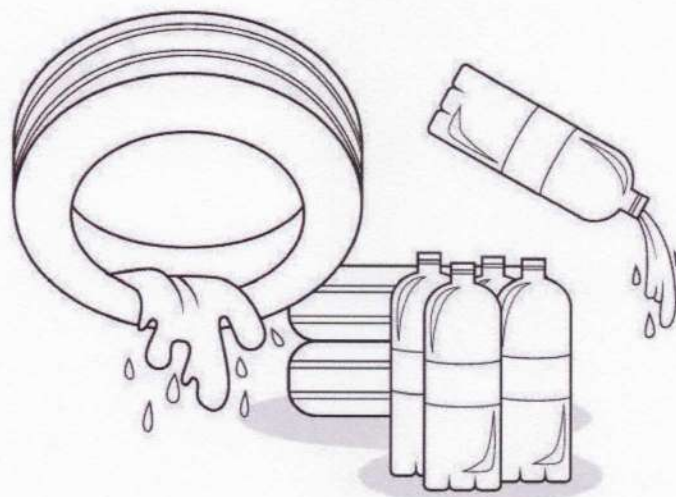


**MANTER A TAMPA DA
CAIXA D'ÁGUA FECHADA**



MANTER O LIXO FECHADO

Vamos Colorir?

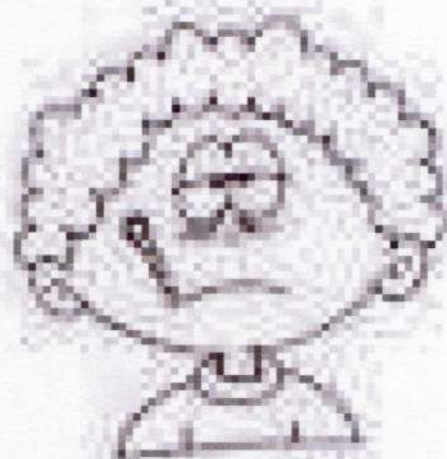


**ESVAZIAR GARRAFAS E
PNEUS COM ÁGUA PARADA**

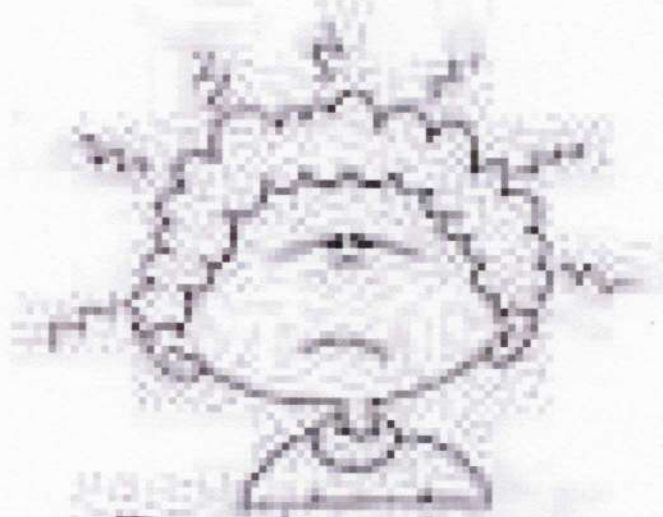


**MANTER PRATOS DE
PLANTAS SECOS**

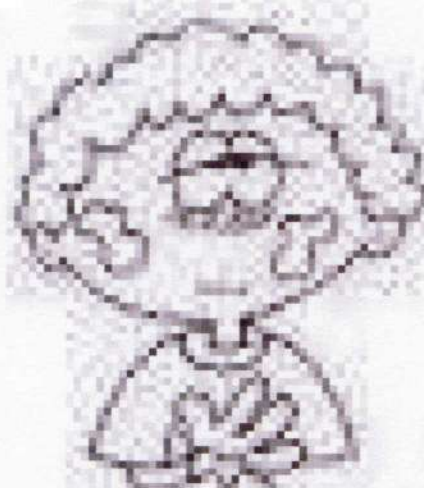
QUAIS SÃO OS SINTOMAS DA DENGUE?



Febre



Dor de cabeça



Manchas vermelhas



Fraqueza



Dores no corpo



DENGUE

Realização:

UFCAT

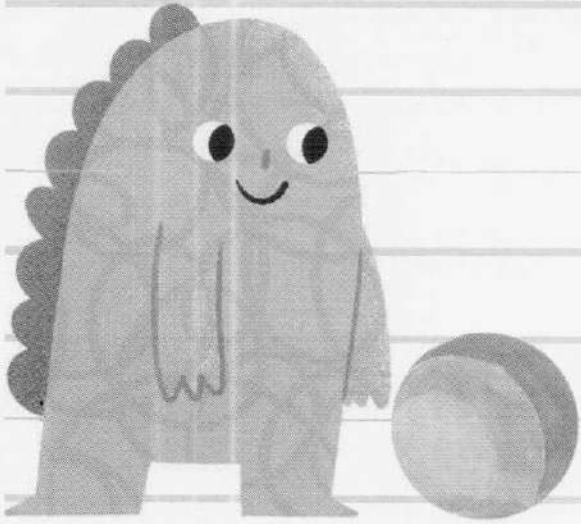
Universidade Federal de Catalão



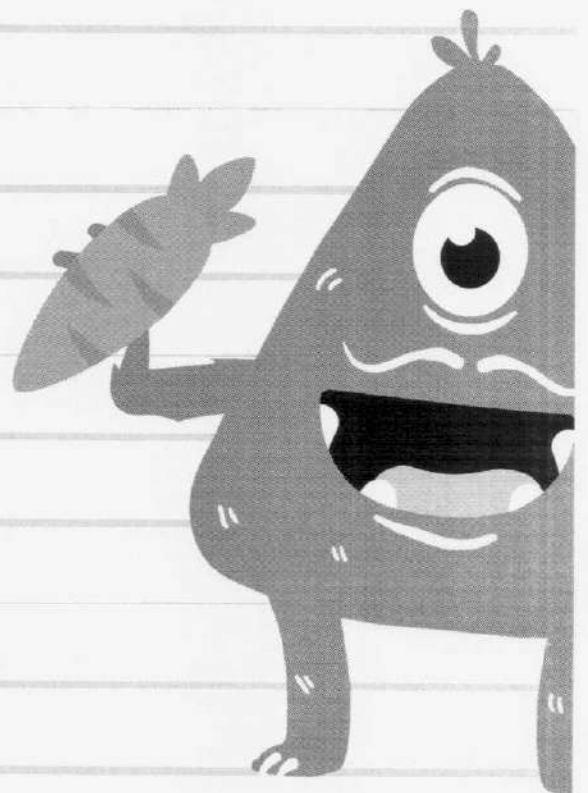
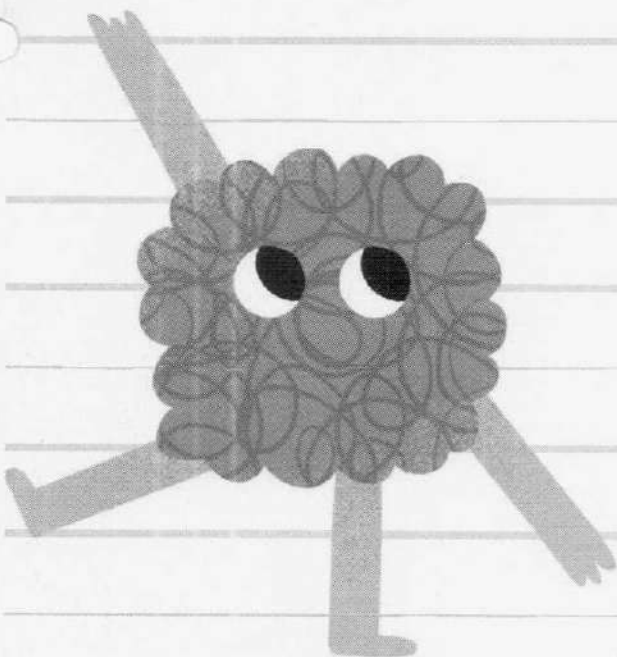
Disciplina de Saúde da Criança e do Adolescente

Docentes: Juliana Martins de Souza e Kamylla
Guedes Sena.

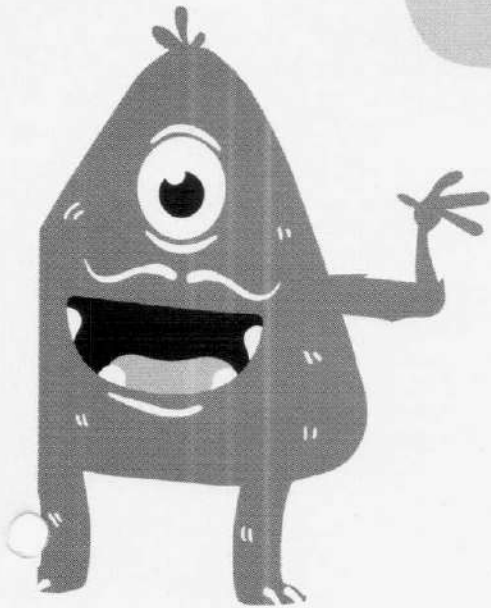
Discentes: Ana Beariz Rosa, Érica Magão, Gabriela
Rosa, Isadora Netto, Jordana Castilho, Karen Cristiny.



O INCRÍVEL PLANETA SAUDÁVEL

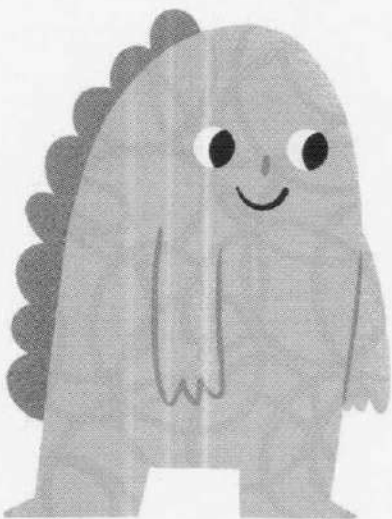
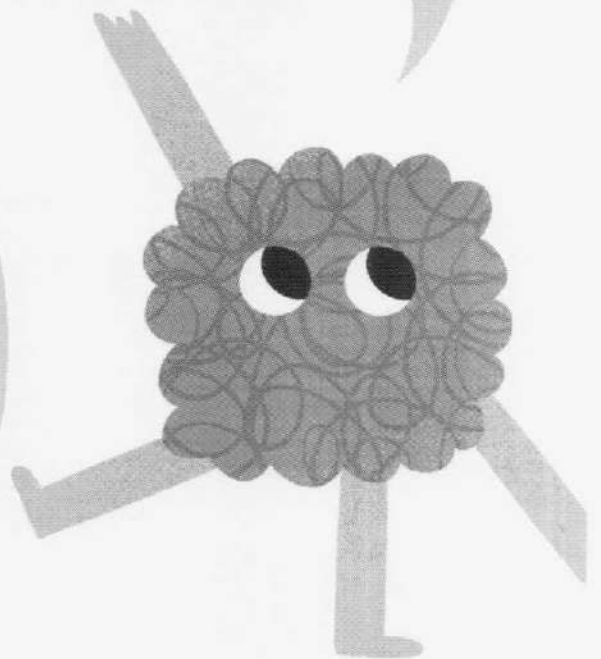


SAUDAÇÕES MINI TERRÁQUEO (A), ME CHAMO LUF DO PLANETA AES-21.
UM LUGAR A 7 MIL ANOS LUZ DAQUI, REPLETO DE BRINCADEIRAS E
COISAS NOVAS PARA DESCOBRIR.
ESTAMOS AQUI EM MISSÃO DE PAZ E QUEREMOS ENSINA-LOS
A TEREM UMA VIDA MAIS SAUDÁVEL.

