

200 unid

# VACINAÇÃO

VIROU PROGRAMA DE FAMÍLIA











**AO COMPARECER PARA EXAMES  
OBSERVE AS SEGUINTE INSTRUÇÕES**

**EXAMES CITOPATOLÓGICOS**

- Não faça lavagens vaginais;
- Não use cremes vaginais;
- Evite relações sexuais na véspera e no dia do exame;
- O exame não deve ser feito durante o período de menstruação normal;
- Fazer o exame citopatológico uma semana após a menstruação.

**EXAME DE MAMAS**

- Fazer seu auto-exame de mamas uma vez por mês uma semana após a menstruação.
- Mulheres que não menstruam mais devem fazer seu auto-exame de mamas sempre na primeira semana de cada mês, sempre no mesmo dia.



Prefeitura Municipal  
de Machadinho/RS

Secretaria Municipal  
da Saúde

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

1º D.N.: \_\_\_\_\_

2º RG: \_\_\_\_\_

3º N° Cartão SUS: \_\_\_\_\_

Ambulatório 408: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Prontuário n°: \_\_\_\_\_

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

**Posto de Saúde**

**PREFEITURA MUNICIPAL  
DE MACHADINHO/RS**

**Secretaria Municipal  
da Saúde**





Estado do Rio Grande do Sul

**Município de Machadinho**

Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social

***Encaminhamento***

Estamos encaminhando através desta Secretária o (a) paciente:

\_\_\_\_\_ para realizar:

( ) CONSULTA - Com o Dr. \_\_\_\_\_

( ) EXAME - \_\_\_\_\_

Agendado para o dia: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ hs.

Sendo que o valor de: R\$ \_\_\_\_\_ que será pago pelo paciente.

Local: \_\_\_\_\_

Machadinho (RS), \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*Atenciosamente*



|                                       |                            |               |              |
|---------------------------------------|----------------------------|---------------|--------------|
| <b>e-SUS</b><br><b>Atenção Básica</b> | <b>CADASTRO DOMICILIAR</b> | DIGITADO POR: | DATA:<br>/ / |
|                                       |                            | CONFERIDO:    | FOLHA:       |

|                                   |                    |                    |           |               |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------|-----------|---------------|
| Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL* | Cód. CNES UNIDADE* | Cód. EQUIPE (INE)* | MICROÁREA | DATA:*<br>/ / |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------|-----------|---------------|

|                                 |  |                      |       |      |
|---------------------------------|--|----------------------|-------|------|
| ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA |  | NOME DO LOGRADOURO:* |       | Nº:* |
| TIPO DE LOGRADOURO:             |  |                      |       |      |
| COMPLEMENTO:                    |  | BAIRRO:*             |       |      |
| MUNICÍPIO:*                     |  | UF:*                 | CEP:* |      |

|                           |                             |
|---------------------------|-----------------------------|
| TELEFONES PARA CONTATO    | TELEFONE DE REFERÊNCIA: ( ) |
| TELEFONE RESIDENCIAL: ( ) |                             |

|  |  |
|--|--|
| CONDIÇÕES DE MORADIA   | LOCALIZAÇÃO*   |
| SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA*  |  |
| <input type="radio"/> Próprio <input type="radio"/> Financiado <input type="radio"/> Alugado <input type="radio"/> Arrendado <input type="radio"/> Cedido <input type="radio"/> Ocupação <input type="radio"/> Situação de Rua <input type="radio"/> Outra | <input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural |

|   |  |
|---|--|
| TIPO DE DOMICÍLIO   | EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra  |
| <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Cômodo <input type="radio"/> Outro | <input type="radio"/> Proprietário <input type="radio"/> Parceiro(a) / Meeiro(a) <input type="radio"/> Assentado(a) <input type="radio"/> Posseiro <input type="radio"/> Arrendatário(a) |
| Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____   | <input type="radio"/> Comodatário(a) <input type="radio"/> Beneficiário(a) do Banco da Terra <input type="radio"/> Não se aplica   |

|   |  |
|---|--|
| TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO   | MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO  |
| <input type="radio"/> Pavimento <input type="radio"/> Chão Batido <input type="radio"/> Fluvial <input type="radio"/> Outro | Alvenaria/Tijolo: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento  |
| Disponibilidade de Energia Elétrica? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                    | Taipa: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento   |
|   | Outros: <input type="radio"/> Madeira Aparelhada <input type="radio"/> Palha <input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material |

