

200 unid

VACINAÇÃO

VIROU PROGRAMA DE FAMÍLIA



500 unid



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE MACHADINHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



CARTÃO DE CONSULTA

Data	Horário	Médico

Nome: _____

Nº Prontuário: _____

Nº Família: _____

Cartão SUS: _____

ACS: _____

ATENÇÃO: Traga sempre o Cartão SUS e o Cartão Consulta.

**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

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*

Cód. CNES UNIDADE*

Cód. EQUIPE (INE)*

MICROÁREA

DATA:*

/ /

ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA

TIPO DE LOGRADOURO:

NOME DO LOGRADOURO:*

Nº:*

COMPLEMENTO:

BAIRRO:*

MUNICÍPIO:*

UF:*

CEP:*

TELEFONES PARA CONTATO

TELEFONE RESIDENCIAL: ()

TELEFONE DE REFERÊNCIA: ()

CONDIÇÕES DE MORADIA

SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA*

Próprio Financiado Alugado Arrendado Cedido Ocupação Situação de Rua Outra

LOCALIZAÇÃO*

Urbana Rural

TIPO DE DOMICÍLIO

Casa Apartamento Cômodo Outro

EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra

Proprietário Parceiro(a) / Meeiro(a) Assentado(a) Posseiro Arrendatário(a)

Comodatário(a) Beneficiário(a) do Banco da Terra Não se aplica

Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO

Pavimento Chão Batido Fluvial Outro

MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO

Alvenaria/Tijolo:

Taipa:

Outros:

Com Revestimento

Com Revestimento

Madeira Aparelhada Palha

Sem Revestimento

Sem Revestimento

Material Aproveitado Outro Material

Disponibilidade de Energia Elétrica? Sim Não

ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Rede Encanada até o Domicílio Poço / Nascente no Domicílio Cisterna

Carro Pipa Outro

TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO

Filtração Fervura Cloração Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO

Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial Fossa Sêptica Fossa Rudimentar

Direto para um Rio, Lago ou Mar Céu Aberto Outra Forma

DESTINO DO LIXO

Coletado Queimado/ Enterrado Céu Aberto Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?

Sim Não

QUAL(IS)?

Gato

Cachorro

Pássaro

De Criação (porco, galinha...)

Outros

Quantos: _____

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 [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
_____	_____	/ /	¼½1234+	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	/ /	¼½1234+	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	/ /	¼½1234+	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	/ /	¼½1234+	_____	_____	<input type="checkbox"/>