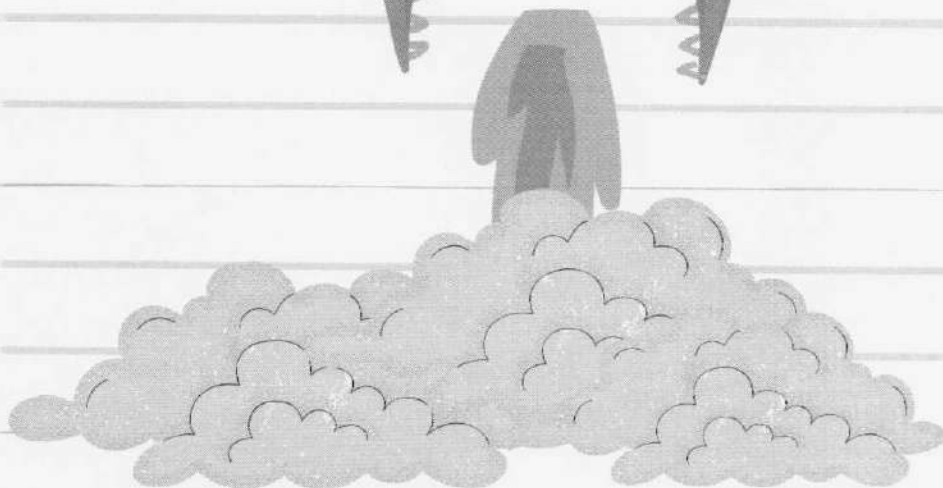
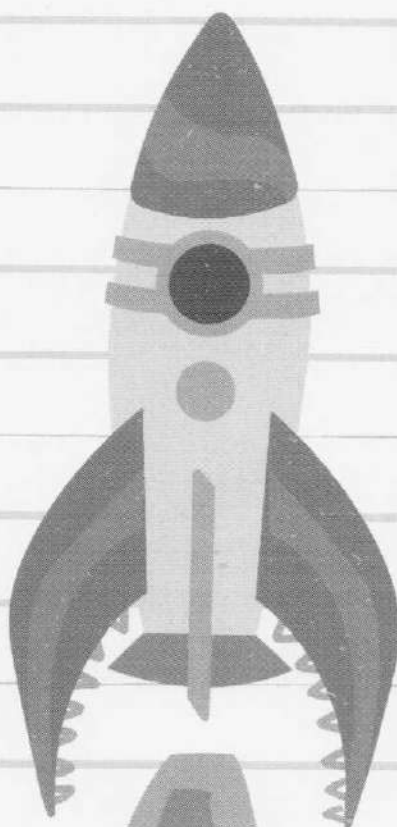
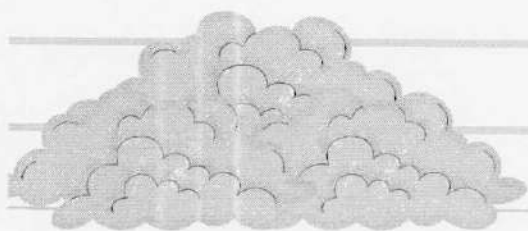
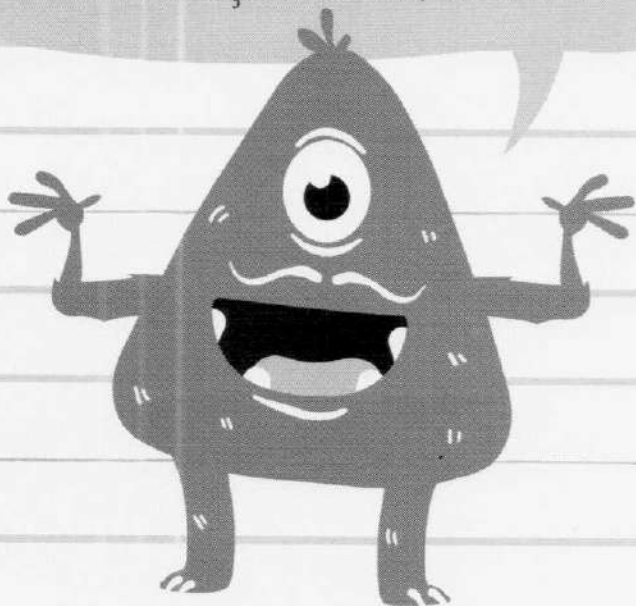


OLÁ HUMANINHO (A), MEU NOME É ZORO.
ESSA MISSÃO FOI DADA A NOSSA EQUIPE, POIS
REPARAMOS QUE VOCÊS CRIANÇAS, ANDAM
COMENDO MUITA BOBEIRA E ESTÃO MUITO
TEMPO NA FRENTE DO CELULAR.

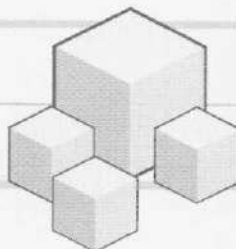
É... OI PEQUENINO (A), ME CHAMO ZARA, E FICO FELIZ
EM MOSTRAR UM POUCO DO NOSSO MUNDO E AJUDAR
VOCÊS A TEREM UMA VIDA MAIS SAUDÁVEL. ENTÃO,
QUEREMOS MUITO QUE NOSSA MISSÃO AQUI NA TERRA
SEJA CUMPRIDA. ESTÁ PRONTO (A)?



ANOTA AÍ TERRÁQUEO (A), VAMOS INICIAR NOSSA
VIAGEM PELA ALIMENTAÇÃO. APERTE O CINTO
PARA O LANÇAMENTO EM 3...2...1

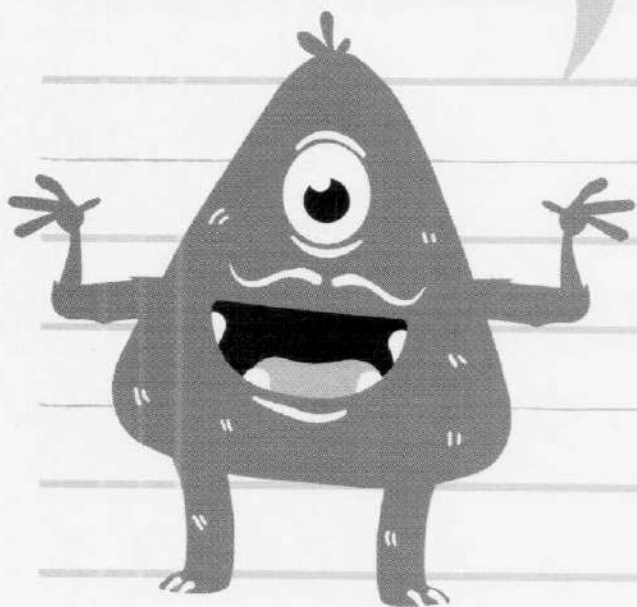
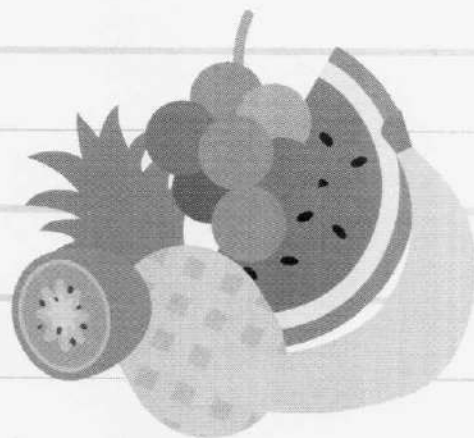


- O açúcar, se consumido em grande quantidade pode levar a doenças graves como a Diabetes, obesidade e doenças no coração.



Para diminuir a chance de sofrer com alguma dessas doenças, você pode escolher por incluir mais frutas em sua alimentação. Além de gostosas, elas possuem fibras e nutrientes para manter seu corpinho saudável.

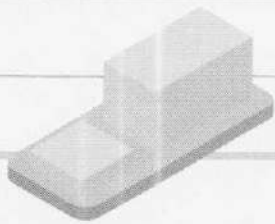
VOCÊ SABIA QUE ALGUNS ALIMENTOS QUE VOCÊ CONSUME DIARIAMENTE, PODEM FAZER MAL SE CONSUMIDOS EM EXCESSOS?



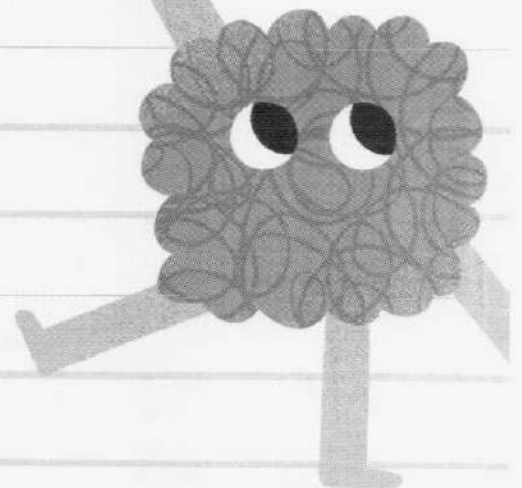
- O sal e as gorduras em excesso, colaboram para doenças como a pressão alta e obesidade



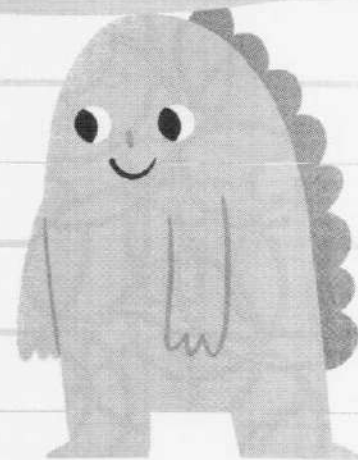
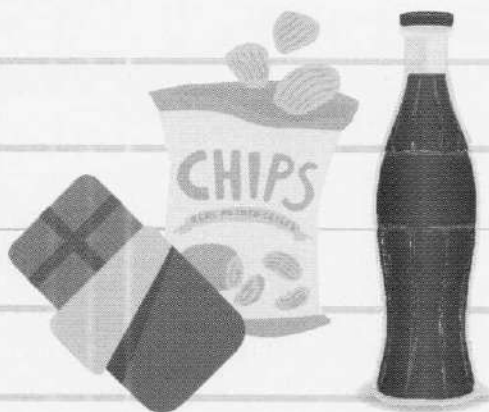
Por isso, no planeta AES-21, os moradores escolhem comer alimentos com menos sal e utilizam pequenas quantidade de gordura nos preparos das nossas receitas.



ALÉM DO AÇÚCAR, TEMOS O SAL E AS GORDURAS QUE TAMBÉM FAZEM MUITO MAL PARA VOCÊS HUMANOS E PARA NÓS ALIENÍGENAS!



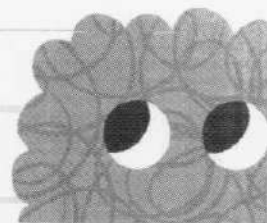
EI PESSOAL, NÃO ESQUEÇAM DE FALAR DOS ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS PARA O NOSSO (A) AMIGUINHO (A) DA TERRA.



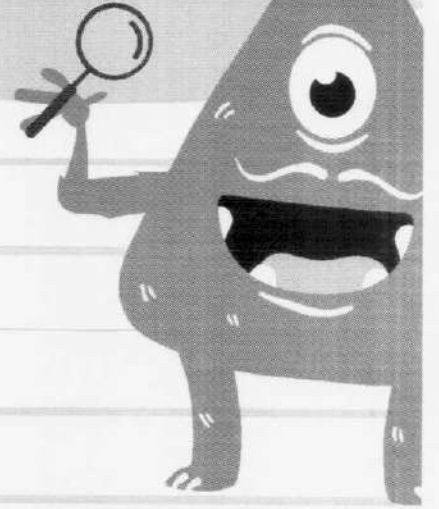
- Esses alimentos são feitos a base de óleos, gorduras, açúcar e amido modificado ou, ainda, alguns ingredientes criados em laboratório como corantes, aromatizantes e entre muitos outros.

E existem milhares de alimentos que são criados assim, como os salgadinhos, chocolates, mortadela, refrigerantes e entre outros.

ESSES ALIMENTOS, QUANDO INGERIDOS COM FREQUÊNCIA CAUSAM VÁRIOS DANOS PARA A SAÚDE. POR ISSO, EVITE COMER OU COMA EM PEQUENA QUANTIDADE.

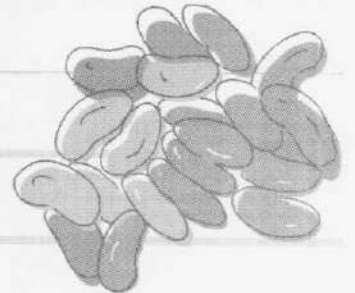


AGORA VAMOS CONHECER UM POUCO DOS ALIMENTOS
QUE TEM AQUI NA TERRA!



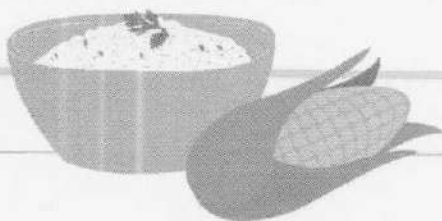
Leguminosas

Temos o feijão branco, feijão-fradinho, ervilhas, lentilhas, grão-de-bico e outras. E todas elas são fontes de proteínas, fibras, vitaminas e minerais, como ferro, zinco e cálcio.