|  |   |
|--|---|
| ABASTECIMENTO DE ÁGUA  | TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO   |
| <input type="radio"/> Rede Encanada até o Domicílio <input type="radio"/> Poço / Nascente no Domicílio <input type="radio"/> Cisterna <input type="radio"/> Carro Pipa <input type="radio"/> Outro   | <input type="radio"/> Filtração <input type="radio"/> Fervura <input type="radio"/> Cloração <input type="radio"/> Sem Tratamento     |
| FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO   | DESTINO DO LIXO   |
| <input type="radio"/> Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial <input type="radio"/> Fossa Sêptica <input type="radio"/> Fossa Rudimentar <input type="radio"/> Direto para um Rio, Lago ou Mar <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outra Forma | <input type="radio"/> Coletado <input type="radio"/> Queimado/ Enterrado <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outro |

|   |                |
|---|----------------|
| ANIMAIS NO DOMICÍLIO?   | QUANTOS: _____ |
| <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não   |                |
| QUAL(IS)?<br><input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Pássaro <input type="checkbox"/> De Criação (porco, galinha...) <input type="checkbox"/> Outros |                |

FAMÍLIAS

| Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR | Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL | DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL | RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO) | NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA | RESIDE DESDE [MÉS] [ANO] | MUDOU-SE                 |
|------------------------|------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                        |                              | / /                               | ¼½1234+                      |                              |                          | <input type="checkbox"/> |
|                        |                              | / /                               | ¼½1234+                      |                              |                          | <input type="checkbox"/> |
|                        |                              | / /                               | ¼½1234+                      |                              |                          | <input type="checkbox"/> |
|                        |                              | / /                               | ¼½1234+                      |                              |                          | <input type="checkbox"/> |

**TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA**

Eu, \_\_\_\_\_ portador do RG nº \_\_\_\_\_, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde.

\_\_\_\_\_ Assinatura











# QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

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

| CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS  |  | SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?  |  |
|--|--|--|--|
| ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não   |  |  |  |
| SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?<br><input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso |  | TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA / NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não<br>SE SIM, QUAL?<br><input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe |  |
| ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  |  | ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não   |  |
| ESTÁ DEPENDENTE OU ABUSA DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  |  | ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  |  |
| ESTÁ DEPENDENTE OU ABUSA DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não   |  | TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  |  |
| TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  |  | TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não   |  |
| TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  |  | SE SIM, QUAL A CAUSA?<br>_____   |  |
| TEVE AVC / DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  |  | FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSIQUIATRA OU TEVE INTERNAÇÃO POR PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  |  |
| TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  |  | ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  |  |
| TEM DOENÇA CARDÍACA / DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  |  | ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  |  |
| SE SIM, QUAL?<br><input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe                  |  | USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  |  |
| TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  |  | SE SIM, QUAIS?<br>_____  |  |
| SE SIM, QUAIS?<br><input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe                    |  | USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não   |  |
| OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE _____  |  |  |  |
| 1 - QUAL? _____  |  | 2 - QUAL? _____  |  |
|  |  | 3 - QUAL? _____  |  |

| EM SITUAÇÃO DE RUA  |  | TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL?  |  |
|---|--|--|--|
| QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?<br><input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes   |  | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  |  |
| QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?<br><input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outros<br><input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular |  | SE SIM, QUAIS?<br><input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outros |  |

**TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde.

\_\_\_\_\_

Assinatura

200 Meses c/ 100 unid



# Prefeitura Municipal de Machadinho

Secretaria Municipal da Saúde

Rua Papa João XXIII, 468 - Fone: (54) 3551-1286

**RECEITUÁRIO  
CONTROLE  
ESPECIAL**

Endereço: \_\_\_\_\_

## Prescrição

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Nome: _____             | <p align="center"><b>FORNECEDOR</b></p> <p align="center">Ass. Farmacêutico(a)</p> <p>Data: ____/____/____</p> |
| RG: _____               |  |
| Org. Emissor: _____     |  |
| End: _____              |  |
| Cidade: _____ UF: _____ |  |
| Tel: _____              |  |