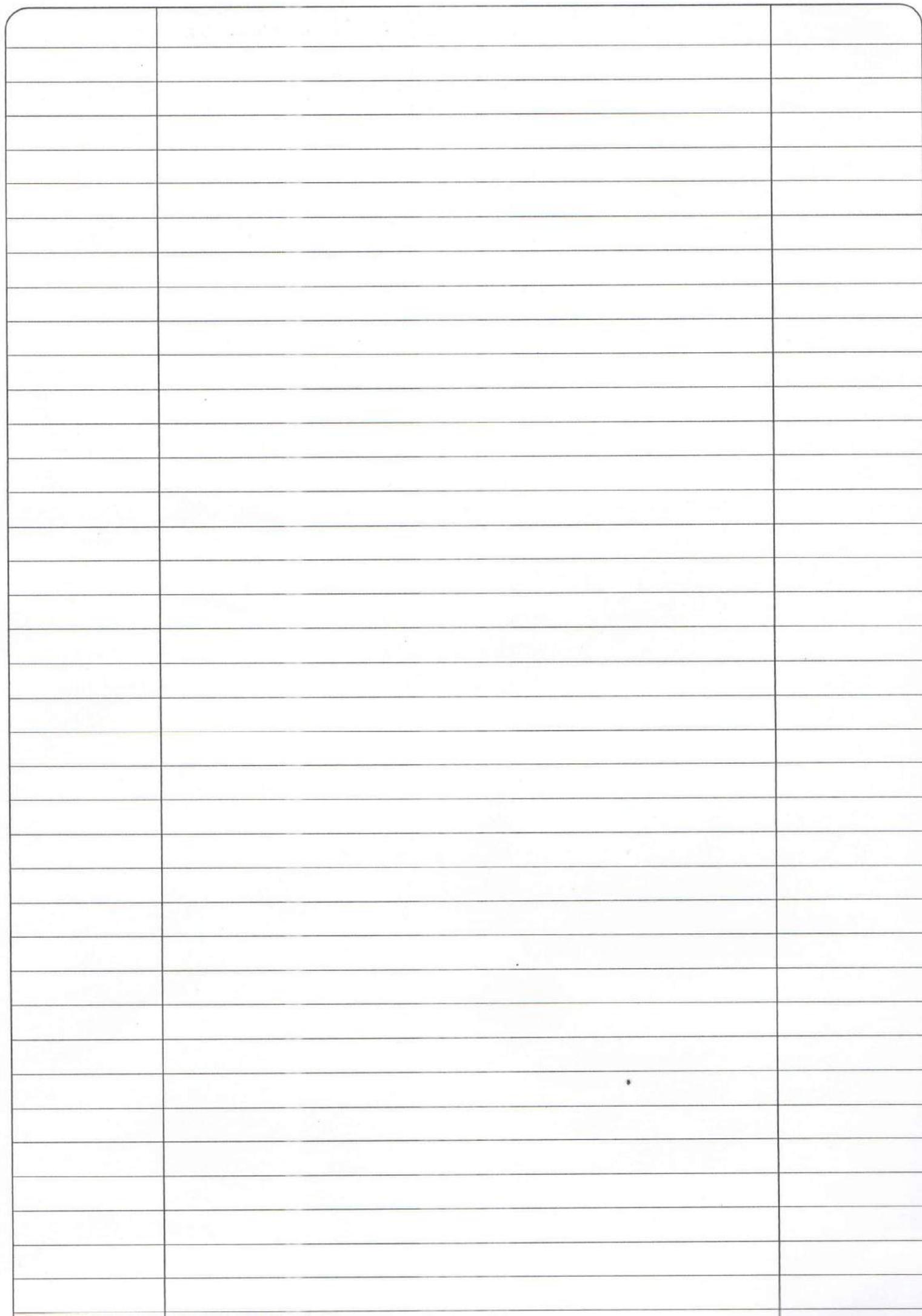
TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

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

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

* Campo Obrigatório



500 unid



CADASTRO INDIVIDUAL

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

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	Cód. CNES UNIDADE	Cód. EQUIPE (INE)	MICROÁREA	DATA: / /
----------------------------------	-------------------	-------------------	-----------	-----------

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

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO

Nº DO CARTÃO SUS	RESPONSÁVEL FAMILIAR
	É o responsável? Nº DO CARTÃO SUS DATA DE NASCIMENTO: / /
	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

NOME COMPLETO: _____

APELIDO / NOME SOCIAL: _____ DATA DE NASCIMENTO: / /

SEXO: Masculino Feminino RAÇA / COR: Branca Preta Parda Amarela Indígena Nº NIS (PIS/PASEP): _____

NOME COMPLETO DA MÃE: _____

NACIONALIDADE: Brasileira Naturalizado Estrangeiro PAÍS DE NASCIMENTO: _____ TELEFONE CELULAR: () _____

MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO: _____ E-MAIL: _____

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

SITUAÇÃO CONJUGAL: Solteiro (a) Casado (a) / Convívio com Parceiro Divorciado(a) / Separado (a) Viúvo(a) Outra

FREQUENTA ESCOLA? Sim Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

<input type="radio"/> Creche	<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)
<input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA)	<input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc)
<input type="radio"/> Classe Alfabetizada - CA	<input type="radio"/> Ensino Médio Especial
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries	<input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo)
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries	<input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo	<input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral, etc)
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial	<input type="radio"/> Nenhum
<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)	

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO:

<input type="radio"/> Empregador
<input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho
<input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho
<input type="radio"/> Autônomo com previdência social
<input type="radio"/> Autônomo sem previdência social
<input type="radio"/> Aposentado/Pensionista
<input type="radio"/> Desempregado
<input type="radio"/> Não trabalha
<input type="radio"/> Outro

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? Adulto Responsável Outra(s) Criança(s) Adolescente Sozinha Creche Outro

FREQUENTA CURANDEIRO(A) / BENZEDEIRA(O)? Sim Não PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? Sim Não POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? Sim Não

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? Sim Não SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO? Sim Não

SE SIM, QUAL?