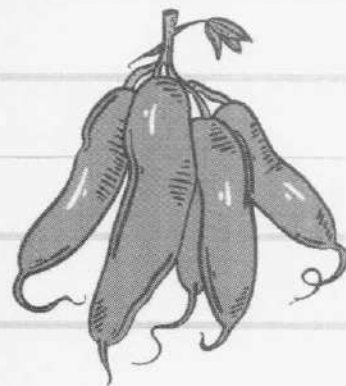
Cereais

Hmmm...o milho, o arroz e o trigo são alguns deles. Dá para fazer bolos, pães, macarrão e são fontes de carboidratos, fibras, vitaminas e minerais.



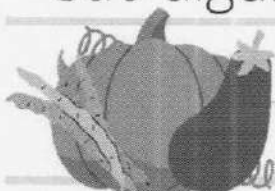
Raízes e Tubérculos

Mandioca, macaxeira, aipim, maniva e uaipi, esse alimento tem origem indígena e serve para o preparo da farinha e do beiju. É fonte de fibras, minerais e vitaminas, como o potássio e as vitaminas A e C.



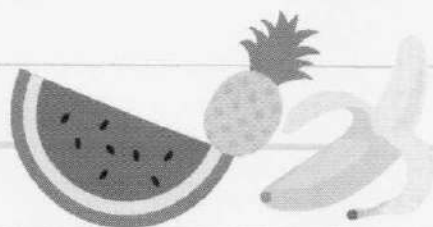
Legumes e Verduras

Você conhece a vagem, a abóbora e a berinjela? São alguns legumes e verduras e são ótimas fontes e de vitaminas, minerais e fibras, e fornecem um pouco de calorias



Frutas

Existem uma variedade muito grande de frutas aqui na Terra. Elas são fontes de fibras, vitaminas, minerais que ajudam para a prevenção de doenças.

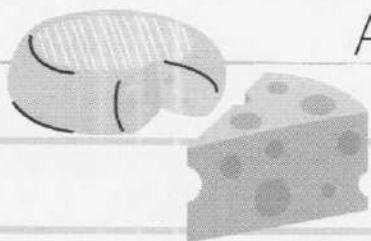


Leites e queijos

Leite e iogurtes naturais são ricos em proteínas, vitaminas (em especial, a vitamina A) e cálcio.

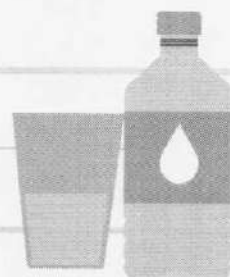
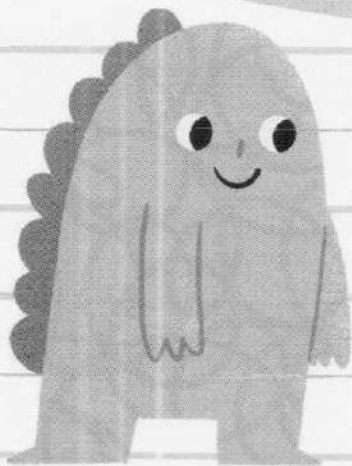


Os queijos são ricos em proteínas, vitamina A e cálcio, mas apresentam conteúdo elevado de gorduras e muito sal.

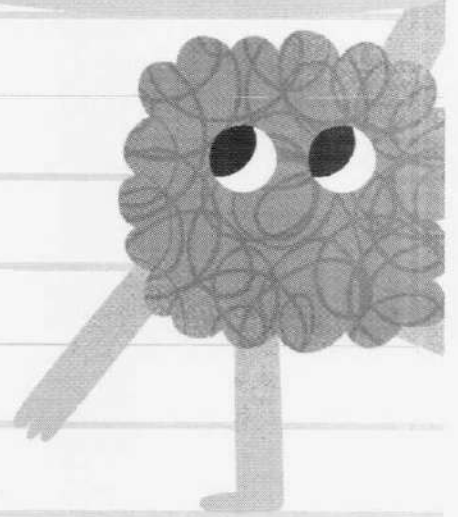


Por isso, não exagere!

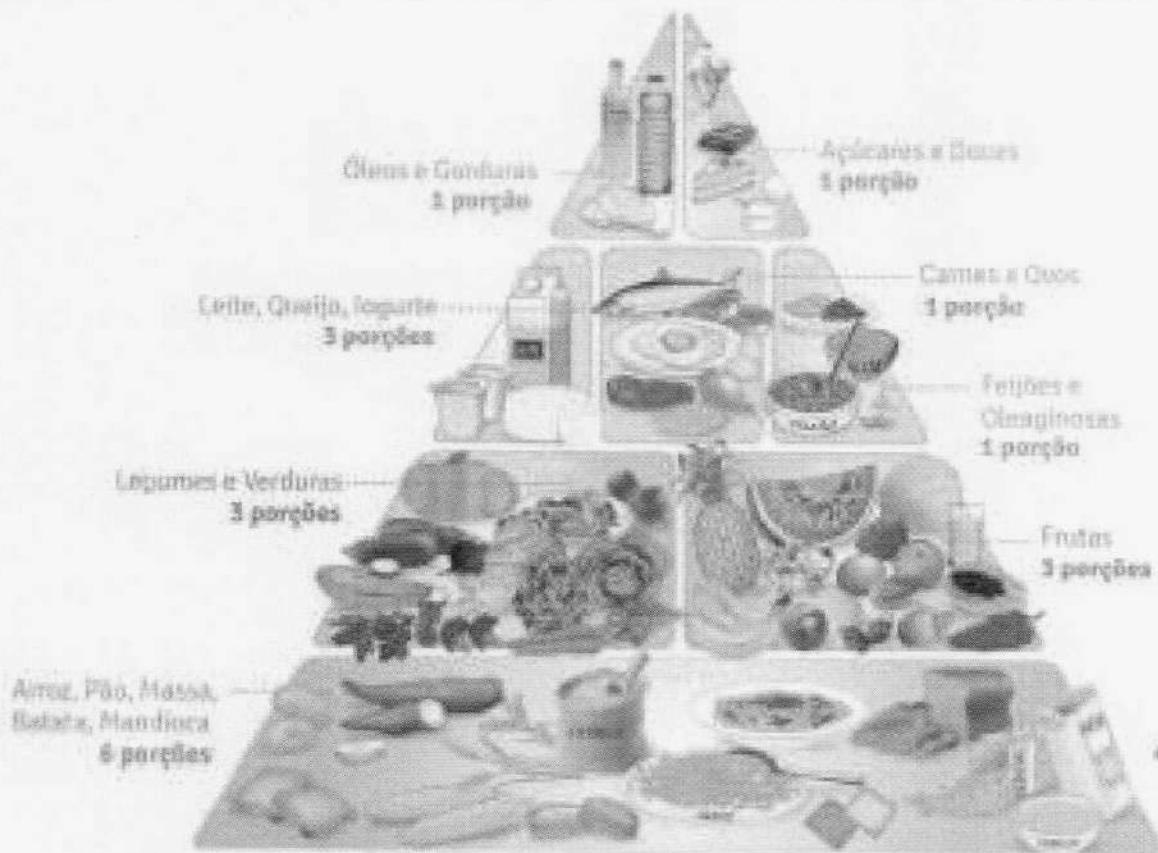
EI LUF, NÃO DEIXE DE FALAR DA ÁGUA. A ÁGUA É FUNDAMENTAL PARA A VIDA AQUI NA TERRA, NÃO ESQUEÇA DE BEBER ATÉ 1 LITRO DE ÁGUA POR DIA.

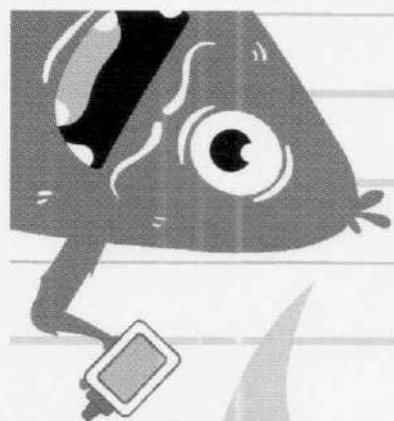


EI, VOCÊ SABIA QUE TODOS ESSES ALIMENTOS ESTÃO DENTRO DE UMA PIRÂMIDE, QUE PODE TE AJUDAR A ESCOLHER QUAIS ALIMENTOS COMER, DE ACORDO COM AS SUAS NECESSIDADES?

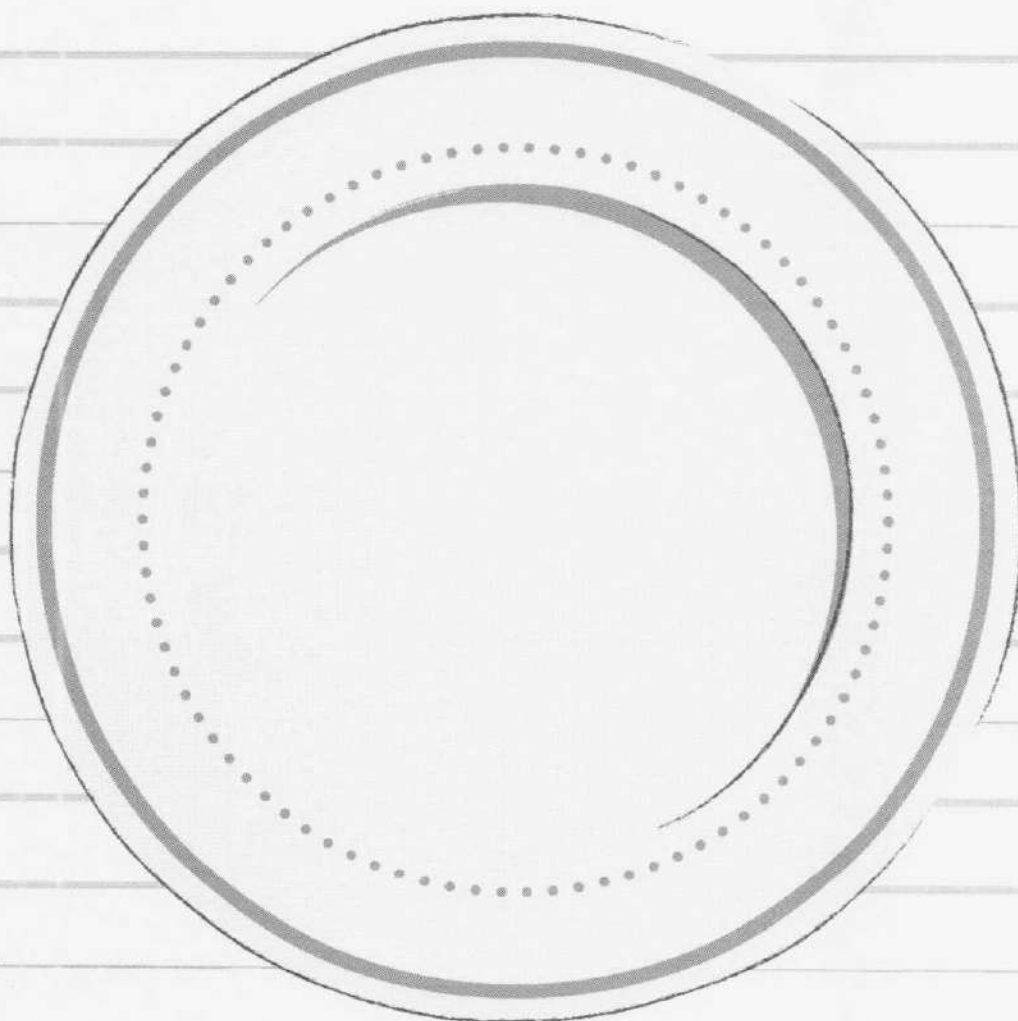


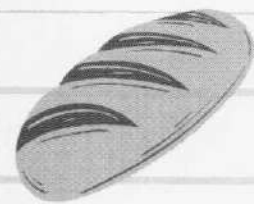
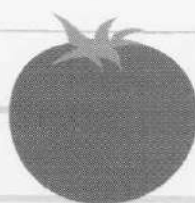
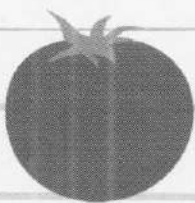
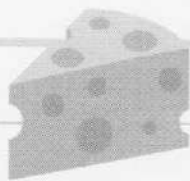
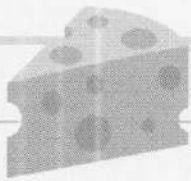
PIRÂMIDE DOS ALIMENTOS



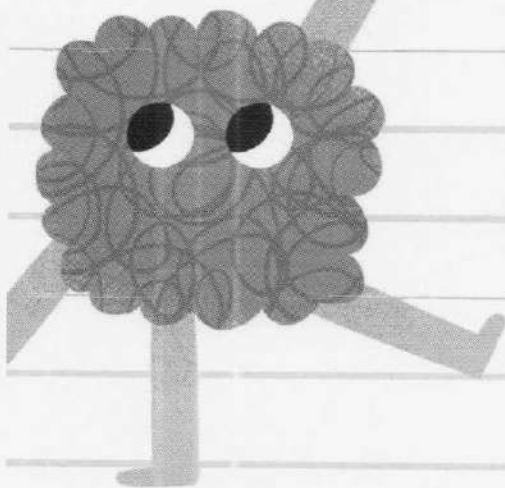
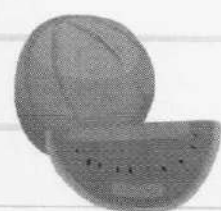
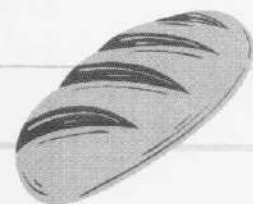


EI HUMANO (A), CHEGOU A HORA DE PRATICAR! NO FINAL DESSA CADERNETA TEM ALGUNS ALIMENTOS PARA VOCÊ MONTAR O SEU PRATO. QUEREMOS QUE VOCÊ ESCOLHA OS ALIMENTOS E FAÇA UMA REFEIÇÃO SAUDÁVEL, IGUAL A QUE COMEMOS NO PLANETA AES-21.