1ª Via (Branca) Farmácia - 2ª Via (Azul) Paciente

200 Meses c/ 100 unid



# Prefeitura Municipal de Machadinho

Secretaria Municipal da Saúde

Rua Papa João XXIII, 468 - Fone: (54) 3551-1286

**RECEITUÁRIO  
CONTROLE  
ESPECIAL**

Endereço: \_\_\_\_\_

## Prescrição

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Nome: _____             | <p align="center"><b>FORNECEDOR</b></p> <p align="center">Ass. Farmacêutico(a)</p> <p>Data: ____/____/____</p> |
| RG: _____               |  |
| Org. Emissor: _____     |  |
| End: _____              |  |
| Cidade: _____ UF: _____ |  |
| Tel: _____              |  |

1ª Via (Branca) Farmácia - 2ª Via (Azul) Paciente



200 blocos c/ 100 unid.



# **Prefeitura Municipal de Machadinho**

Secretaria Municipal da Saúde

Rua Papa João XXIII, 468 - Fone: (54) 3551-1286

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

30 blocos de 100 unid.



## **Prefeitura Municipal de Machadinho**

Secretaria Municipal da Saúde

### **Saúde Bucal**

Avenida Frei Teófilo, 119 - Fone (54) 3551-1286

Nome: \_\_\_\_\_



Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

100 blocos c/ 100 unid.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
MACHADINHO/RS  
REQUISIÇÃO/RESULTADO DE EXAMES

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
**"SUS"**  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

|             |   |  |  |  |             |        |         |      |       |
|-------------|---|--|--|--|-------------|--------|---------|------|-------|
| NOME: _____ |   |  |  |  | Para: _____ |        |         |      |       |
| Idade       | Sexo  | Cor  |  |  | Peso        | Altura | Clínica | Enf. | Leito |
|             | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> |  |  |             |        |         |      |       |

Dados Clínicos

Material a Examinar:

Exames Solicitados:

Autorização: em \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Requisição: em \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura do(a) Secretário(a)

Carimbo e Assinatura do Médico





**Prefeitura Municipal de Machadinho**

**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
E AÇÃO SOCIAL**



Situado no norte do estado do Rio Grande do Sul, Machadinho é uma cidade rica em fauna e flora, com natureza e vistas exuberantes. A cidade também possui uma das melhores águas termais do Brasil, com propriedades medicinais que brotam de suas fontes com temperaturas de 46°C.