<input type="radio"/> Heterossexual	<input type="radio"/> Lésbica	<input type="radio"/> Travesti	<input type="radio"/> Outro
<input type="radio"/> Gay	<input type="radio"/> Bissexual	<input type="radio"/> Transsexual	

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA? Sim Não

SE SIM, QUAL?

<input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva	<input type="checkbox"/> Outra
<input type="checkbox"/> Visual	<input type="checkbox"/> Física	

SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? Sim Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?

<input type="radio"/> < 6 meses	<input type="radio"/> 6 a 12 meses	<input type="radio"/> 1 a 5 anos	<input type="radio"/> > 5 anos
---------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? Sim Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? Sim Não

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? Sim Não

SE SIM, QUAL?

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? Sim Não

SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?

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? <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 SE SIM, QUAL? <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? _____	
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? <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? _____	
SE SIM, QUAIS? <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? <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? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outros		SE SIM, QUAIS? <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outros	
<input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular			

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

<p>Nome: _____</p> <p>RG: _____</p> <p>End: _____</p> <p>Cidade: _____ UF: _____</p> <p>Tel: _____</p>	<p>COMPRADOR _____</p> <p>FORNECEDOR _____</p> <p>Ass. Farmacêutico(a)</p> <p>Data: ____/____/____</p>
--	--

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

<p>Nome: _____</p> <p>RG: _____</p> <p>End: _____</p> <p>Cidade: _____ UF: _____</p> <p>Tel: _____</p>	<p>COMPRADOR _____</p> <p>FORNECEDOR _____</p> <p>Ass. Farmacêutico(a)</p> <p>Data: ____/____/____</p>
--	--

200 blocos de 100 unidades.



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

REQUISIÇÃO

Fornecedor: _____

Escola: _____ Data: ____/____/____

PRODUTO	QUANT.	UND.	V. UNIT.	VALOR TOTAL

Machadinho (RS): ____/____/____

VALOR TOTAL

Carimbo e Assinatura Servidor Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACHADINHO

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

REQUISIÇÃO

Fornecedor: _____

Escola: _____ Data: ____/____/____

PRODUTO	QUANT.	UND.	V. UNIT.	VALOR TOTAL

Machadinho (RS): ____/____/____

VALOR TOTAL

Carimbo e Assinatura Servidor Responsável



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

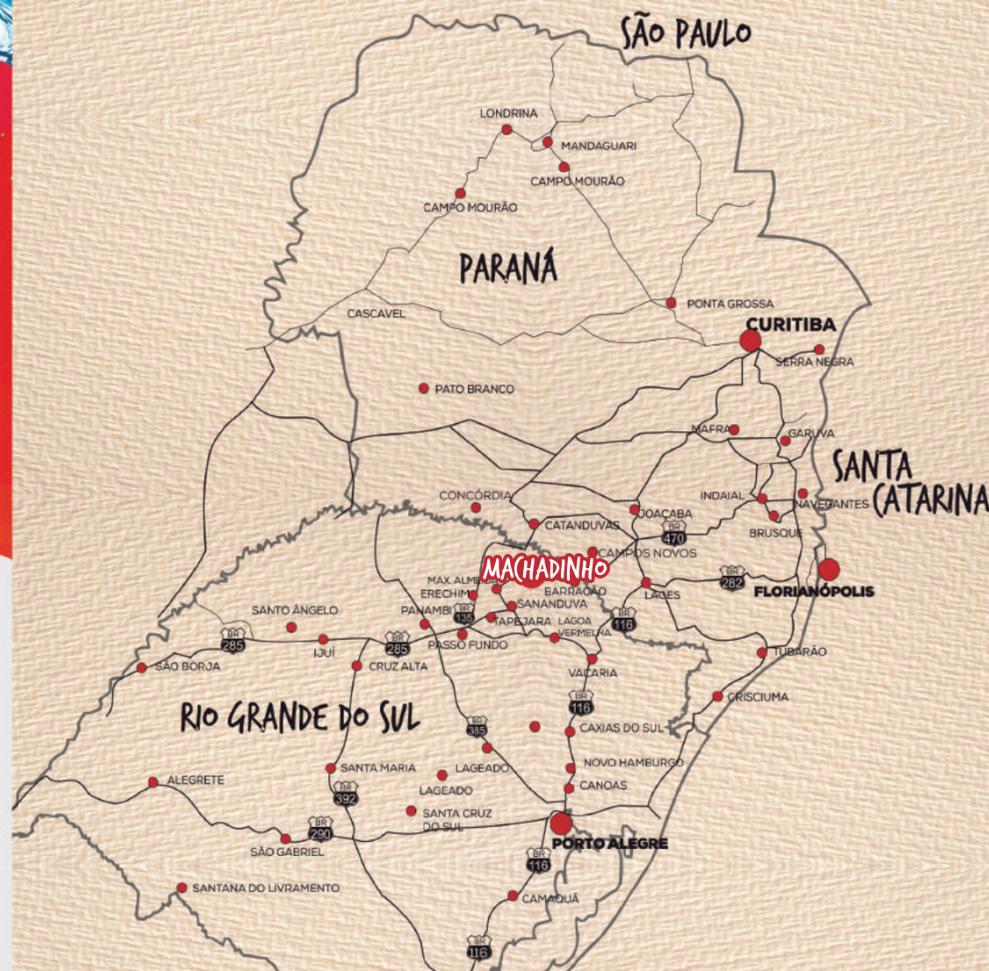
CONCORRA A 16 DIÁRIAS COM ACOMPANHANTE

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
54 3551-1127

www.adtmachadinho.com
54 9.9686-8933

www.termasmachadinho.com.br
54 3551-4750



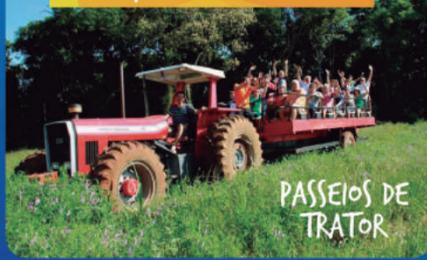
Natureza, tranquilidade, lazer
e saúde para toda família,
em um só lugar.



RS
MACHADINHO
SENSACIONAL

PONTOS TURÍSTICOS

CACHAÇARIA ACANHADINHA



PASSEIOS DE TRATOR

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

CASCATA DO TIGRE



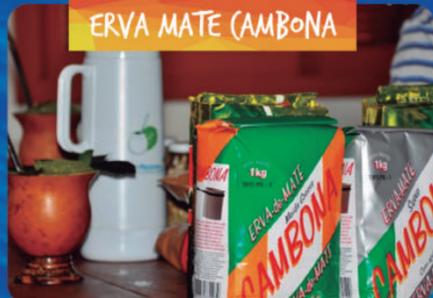
54 99977 6314

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



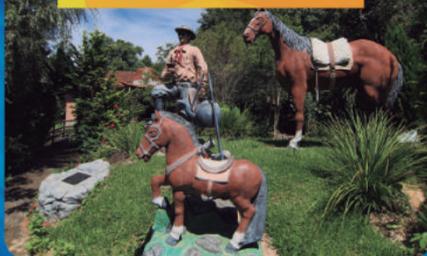
54 99661 2717
invernadosmacacos@bol.com.br

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

CABANAS NOSTRA CASA



54 99609 7071
ecosulmachadinho@hotmail.com

CABANAS RECANTO DAS ÁGUAS



54 99609 7071
ecosulmachadinho@hotmail.com

CAMPING CASAGRANDE



54 99650 8708 | 54 98118 1404

HOTEL ENIGMA



54 99611 7801
alinezulem@hotmail.com

MACHADINHO TERMAS PARK HOTEL



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

POUSADA BALDISSERA



54 99635 7319
gustobaldissera@hotmail.com

POUSADA CASAGRANDE



54 99650 9691 | 99994 9051

POUSADA MOMO



54 99958 8335 | 99117 8305
pousadamomomachadinho@gmail.com

POUSADA RUAS



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

POUSADA SENTINELA DOS PAMPAS



54 99621 7124
alinezulem@hotmail.com

POUSADA TADIOTO



54 99155 0542 | 99974 1537
tamaraetadioto@hotmail.com

POUSADA TAUFER



54 99656 8478

RECANTO DO LAGO



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

SOBRADOS BELAS ÁGUAS



54 99609 7071
ecosulmachadinho@hotmail.com

SOBRADOS GIRASSOL



54 99609 7071
ecosulmachadinho@hotmail.com

VILLA DAS TERMAS HOTEL



54 3551 1121
villadastermas@gmail.com