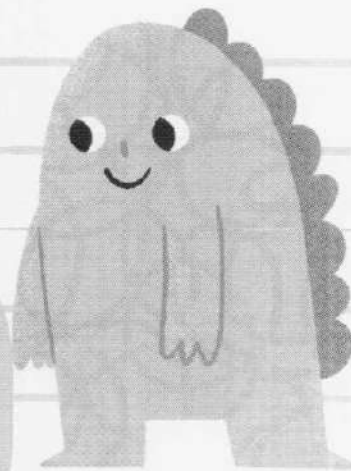




BOA LUF! TAMBÉM FAZ PARTE DO TREINAMENTO, TESTAR A
A SUA MEMÓRIA. VAMOS TREINAR UM POUCO E SE
DIVERTIR COM AS FIGURAS. RECORTE-AS COM A AJUDA DE
UM ADULTO E VAMOS LÁ!



OUVI FALAR QUE OS TERRÁQUEOS MANDAM
BEM NESSE JOGO! PROCURE AS PALAVRAS
ESCRITAS NO FINAL DA PÁGINA E DIVIRTA-SE!

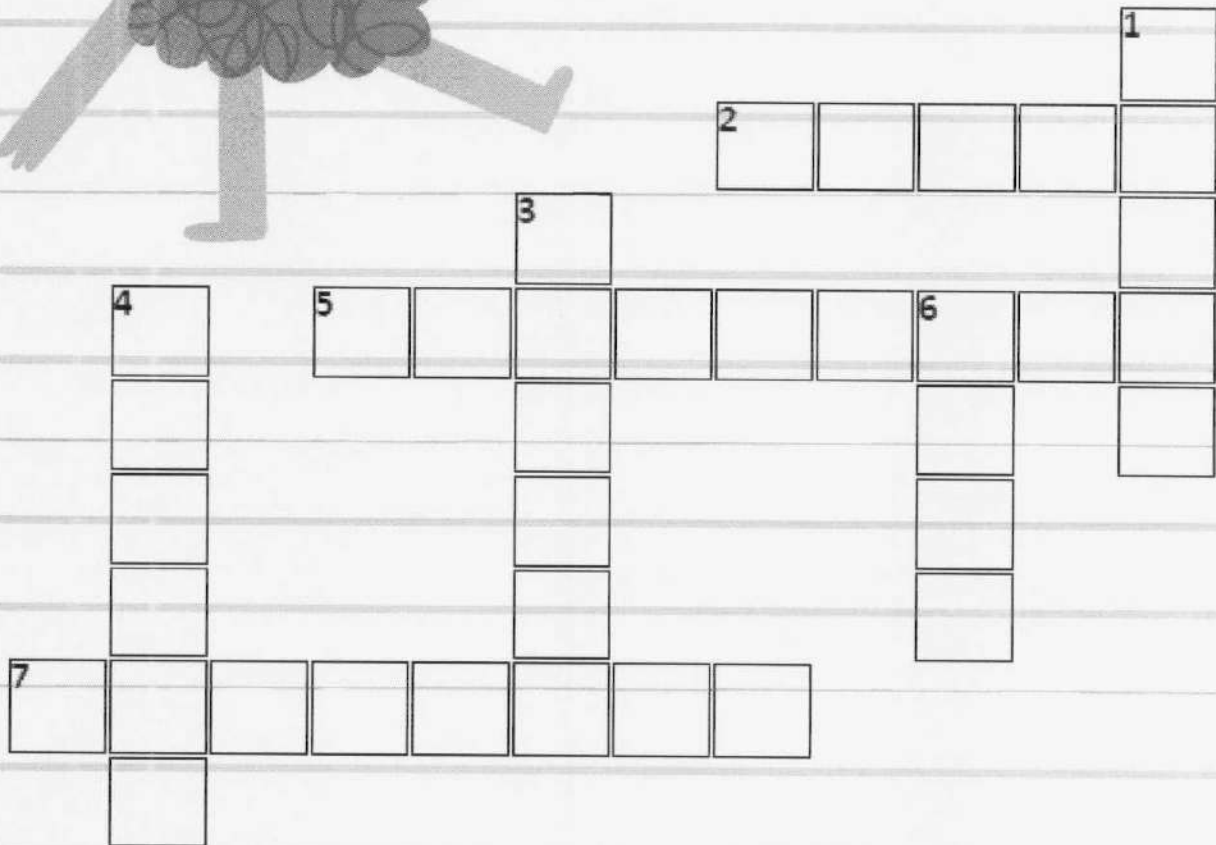
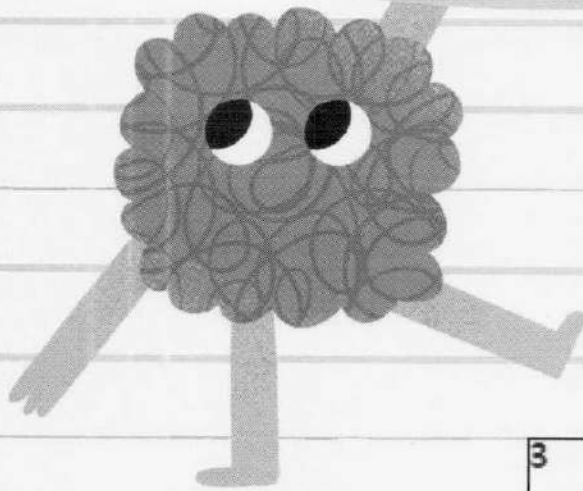


CAÇA-PALAVRAS

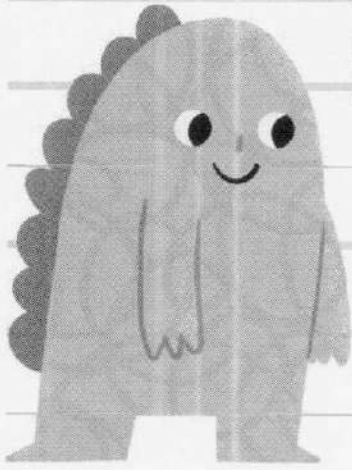
T	E	D	I	A	B	E	T	E	S	E	C
Q	E	I	I	T	I	S	E	H	Y	S	W
E	A	U	L	O	A	S	A	H	E	B	T
O	R	N	T	A	C	G	I	T	H	R	O
N	H	W	S	G	O	P	A	O	I	F	B
K	O	O	I	R	A	A	Ç	D	F	I	E
F	N	E	D	A	S	T	Ú	L	R	B	S
L	H	U	H	E	E	U	C	S	U	R	I
P	R	E	S	S	Ã	O	A	L	T	A	D
A	H	T	O	I	R	L	R	L	A	S	A
N	U	T	R	I	E	N	T	E	S	T	D
E	T	E	R	N	T	A	D	T	L	T	E

AÇÚCAR - FIBRAS - FRUTAS - GORDURA -
NUTRIENTES - OBESIDADE - PRESSÃO ALTA - SAL

TAMBÉM FAZ PARTE DO NOSSO TREINAMENTO
A RESOLUÇÃO DESSA CRUZADINHA SUPER DIVERTIDA.
VAMOS LÁ MINI HUMANO (A)!

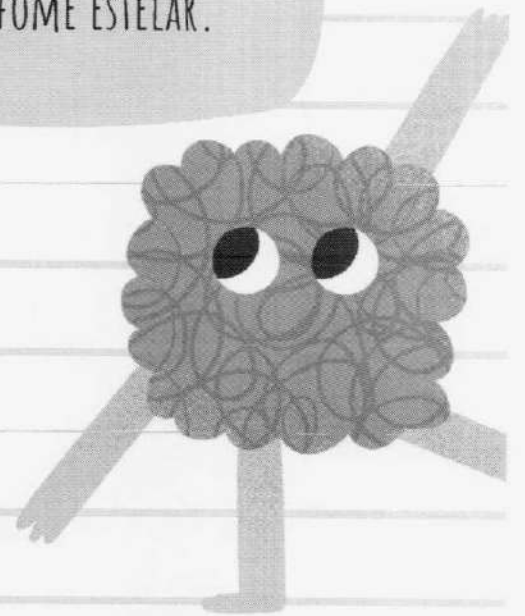


1. Guloseima industrializada que podem fazer mal se consumida em excesso.
2. Serve para fazer a pamonha e é típico de festas Juninas.
3. Amiguinho do arroz, ele possui muito ferro para nosso corpinho.
4. Pode servir de sobremesa e possui fibras, nutrientes e vitaminas.
5. Doença causada pelo alto consumo de alimentos industrializados e falta de atividade física.
6. Essencial para a vida na Terra e te faz ficar bem hidratado.
7. Alimento indígena que serve para o preparo de vários pratos como o beijú.

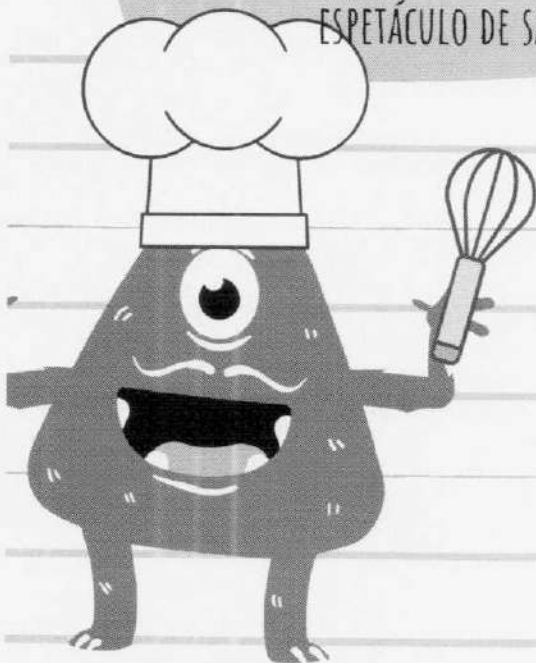


EI PESSOAL, DEPOIS DE TODAS ESSAS MISSÕES, EU SENTI MINHA BARRIGA RONCAR.

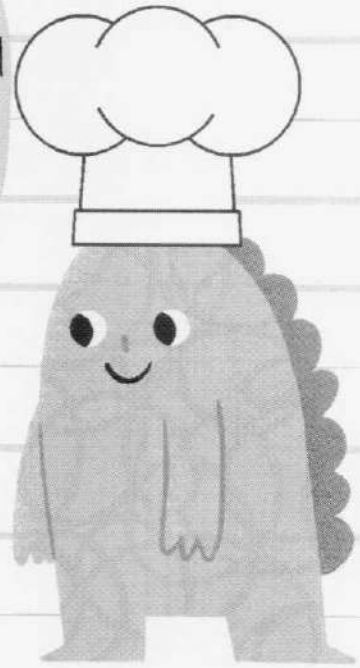
VERDADE ZARA, DEPOIS DESSAS TAREFAS EU ESTOU COM UMA FOME ESTELAR.



QUE TAL ENSINARMOS NOSSO (A) PEQUENO (A) TERRÁQUEO (A) A FAZER UM DELICIOSO BOLO DE CENOURA, FONTE DE VITAMINAS E UM ESPETÁCULO DE SABOR?!

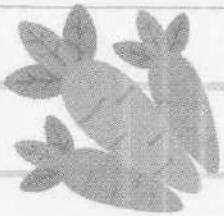


ÓTIMA IDEIA LUF, MAS É SEMPRE BOM LEMBRAR QUE VOCÊ PRECISA DA AJUDA DE UM ADULTO! VAMOS COMEÇAR COM OS INGREDIENTES.