# PROMOÇÃO VERÃO O ANO TODO

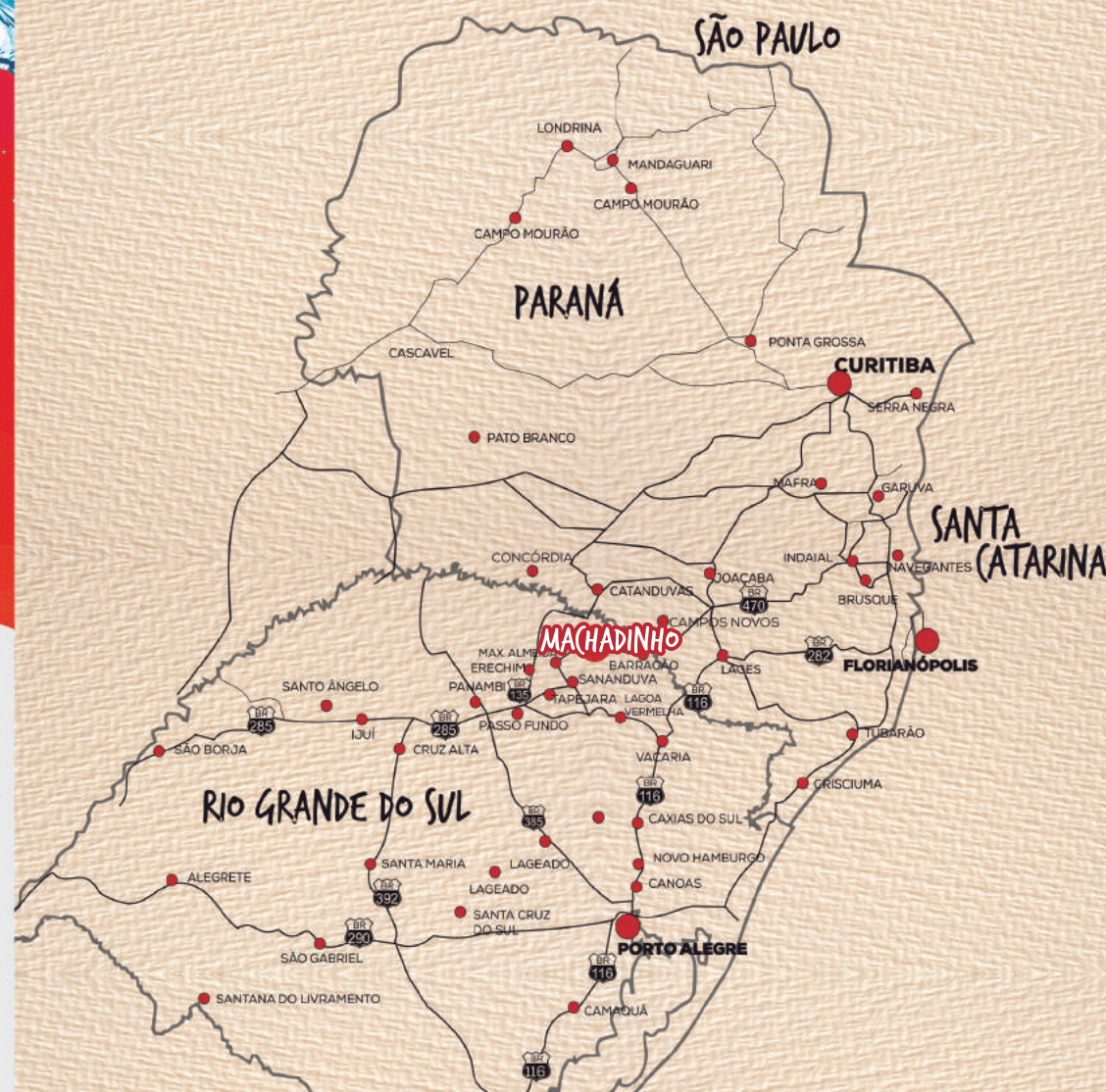
## CONCORRA A 16 DIÁRIAS COM ACOMPANHANTE

Para participar, acesse a página no facebook:  
[fb.com/machadinhosensacional](https://www.facebook.com/machadinhosensacional),  
procure pela publicação oficial do sorteio,  
e siga os passos.

A cada 15 dias será sorteado 01 diária nas hospedagens associadas,  
e entrada gratuita em todos os pontos turísticos.\*



\*Promoção válida de 01/04/2018 a 30/09/2018. Consulte o regulamento.



### DISTÂNCIA ATÉ MACHADINHO

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| Sananduva   RS.....     | 60km  |
| Campos Novos   SC.....  | 77km  |
| Concórdia   SC.....     | 99km  |
| Joaçaba   SC.....       | 106km |
| Passo Fundo   RS.....   | 148km |
| Caxias do Sul   RS..... | 266km |
| Porto Alegre   RS.....  | 347km |
| Florianópolis   SC..... | 423km |
| Curitiba   PR.....      | 447km |
| São Paulo   SP.....     | 857km |



REALIZAÇÃO:



[www.machadinho.rs.gov.br](http://www.machadinho.rs.gov.br)  
54 3551-1127



[www.adtmachadinho.com](http://www.adtmachadinho.com)  
54 9.9686-8933



[www.thermasmachadinho.com.br](http://www.thermasmachadinho.com.br)  
54 3551-4750

# RS MACHADINHO SENSACIONAL

Natureza, tranquilidade, lazer  
e saúde para toda família,  
em um só lugar.