Bolo de cenoura

- 1/2 xícara (chá) de óleo
- 3 cenouras médias raladas
- 4 ovos
- 2 xícaras (chá) de açúcar
- 2 e 1/2 xícaras (chá) de farinha de trigo
- 1 colher (sopa) de fermento em pó



SE QUISER, PODE FAZER UMA COBERTURA DE CHOCOLATE, MAS ESCOLHA SEMPRE CHOCOLATES COM A MENOR QUANTIDADE DE AÇÚCAR POSSÍVEL. ALÉM DISSO, VAMOS TE ENSINAR A FAZER UMA CALDA COM MENOS AÇÚCAR, PARA QUE VOCÊ POSSA SE DELICIAR DE MANEIRA SAUDÁVEL.



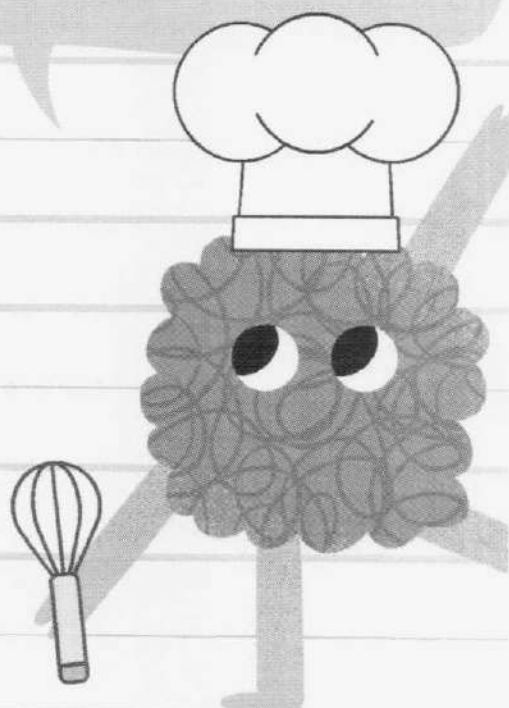
Calda de Chocolate



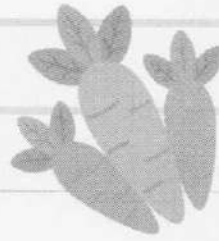
- 2 xícaras de chá de leite
- 2 colheres de sopa de cacau em pó
- 2 colheres de sopa (rasas) de açúcar ou adoçante em pó de sua preferência
- 2 colheres de sopa de óleo



VOCÊ PODE USAR A MANTEIGA NO LUGAR DO ÓLEO,
MAIS LEMBRE-SE: SEM EXCESSOS!



Modo de preparo do bolo:



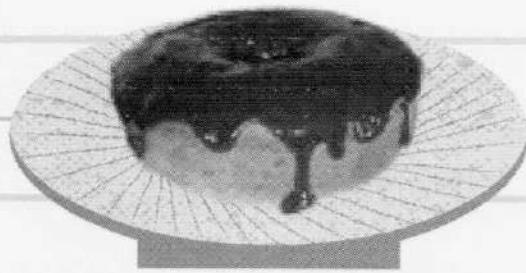
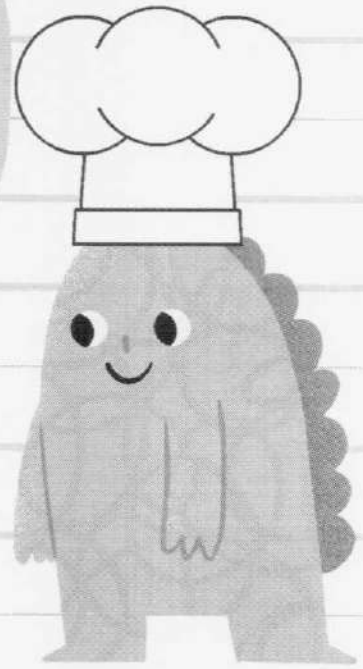
- 1. Em um liquidificador, adicione a cenoura, os ovos e o óleo, depois misture.**
- 2. Acrescente o açúcar e bata novamente por 5 minutos.**
- 3. Em uma tigela ou na batedeira, adicione a farinha de trigo e depois misture novamente.**
- 4. Acrescente o fermento e misture lentamente com uma colher.**
- 5. Asse em um forno preaquecido a 180° C por aproximadamente 40 minutos.**

Modo de preparo da calda:

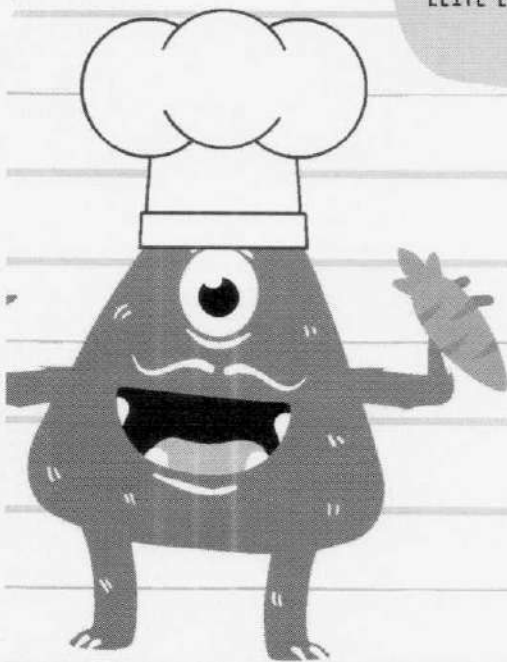


- 1. Misture todos os ingredientes em uma panela e mexa bem em fogo médio.**
- 2. Como é à base de leite, a calda vai subir fervura. Neste momento abaixe o fogo e continue mexendo até que ela reduza e engrosse, pegando consistência de calda (cerca de 8 minutos).**

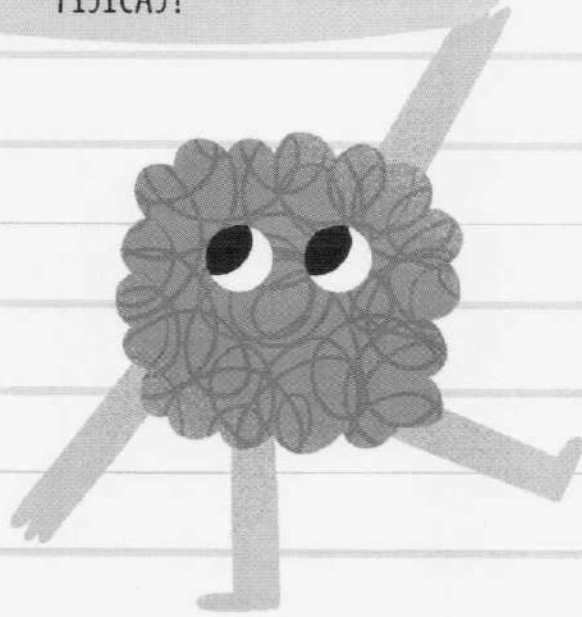
HMMM... NEM ACREDITO QUE FICOU PRONTO! AGORA É SÓ SE DELICIAR COM ESSE BOLO DE OUTRO MUNDO.



EI TERRÁQUEO (A), SE VOCÊ TEM ALERGIA AO LEITE OU OVO, VOCÊ PODE FAZER ALGUMAS SUBSTITUIÇÕES: O LEITE DE VACA PODE SER SUBSTITUÍDO POR QUALQUER OUTRO LEITE E NO LUGAR DOS OVOS VOCÊ PODE USAR UMA BANANA BEM MADURINHA. VAI FICAR INCRÍVEL!

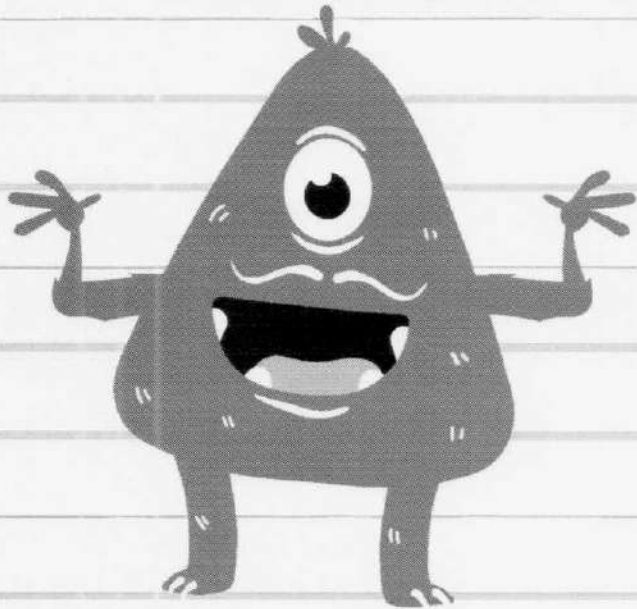


EI TERRÁQUEO (A), AGORA QUE VOCÊ JÁ APRENDEU SOBRE ALIMENTAÇÃO, QUE TAL CONVERSARMOS SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS?

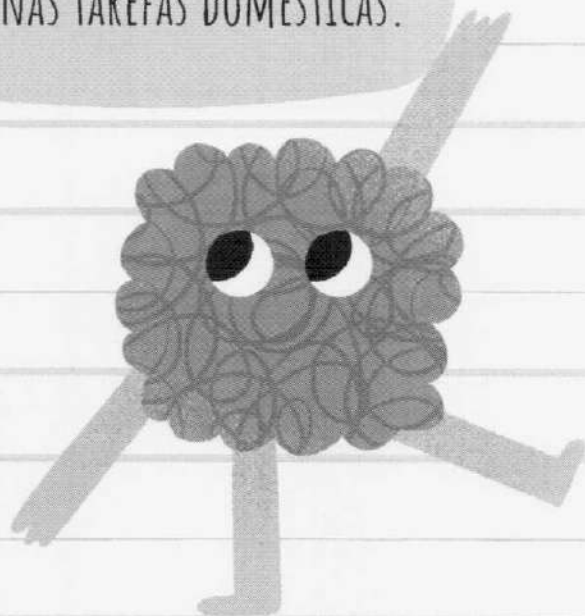


- As atividades físicas envolvem os movimentos voluntários do corpo que promovem um gasto de energia maior do que o nível de repouso. Além disso, elas promovem as interações entre as pessoas e com o ambiente, devendo ser realizada por todas as pessoas em todas as idades.

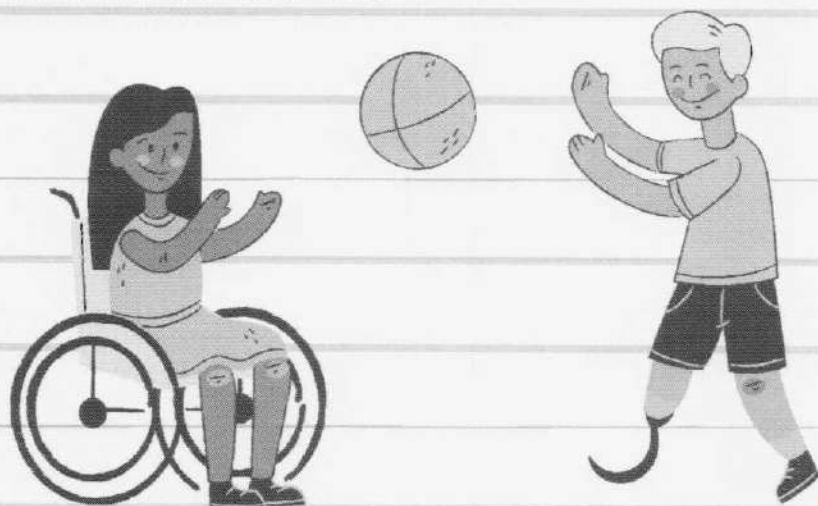
PRATICAR ATIVIDADES FÍSICAS TODOS OS DIAS É MUITO IMPORTANTE, ATRAVÉS DELAS PODEMOS TER VÁRIOS BENEFÍCIOS, COMO CONTROLE DO PESO, E MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA, DISPOSIÇÃO E HUMOR.



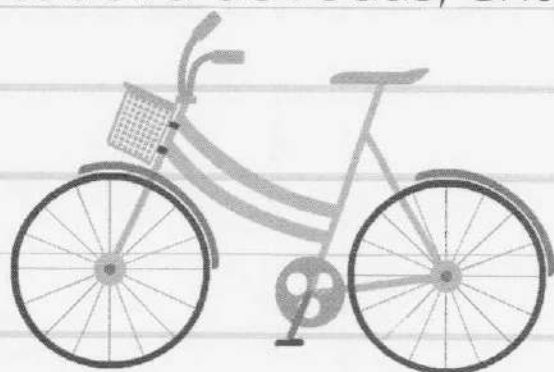
VOCÊ PODE REALIZAR ATIVIDADES FÍSICAS NO SEU TEMPO LIVRE, ENQUANTO SE DESLOCA, FAZ TAREFAS OU AJUDA NAS TAREFAS DOMÉSTICAS.



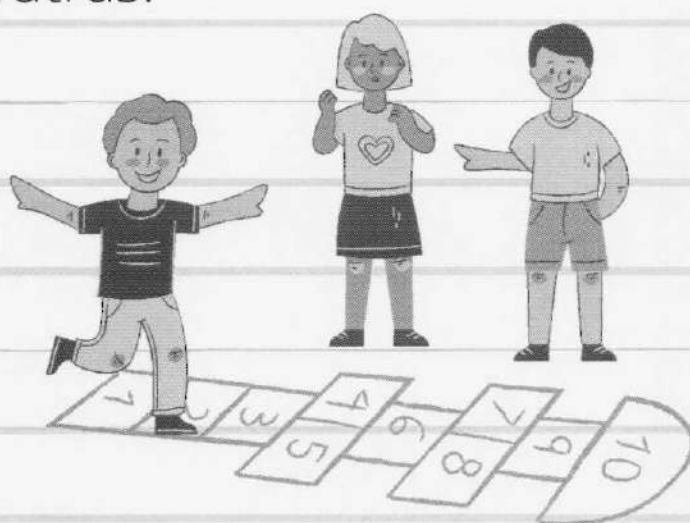
- **Atividades físicas no tempo livre:** são atividades envolvidas com as preferências e gosto das pessoas, realizadas no lazer ou em qualquer tempo disponível. Alguns exemplos são corrida, caminhada, dança, natação, pular corda, andar de bicicleta, futebol, vôlei, artes marciais, empinar pipa, jogos e brincadeiras.



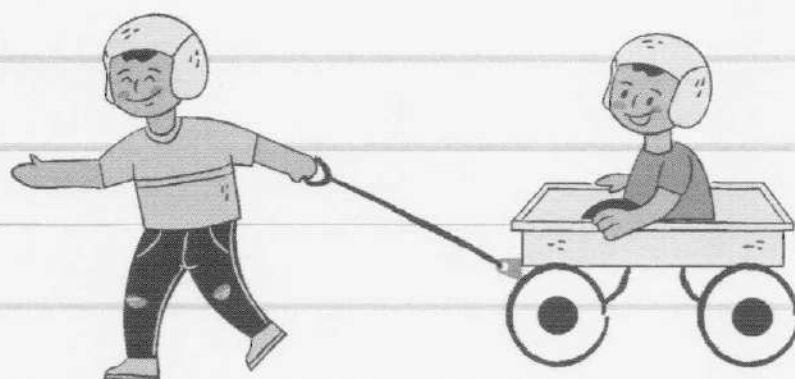
- **Atividades físicas no deslocamento:** são atividades realizadas quando vamos de um lugar a outro. Alguns exemplos são a caminhada, andar de skate, patins, bicicleta, manejar a cadeira de rodas, entre outras.



- **Atividades físicas nos estudos:** são atividades realizadas quando estamos na escola ou quando fazemos as tarefas. Alguns exemplos são: brincar no recreio e depois das aulas, participar das aulas de educação física, correr, caminhar, pedalar, entre outras.



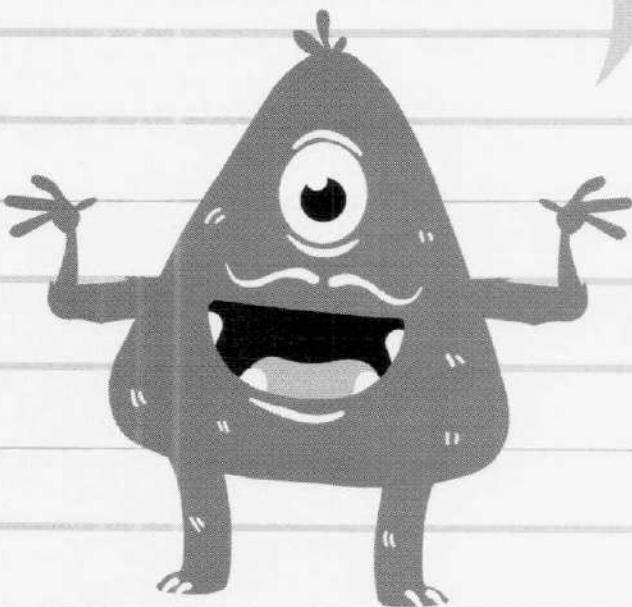
- **Atividades físicas nas tarefas domésticas:** são as que realizamos quando fazemos ou ajudamos nas tarefas de casa. São alguns exemplos: plantar, fazer compras, cuidar de um irmão ou de um animal de estimação, varrer, lavar, esfregar, entre outras.



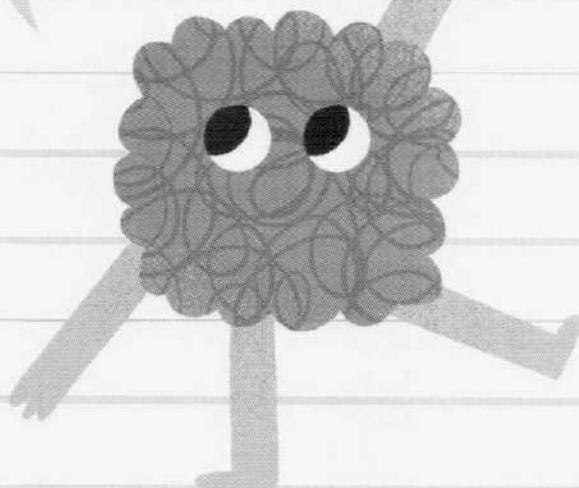
VOCÊ DEVE PRATICAR 60 MINUTOS OU MAIS DE ATIVIDADE FÍSICA, TODOS OS DIAS. NÃO SE ESQUEÇA DE REALIZAR 3 VEZES NA SEMANA, ATIVIDADES QUE VÃO FORTALECER SEUS MÚSCULOS E OSSOS, COMO PULAR, PUXAR OU EMPURRAR.



EI TERRÁQUEO (A), NÃO ESQUEÇA DE BEBER ÁGUA ANTES, DURANTE E APÓS A ATIVIDADE FÍSICA. É IMPORTANTE SE HIDRATAR!

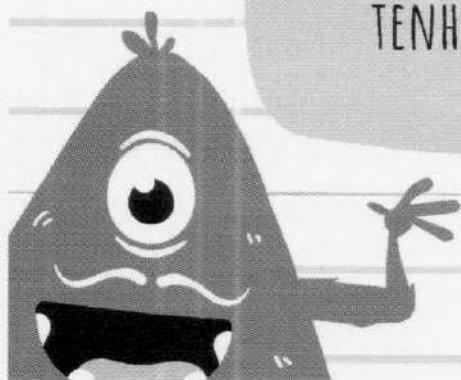


EI AMIGUINHO (A), VOCÊ JÁ OUVIU
FALAR EM SEDENTARISMO?

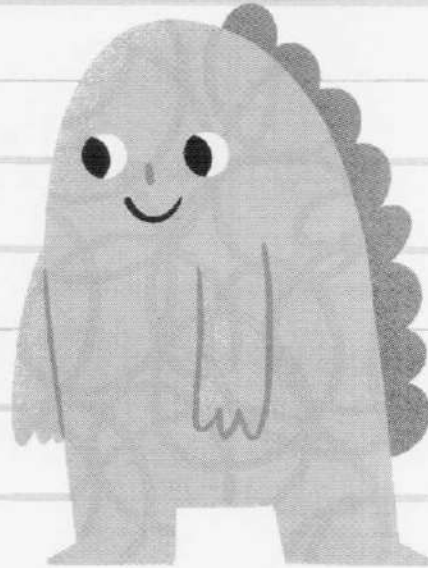


- O sedentarismo é a falta de atividades físicas regular. Uma pessoa sedentária, além de não praticar nenhuma atividade física, passa a maior parte do tempo deitada ou sentada, sem gastar energia. Como consequência, essa pessoa possui dificuldade para realizar atividades do dia-a-dia, além de poder desenvolver doenças como a obesidade.

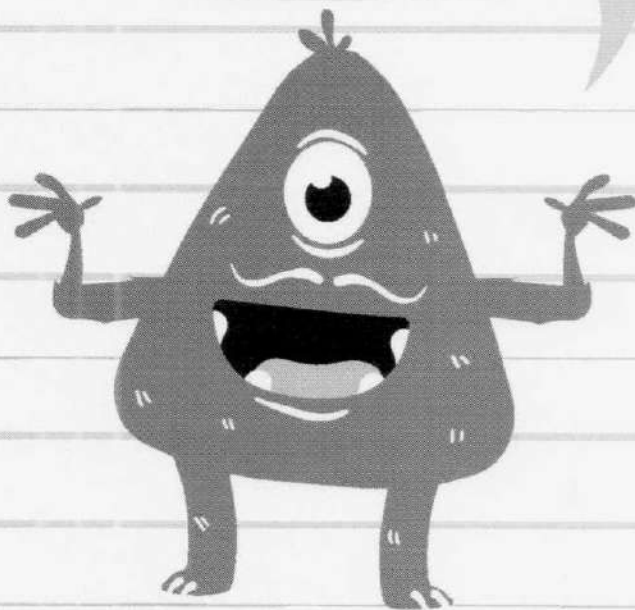
ENTÃO É MUITO IMPORTANTE QUE
VOCÊ FAÇA ATIVIDADES FÍSICAS E
TENHAM UMA ALIMENTAÇÃO
SAUDÁVEL.



EI HUMANO (A), AGORA QUE VOCÊ
APRENDEU UM POUCO SOBRE ATIVIDADES
FÍSICAS, VAMOS ENSINAR AS BRINCADEIRAS
QUE EU E MEUS AMIGOS MAIS GOSTAMOS!



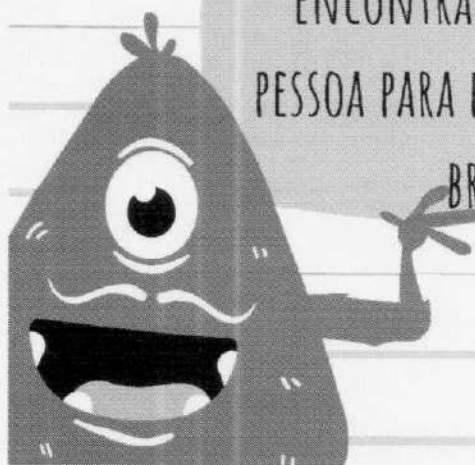
EU, ZORO E ZARA ADORAMOS BRINCAR DE
ESCONDE-ESCONDE, PEGA-PEGA,
QUEIMADA E BETE.



ESCONDE-ESCONDE

- Para brincar de esconde-esconde, você vai precisar de 2 ou mais pessoas. Uma delas é escolhida para procurar, enquanto as outras se escondem.
- A pessoa escolhida conta até 30 com os olhos fechados, e depois que acaba a contagem, começa a procurar os outros.
- Quando a pessoa escolhida para procurar encontra outras pessoas, ela deve voltar para o local onde estava contado, bater a mão no lugar e gritar 1, 2, 3 e o nome da pessoa encontrada.
- Você pode se salvar voltando para o local da contagem antes da pessoa escolhida, bater no lugar e gritar 1, 2, 3, salve eu.

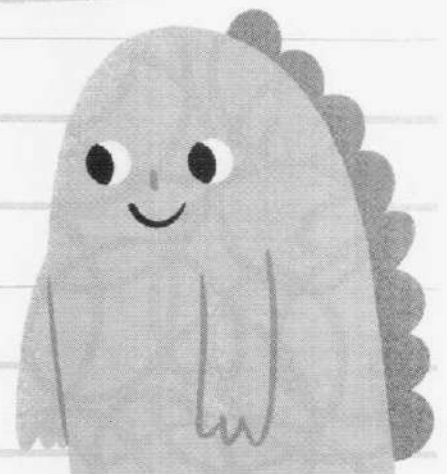
DEPOIS QUE TODOS FOREM
ENCONTRADOS, ESCOLHA OUTRA
PESSOA PARA PROCURAR E CONTINUE
BRINCANDO!



PEGA-PEGA

- Para brincar de pega-pega, você vai precisar de 2 ou mais pessoas. Uma delas é escolhida para ser o pegador, enquanto as outras tentam fugir.
- A pessoa escolhida conta até 10 com os olhos fechados, e depois que acaba a contagem, começa a correr atrás dos outros.
- Quando a pessoa escolhida para pegar encosta em outra, esta se torna a nova "perseguidora" e o jogo continua.