RS  
**MACHADINHO**  
SENSACIONAL

PONTOS TURÍSTICOS

CACHAÇARIA ACANHADINHA



PASSEIOS DE TRATOR

54 99658 9084 | 54 99903 6467  
luanagrison@hotmail.com

CASCATA DO TIGRE



54 99977 6314

CHÁCARA BRILHO DO SOL



54 99214 3625 | 99214 3343  
paulotessaro@yahoo.com.br

ERVA MATÊ CAMBONA



54 99998 2560 | 3551-1314  
filial1@baraoervamate.com.br

INVERNADA DOS MACACOS



54 99661 2717  
invernadosmacacos@bol.com.br

MIRANTE MUSEU TORRES



54 99915 6595

MUSEU ALMA CAMPEIRA



54 99934 8398  
rudaomaciell@hotmail.com

PESQUE E PAGUE



54 99695 0108 | 54 99902 5751

THERMAS MACHADINHO



Thermas  
**Machadinho**

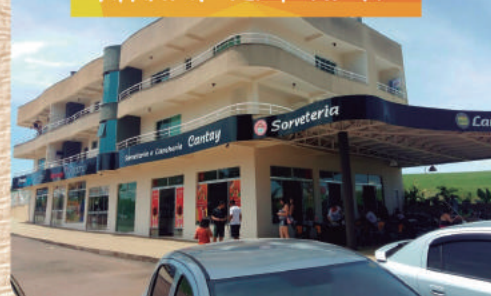
54 3551 4750  
www.thermasmachadinho.com.br



# HOSPEDAGENS

Experimente nossas estruturas e descanse com tranquilidade. Vivencie a sensação de repousar em meio a natureza, com muito conforto e a atenção que você merece!

APART HOTEL POLIDORO



54 99687 7863  
lancheriacantay@hotmail.com

CABANAS DO RATINHO



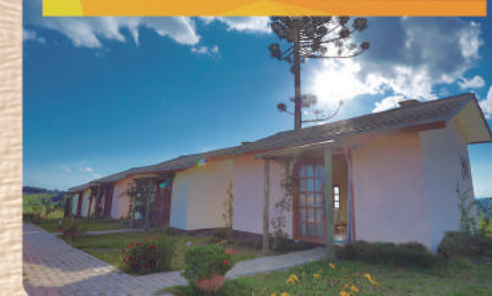
54 99626 0957  
zemilan@hotmail.com

POUSADA RUAS



54 99955 8422  
em-ruas@bol.com.br

POUSADA SENTINELA DOS PAMPAS



54 99621 7124  
alinezulem@hotmail.com

CABANAS NOSTRA CASA



54 99609 7071  
ecosulmachadinho@hotmail.com

CABANAS RECANTO DAS ÁGUAS



54 99609 7071  
ecosulmachadinho@hotmail.com

POUSADA TADIOTO



54 99155 0542 | 99974 1537  
tamaraetadioto@hotmail.com

POUSADA TAUFER



54 99656 8478

CAMPING CASAGRANDE



54 99650 8708 | 54 98118 1404

HOTEL ENIGMA



54 99611 7801  
alinezulem@hotmail.com

RECANTO DO LAGO



47 99775 8753 | 54 99978 1066  
contato@pousadarecantodolago.com.br

SOBRADOS BELAS ÁGUAS



54 99609 7071  
ecosulmachadinho@hotmail.com

MACHADINHO TERMAS PARK HOTEL



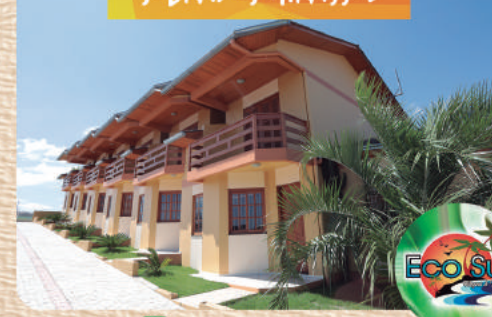
reservas@machadinhotermas.com.br  
machadinhotermas.com.br  
54 3551 4700 | 54 98412 1965

POUSADA BALDISSERA



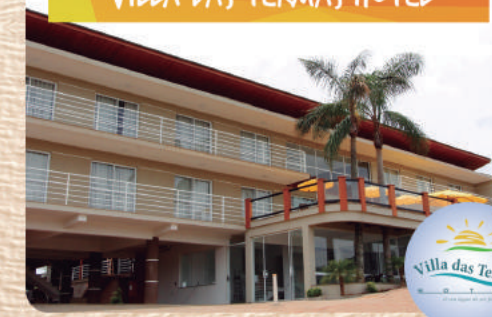
54 99635 7319  
gustobaldissera@hotmail.com

SOBRADOS GIRASSOL



54 99609 7071  
ecosulmachadinho@hotmail.com

VILLA DAS TERMAS HOTEL



54 3551 1121  
villadastermas@gmail.com