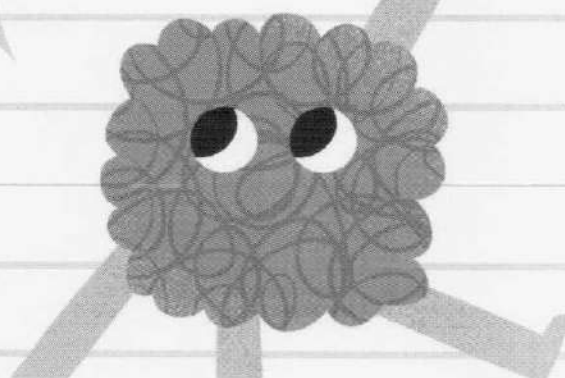
ZORO, LUF E EU TAMBÉM BRINCAMOS DE PEGA-PEGA ABRAÇO. A BRINCADEIRA É A MESMA MAS FICAMOS IMUNES DE SER PEGOS QUANDO ABRAÇAMOS ALGUÉM POR 5 SEGUNDOS



QUEIMADA

- Para brincar de queimada, você vai precisar de no mínimo 2 pessoas. O jogo é mais divertido quando mais pessoas brincam, por isso junte com seus amigos para brincar.
- Antes de o jogo começar, é preciso montar 2 equipes, então não se esqueça de ter um número par de participantes, para que todos possam brincar.
- O objetivo do jogo é acertar (queimar) as pessoas do outro time. Vence o time que conseguir acertar todas.

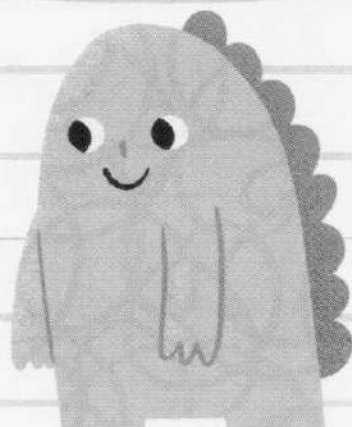
NA HORA DE BRINCAR NÃO SE ESQUEÇA DE TOMAR CUIDADO COM A FORÇA COM QUE VOCÊ JOGA A BOLA E O LUGAR QUE VOCÊ ACERTA TAMBÉM. A IDEIA É QUE A BRINCADEIRA SEJA DIVERTIDA, E NINGUÉM SAIA MACHUCADO!



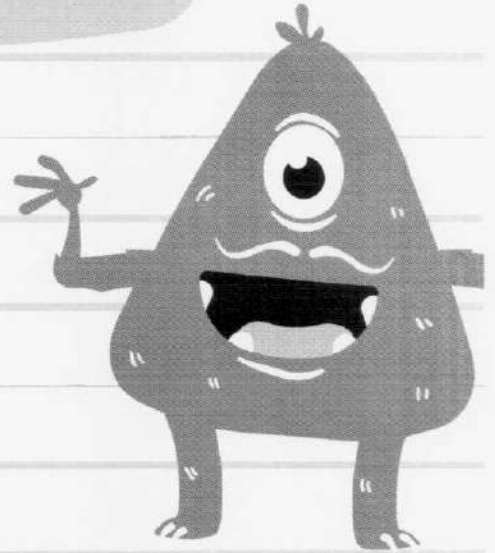
BETE

- Para brincar de bete você vai precisar de 4 pessoas para formar as duplas, 2 tacos, 2 latinhas de alumínio vazias, 1 bola pequena e giz.
- O objetivo do jogo é trocar de base cruzando os tacos na metade do campo. Ganha a brincadeira quem somar 12 pontos primeiro.
- Mas trocar de base não é tão fácil. A dupla com a bolinha tem a missão de derrubar as latinhas ou queimar o adversário.

SUA MISSÃO NESSE JOGO É DEFENDER SUA LATINHA E REBATER A BOLA PARA O MAIS LONGE QUE VOCÊ CONSEGUIR E CORRER PARA A OUTRA BASE. NÃO SE ESQUEÇA DE CRUZAR OS TACOS NA METADE DO CAMINHO!

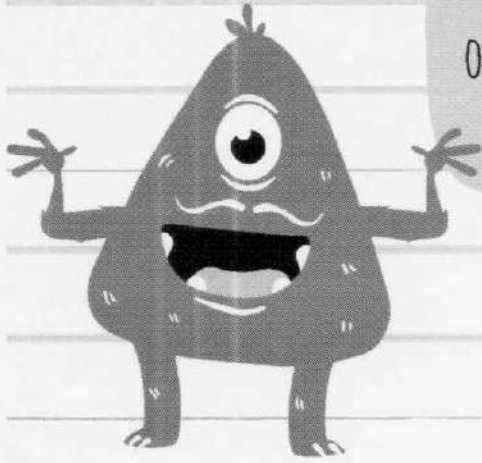


DEPOIS DESSAS BRINCADEIRAS, CHEGOU O MOMENTO
DE CONFERIR SEU DESEMPENHO NAS MISSÕES.

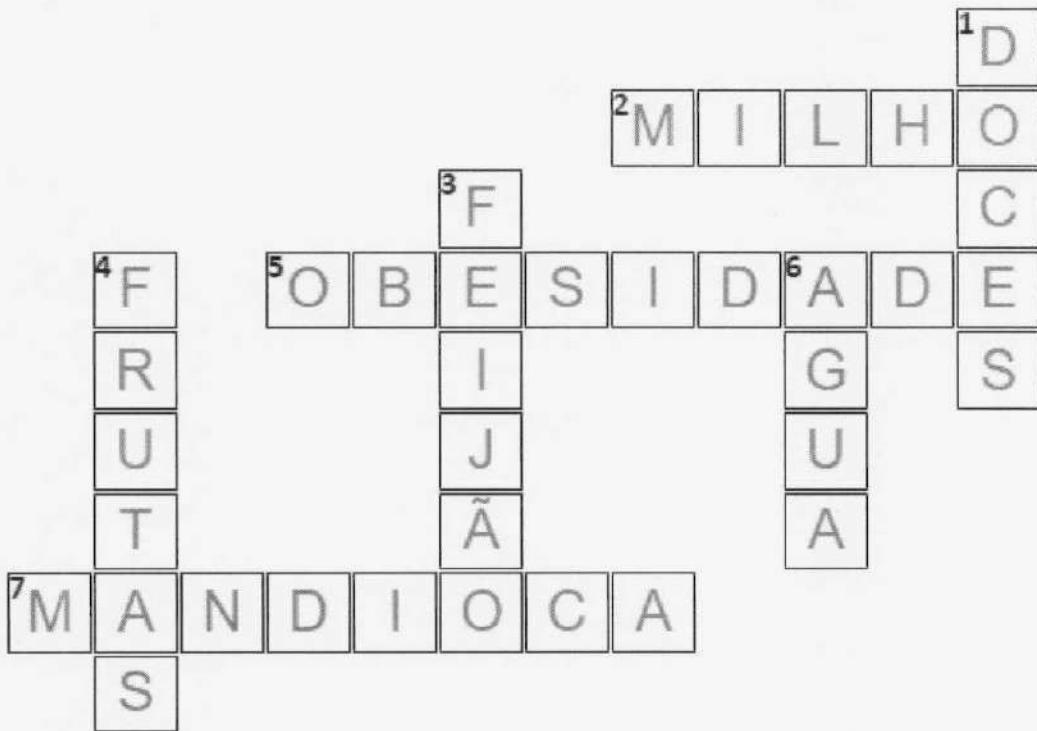


VERIFICAÇÃO DO DESEMPENHO NA MISSÃO

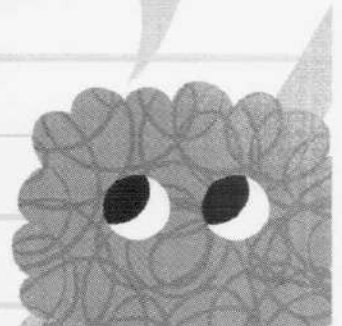




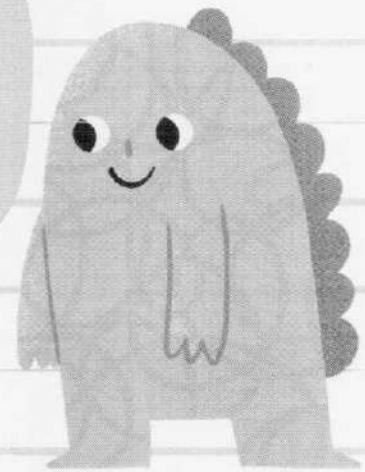
ESSAS TAREFAS FORAM INCRÍVEIS, ESTAMOS
ORGULHOSOS DO SEU EMPENHO. HORA DE
CONFERIR AS RESPOSTAS!



MANDOU BEM AMIGUINHO (A), ESTA MISSÃO
ESTÁ SENDO UM SUCESSO!



CHEGOU A HORA DE CONFERIRMOS
O RESULTADO DA CRUZADINHA. ESTOU
ANSIOSA PARA SABER QUANTAS PALAVRAS
VOCÊ ENCONTROU!



CAÇA-PALAVRAS

D I A B E T E S

G

O

O

A

F

B

R

Ç

F

I

E

D

Ú

R

B

S

U

C

S

U

R

I

P

R

E

S

Ã

O

A

L

T

A

D

A

L

R

A

S

A

N

U

T

R

I

E

N

T

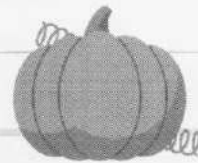
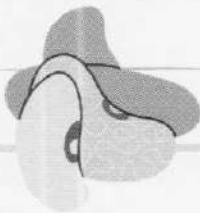
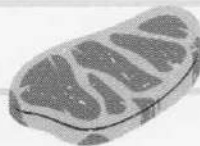
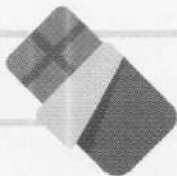
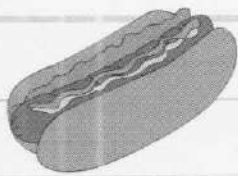
E

S

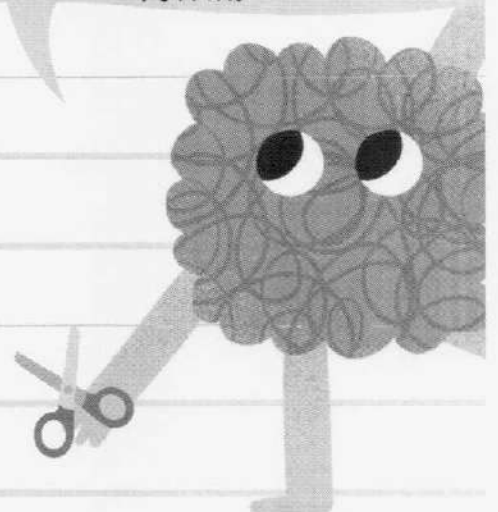
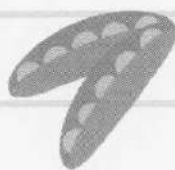
D

E

AÇÚCAR - FIBRAS - FRUTAS - GORDURA -
NUTRIENTES - OBESIDADE - PRESSÃOALTA - SAL



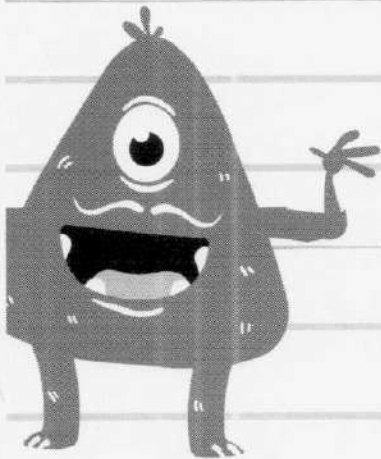
ÉI, PEQUENINO (A), NÃO SE ESQUEÇA
DE PEDIR AJUDA PARA UM TERRÁQUEO
ADULTO E USAR UMA TESOURA SEM
PONTA!



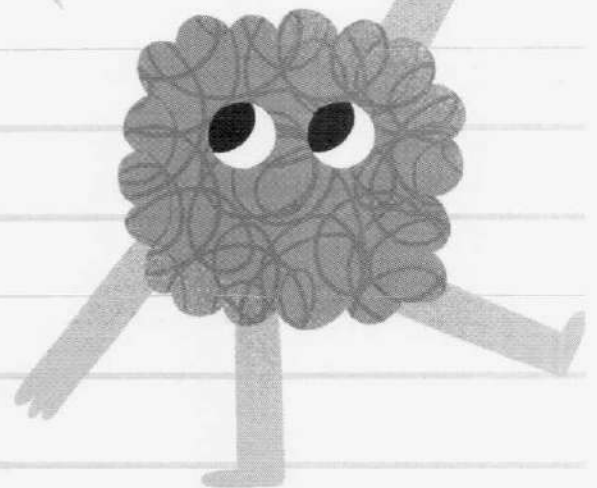
EI AMIGUINHO (A), INFELIZMENTE NOSSA
MISSÃO CHEGOU AO FIM. ESTAMOS MUITO
ORGULHOSOS E ESPERO QUE VOCÊ LEMBRE DE
NOSSOS ENSINAMENTOS NO SEU DIA-A-DIA.

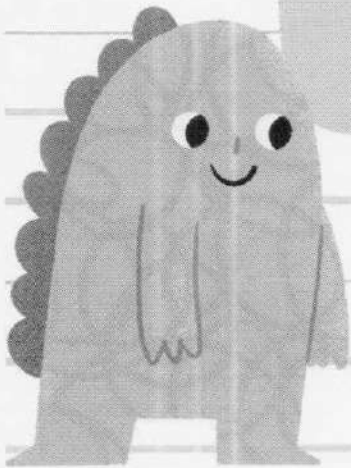


ESSA É SEMPRE A PARTE MAIS TRISTE DA NOSSA
MISSÃO. MAS ESTAMOS MUITO FELIZES PELO
SEU DESEMPENHO E POR TER CHEGADO ATÉ
AQUI!



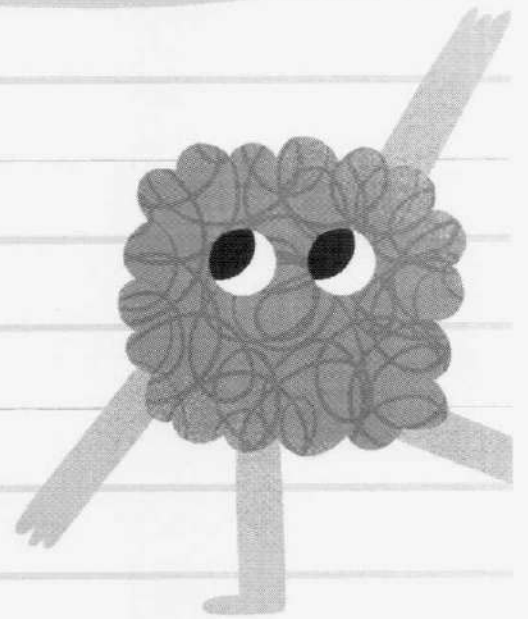
VERDADE PESSOAL, MAS SEMPRE QUE SENTIR
SAUDADES OU ALGUMA DÚVIDA, VOLTE
AQUI PARA RELEMBRAR DE SUAS MISSÕES.



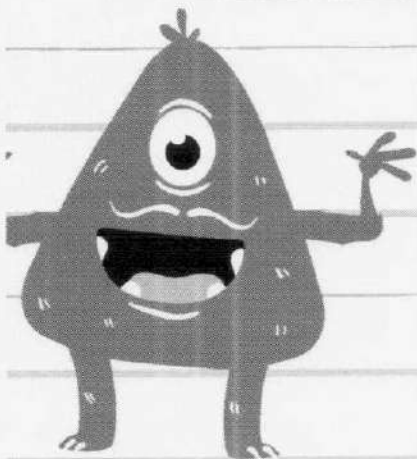


EI PESSOAL, MAS ACHO QUE ESTAMOS
ESQUECENDO
DE ALGUMA COISA!

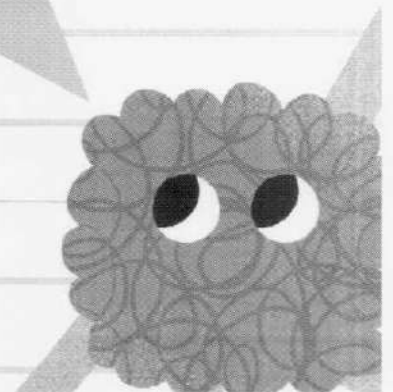
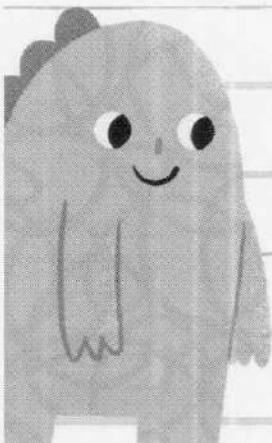
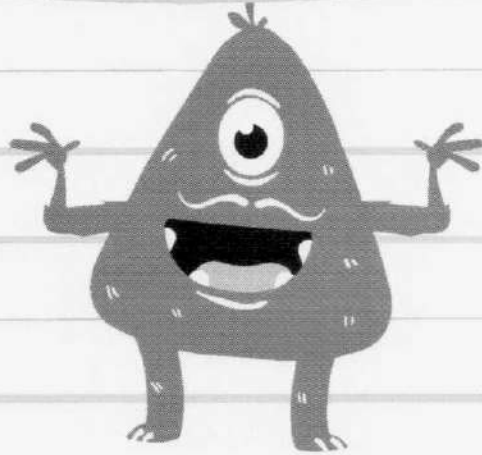
É VERDADE ZARA, CHEGOU A HORA DE DARMOS O
TÍTULO DO (A) MAIS NOVO (A) MEMBRO (A) DA
NOSSA EQUIPE.



COMO PUDE ESQUECER?! AGORA VAMOS PARA A
CERIMÔNIA DE NOMEAÇÃO DO (A) PEQUENO (A)
NOVO(A) MEMBRO (A) TERRÁQUEO (A).



É COM IMENSO PRAZER, QUE NOMEAMOS VOCÊ
_____ (MINI TERRÁQUEO (A)),
COMO O (A) MAIS NOVO (A) MEMBRO (A) DA EQUIPE.
E JUNTOS, VAMOS TRILHAR UM CAMINHO CONTRA A OBESIDADE,
TENENDO UMA VIDA MAIS SAUDÁVEL.



REFERÊNCIAS:

1. CANVA. DESIGNER GRÁFICO PARA TODOS. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.CANVA.COM/](https://www.canva.com/)
2. GENIOL.CAÇA PALAVRAS. (2014 - 2021). GENIOL. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.GENIOL.COM.BR/PALAVRAS/CACA-PALAVRAS/](https://www.geniol.com.br/palavras/caca-palavras/) ACESSO 25 JUL 2021.
3. EDUCOLORIR. GERADOR DE PALAVRAS CRUZADAS. (2021). EDUCOLORIR. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.EDUCOLORIR.COM/](https://www.educolorir.com/).
4. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA A ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE, DO PRÉ-ESCOLAR, DO ESCOLAR, DO ADOLESCENTE E NA ESCOLA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. DEPARTAMENTO DE NUTROLOGIA, 3ª. ED. RIO DE JANEIRO, RJ: SBP, 2012. 148 P. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.SBP.COM.BR/FILEADMIN/USER_UPLOAD/PDFS/14617A-PDManualNutrologia-Alimentacao.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/14617A-PDManualNutrologia-Alimentacao.pdf). ACESSO EM 30 JUL 2021.
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA. 2. ED., 1. REIMPR. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 156 P. : IL, 2014. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/PUBLICACOES/GUIA_ALIMENTAR_POPULACAO_BRASILEIRA_2ED.PDF](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf) ACESSO EM: 29 JUL 2021.
6. TUDO GOSTOSO. BOLO DE CENOURA. 2005-2021. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.TUDOGOSTOSO.COM.BR/RECEITA/23-BOLO-DE-CENOURA.HTML](https://www.tudogostoso.com.br/receita/23-bolo-de-cenoura.html). ACESSO EM: 31 JUL 2021.
7. SISTERS E MOMMIES. RECEITA DE COBERTURA DE CHOCOLATE SAUDÁVEL. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.SISTERSMOMMIES.COM.BR/RECEITA-DE-COBERTURA-DE-CHOCOLATE-SAUDAVEL/](https://www.sistersmommies.com.br/receita-de-cobertura-de-chocolate-saudavel/). ACESSO EM: 31 JUL DE 2021.
8. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. GUIA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA [RECURSO ELETRÔNICO]. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE 54 P.: IL, 2021B. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/PUBLICACOES/GUIA_ATIVIDADE_FISICA_POPULACAO_BRASILEIRA.PDF](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf). ACESSO EM: 30 JUL 2021.

FICHA TÉCNICA

ELABORADO PELAS ACADÊMICAS DO CURSO DE
ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CATALÃO

BRUNA DE SOUZA MAGALHÃES

LARISSA AZEVEDO DOS SANTOS

MARIA FERNANDA COSTA TRONCHA GOMES

MICHELLE CAMPOS DA SILVA

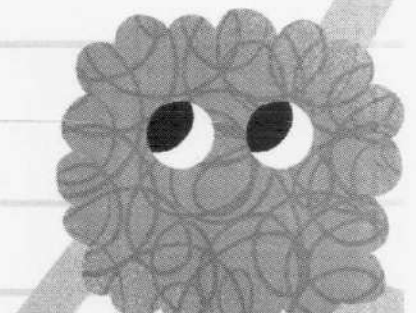
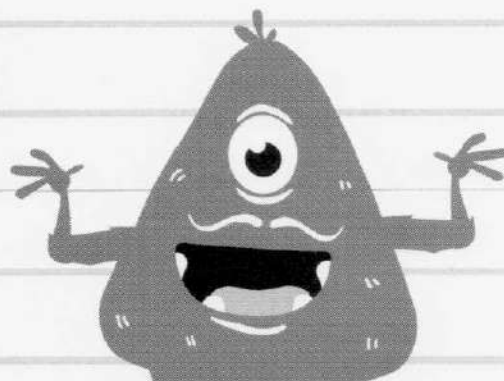
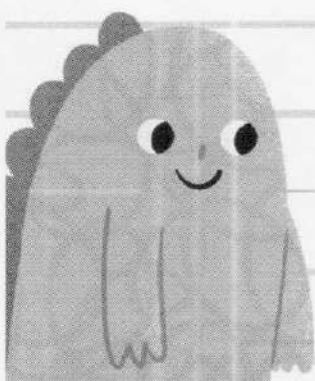
ROSELAYNE FEITOZA CASSIMIRO

TALLITA CORREA SANTANA

ORIENTAÇÃO:

PROF.^A. DRA. JULIANA MARTINS DE SOUZA.

PROF.^A. ME. KAMYLLA GUEDES DE SENA.

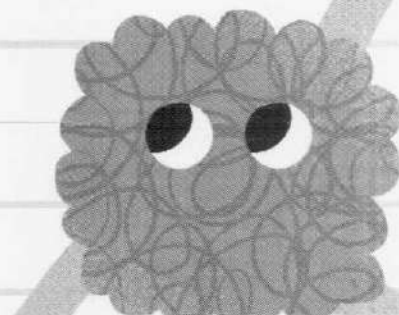
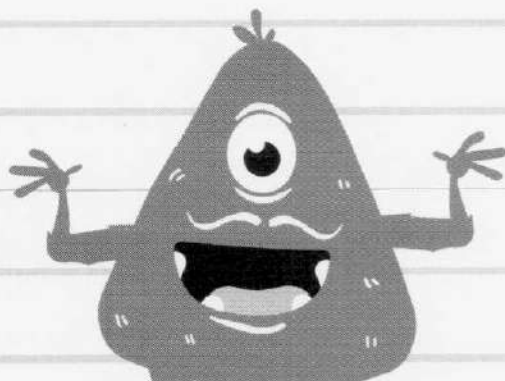
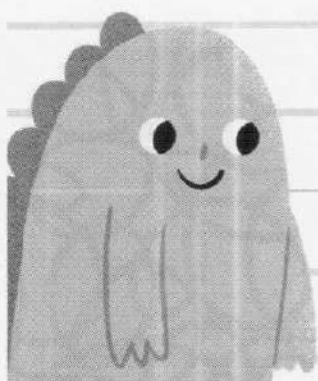


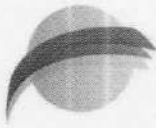
UMA REALIZAÇÃO:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CATALÃO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

&

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CATALÃO





**Prefeitura Municipal de Catalão.
Secretária da Saúde- Programa Saúde na Escola.
Departamento de Enfermagem- UFCat.**

Escola:
Nome:
Professor (a):
Série:
Data: ____/____/____.

VACINAÇÃO

1- Circule os desenhos que não está relacionado a vacinação, e pinte os desenhos está relacionado a vacinação:

