

Item	Especificação	Unidade	Marca/Modelo	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
01	ADESIVO vinil CARACTERISTICAS DO ADESIVO: Vinil Branco FOSCO Espessura 0,08 Cola a base de água IMPRESSÃO: - Impressão digital alta definição Roland (1440 dpi) - Tinta Eco-solvente	UN		300,0000		
02	ADESIVO DE PAREDE infantil cerca cerquinha safari Modelo: adesivo cerca quartos Unidade por embalagem: 06 Cor:colorida Desenho:cerca safari Superfícies recomendadas: lisa, limpa e seca Adequado para paredes Tamanho de cada folha: 100 cm altura, 70 cm largura (Necessário 1 pacote com 06 folhas)	UN		2,0000		
03	ADESIVO JANELA FALSA FLORESTA Medida: 200X150 Cores predominantes: Verde	UN		3,0000		
04	ADESIVO VINIL CARACTERISTICAS DO ADESIVO: Vinil Branco FOSCO Espessura 0,08 Cola a base de água IMPRESSÃO: - Impressão digital alta definição Roland (1440 dpi) - Tinta Eco-solvente	UN		1.000,0000		
05	ADESIVOS COLORIDOS DESTACÁVEIS ETIQUETA ADESIVA MANHÃ ETIQUETA ADESIVA ALMOÇO ETIQUETA ADESIVA JANTAR (ALTURA: 2,5 CM LARGURA: 2,7 CM) Papel adesivado A4	FL		450,0000		
06	ADESIVOS DESTACAVEIS COLORIDOS ETIQUETA ADESIVA Vulnerabilidade familiar: (ALTURA 6,5 CM LARGURA 6,5 CM) Papel adesivado A4	UND		7.500,0000		
07	BANNER FRONT LIGHT M2	UN		20,0000		
08	BANNER AMIGOS DA AUDIÇÃO Descrição: Em Lona Front Light, Gramatura 440G, bastão horizontal e corda, tamanho, tamanho 1000x1000mm.Cores:4x0	UN		1,0000		
09	BANNER CEREBRO ATIVO Descrição: Em Lona Front Light, Gramatura 440G, bastão horizontal e corda, tamanho, tamanho 1000x1000mm.Cores:4x0.	UN		1,0000		
10	BANNER CRAS FRONT LIGHT M2 1X1 M LONA 440 GR	UN		3,0000		
11	BANNER NOVEMBRO AZUL Banners front light m2 1x1 m Lona 440gr	UND		3,0000		

12	BANNER PARAUNA TEA Descrição: Em Lona Front Light, Gramatura 440G, bastão horizontal e corda, tamanho, tamanho 1000x1000mm.Cores:4x0.	UN		1,0000		
13	BLOCO COPIATIVO, PAGINADO, CARBONADO 10X15CM Blocos , Tam. 10x15, 1x0 cores, Papel Sulf 63gr, 50x2 vias Acabamento Picote, Cola, Numerado, Autocopiativo, com capa, grampeado.	BL		450,0000		
14	BLOCO PARA ANOTAÇÃO Modelo Bloco de anotações ecológico A6 em cartão Local da Personalização Frente do bloco Opção de Personalização Personalizado Cor da Personalização Verde Escuro Cor da tinta Cor da tinta preta	UN		200,0000		
15	BLOCOS DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B (RECEITA AZUL) Blocos, Tam. 15,5x9 50x1 vias Receita Azul Numerado OBS: A empresa deve possuir autorização deste material.	BL		100,0000		
16	BLOQUINHO FOLHA LISA KRAFT BLOQUINHO FOLHA LISA KRAFT CAPA DURACAPA DURA 400GR (MARROM OU BRANCA) ,PAGINAS LISA EM BRANCO ,TAMANHO 10X7cm CONTÉM 50 FOLHAS .	BL		50,0000		
17	CADERNETA DA GESTANTE modelo livro tamanho A5 brochura colado, miolo offset 75 gramas, capa couche 180 gramas (modelo conforme recomendado pelo MS será disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saude, 50 paginas	UND		50,0000		
18	CARTAO DE VACINACAO Cartão de vacina formato A4 frente e verso Impresso Tam. A4 Cores Frente e verso Cartolina 180grs	UN		2.000,0000		
19	CARTILHA TEA medida fechada 20x15 cm ,acabamento grampo, 26 paginas contando capa couche 145 gr ,4x4 cores	CART		500,0000		
20	CARTILHAS CAMPANHAS DE COMBATE AO ABUSO E EXPLORAÇÃO SEXUAL CONTRA CRIANÇA E O ADOLESCENTE Medida fechada 20x15 cm acabamento grampo 15 paginas contando capa couche 145 gr 4x4 cores	CART		250,0000		
21	FAIXA DE LONA para os temas Outubro Rosa e Novembro Azul 3x1 m Gramatura 440gm2 Bastão Vertical e corda Cores	UN		2,0000		
22	FAIXA DE LONA 03 X 01M Gramatura 440gm2 Bastão Vertical e corda Cores	UND		50,0000		

23	FAIXA DE LONA 3X1 M CAMPANHA gramatura 440 gm2 cores para os temas da campanha de combate a violencia contra pessoa idosa e campanha de combate ao trabalho infantil	UN		2,0000		
24	FAIXA DE LONA DEZEMBRO VERMELHO 3x1 m Gramatura 440gm2 Bastão Vertical e corda Cores	UND		2,0000		
25	FAIXAS DE LONA CONSCIENTIZAÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA, DIA NACIONAL DO COMBATE AO ABUSO E EXPLORACAO SEXUAL, DIREITOS E DEVERES, COMBATE AO TRABALHO INFANTIL, PRIMEIRA INFANCIA, SEMANA NACIONAL DE PREVENÇÃO A VIOLENCIA NA PRIMEIRA INFANCIA Medidas 3x1 m Gramatura 440 gm2 bastao vertical e corda cores	UN		6,0000		
26	FICHA CADASTRO DOMICILIAR Impresso cadastro domiciliar e Territorial Blocos , Tam. 30x21, 1x1 cores, Papel Sulf 90gr, 50x1 vias	UN		5,0000		
27	FOLDER SIFILIS tamanho 23x16cm. A 3. Papel off set 150g. Cores:4x4. Aberto medida:23x32cm.	UND		1.900,0000		
28	FOLDER CAMPANHA DIREITOS E DEVERES DA CRIANÇA E ADOLESCENTE TAMANHO 23X16 CM A 3 PAPEL OFF SET 150 G CORES 4X4 ABERTO MEDIDA 23X32 CM	UN		200,0000		
29	FOLDER CAMPANHAS AO ABUSO E EXPLORACAO SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES, COMBATE A VIOLENCIA CONTRA A PESSOA IDOSA, VIOLENCIA DOMESTICA E NOVEMBRO AZUL Tamanho 23x16 cm A 3 papel off set 150 g cores 4x4 aberto emdida 23x32 cm	UN		1.400,0000		
30	FOLDER FONOAUDIOLOGIA Livreto, tamanho 23x16cm. A 3. Papel off set 150g. Cores:4x4. Aberto medida:23x32cm.	UN		500,0000		
31	FOLDER NOVEMBRO AZUL Medida: 15 x 21 cm . Cores4x4. Papel off Set 120g.	UNITÁ		300,0000		
32	FOLDER SAUDE DA MULHER Folder Mulher: Ame-se tamanho 23x16cm. A 3. Papel off set 150g. Cores:4x4. Aberto medida:23x32cm.	UN		300,0000		
33	FOLDER SAUDE HOMEM tamanho 23x16cm. A 3. Papel off set 150g. Cores:4x4. Aberto medida:23x32cm.	UN		300,0000		
34	FOLDER SEMANA DO IDOSO TAMANHO 23X16 CM A3 PAPEL OFF SET 150 G CORES 4X4 ABERTO MEDIDA 23X32 CM	UN		200,0000		

35	FOLDERS CONSCIENTIZAÇÃO DIREITOS E DEVERES DA CRIANÇA E ADOLESCENTE, GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA, ABUSO SEXUAL, DIA DO COMBATE AO TRABALHO INFANTIL, PRIMEIRA INFANCIA Medidas 15x21 cm cores 4x4 papel off set 120 g	UN		2.500,0000		
36	FOLHA LAUDO PARA SOLICITACAO DE AUTORIZACAO DE INTERNACAO HOSPITALAR IMPRESSO Blocos , Tam. 21x30, 1x1 cores, Papel Sulf 90gr, 50x1 vias	BL		5,0000		
37	IMPRESSO AVISO CONSULTA Blocos, Tam. 10,5x6,5cm , 1x0 cores, Papel Sulf 90gr □ 100x1 vias Acabamento Picote/Cola	BL		30,0000		
38	IMPRESSO CADASTRO FAMILIA Blocos , Tam. 30x21, 1x1 cores, Papel Sulf 90gr, 50x1 vias	BL		5,0000		
39	IMPRESSO CONTROLE DIARIO DE ATENDIMENTO TECNICO DE ENFERMAGEM Blocos , Tam. 21x30, 1x1 cores, Papel Sulf 63gr, 50x1 vias	BL		10,0000		
40	IMPRESSO CONTROLE GLICÊMICO Blocos , Tam. 15x21, 1x0 cores, Papel Sulf 63gr, 100x1 vias	BL		5,0000		
41	IMPRESSO CONTROLE PRESSÃO Blocos , Tam. 15x21, 1x0 cores, Papel Sulf 63gr, 100x1 vias Impressão azul	BL		50,0000		
42	IMPRESSO DE ATESTADO MEDICO Blocos , Tam. 15x21, 1x0 cores, Papel Sulf 63gr, 100x1 vias	BL		20,0000		
43	IMPRESSO DE DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO Blocos , Tam. 15x21, 1x0 cores, Papel Sulf 63gr, 100x1 vias	BL		10,0000		
44	IMPRESSO DE SOLICITACAO DE EXAMES LABORATORIAIS Blocos , Tam. 15x21, 1x0 cores, Papel Sulf 63gr, 50x1 vias	BL		10,0000		
45	IMPRESSO ENTREVISTA FAMILIAR BLOCOS TAMANHO 30X21 1X1 CORES PAPEL SULF 50X1 VIAS	BL		3,0000		
46	IMPRESSO FICHA DE ATENDIMENTO MEDICO Blocos , Tam. 30x21, 1x0 cores, Papel Sulf 63gr, 50x1 vias	BL		20,0000		
47	IMPRESSO MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR Blocos , Tam. 30x21, 1x0 cores, Papel Sulf 63gr, 50x1 vias	BL		10,0000		
48	IMPRESSO PROGRAMA MUNICIPAL IST HIV AIDS Blocos , Tam. 21x30, 1x1 cores, Papel Sulf 90gr, 50x1 vias	BL		10,0000		
49	IMPRESSO RECEITUARIO Blocos , Tam. 15x21, 1x0 cores, Papel Sulf 63gr, 50x2 vias, autocopiativo	BL		300,0000		
50	IMPRESSO REFERENCIA E CONTRA REFERENCIA Blocos , Tam. 30x21, 1x0 cores, Papel Sulf 63gr, 50x1 vias	BL		30,0000		

51	IMPRESSO REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO colo do útero Blocos , Tam. 21x30, 1x1 cores, Papel Sulf 90gr, 50x1 vias Frente e verso	BL		10,0000		
52	IMPRESSO REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA Blocos , Tam. 21x30, 1x1 cores, Papel Sulf 90gr, 50x1 vias	BL		10,0000		
53	PAPEL DE PAREDE SAFARI INFANTIL 3,20 M COMP / 2,80 M ALTURA	UN		1,0000		
54	PAPEL DE PAREDE 3,20 X 2,10 M BOSQUE INFANTIL 3,20 M COMP/ 2,10 M ALTURA	UN		1,0000		
Valor total					R\$	



Item 01



Item 03



Item 04



Item 05



Item 11.



Item 12

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE JUSCELINO - MG

AUTORIZA AO BAR E RESTAURANTE _____

FORNECER _____ ALMOÇO (PF) E UM REFRIGERANTE (PEQUENO) PARA:

Sr. (a) _____

Data: ____ / ____ / 20 ____

Responsável

OBS.: NÃO ACEITAR RASURAS

Nº 1500

COMPROVANTE PARA FORNECIMENTO DE PASSAGEM
Ses. Municipal de Saúde de Presidente Juscelino/MG

Paciente: _____

003793

Acompanhante: Sim Não

Está autorizado(a) a viajar no transporte autorizado.

Data: ____ / ____ / 20 ____

ORIGEM:

<input type="checkbox"/> Capão	<input type="checkbox"/> Vila São Joaquim
<input type="checkbox"/> Brejo	<input type="checkbox"/> Serra do Gonçalo
<input type="checkbox"/> Curvelo	<input type="checkbox"/> Presidente Juscelino
<input type="checkbox"/> Raiz	<input type="checkbox"/> Muquém
<input type="checkbox"/> Laranjeiras	

DESTINO:

<input type="checkbox"/> Capão	<input type="checkbox"/> Vila São Joaquim
<input type="checkbox"/> Brejo	<input type="checkbox"/> Serra do Gonçalo
<input type="checkbox"/> Curvelo	<input type="checkbox"/> Presidente Juscelino
<input type="checkbox"/> Raiz	<input type="checkbox"/> Muquém
<input type="checkbox"/> Laranjeiras	

CONSULTA EXAME

Funcionário Responsável

ATENÇÃO: Este comprovante é válido somente para a data acima com assinatura e carimbo do funcionário.



PREFEITURA MUNICIPAL
DE
PRESIDENTE JUSCELINO
ORDEM DE COMPRA

MATERIAIS

SERVIÇOS

Fornecedor:

Descrição do bem, ou serviço requisitado.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data: / / 200

Ass. do Requisitante:

OBS.: O PAGAMENTO SERÁ EFETUADO MEDIANTE APRESENTAÇÃO DESTA REQUISIÇÃO.

GRÁFICA SAUJO - TEL. (38) 372-4353

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B

UF MG NÚMERO
Nº 14620045 A

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
 Prefeitura Municipal de Presidente Juscelino
Secretaria Municipal de Saúde
 ESTABELECIMENTO ASSISTENCIAL DE SAÚDE
 Rua Dr. Paulo Salvo, 59 - Centro - Presidente Juscelino - MG
 CEP 39.245-000 - Fone: (38) 3724-1373 - farpj@hotmail.com

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA
 QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA
 DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA
 POSOLOGIA

Paciente _____
 Endereço: _____

Assinatura do Emissor _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
 Nome: _____
 Endereço: _____
 Ident. Nº _____ Org. Emissor: _____ Tel. _____

CARIMBO DO FORNECEDOR
 DATA _____
 NOME DO VENDEDOR _____

Artes Gráficas POLI TIPO Ltda - Rua Afonso Pena, 15 - Centro - Tel. (38) 3721-8120 - Curvelo-MG - CEP 35.790-000 CNPJ 19.967.529/0001-24 - Insc. Est. 289.036/62-00-72
 20 Blocos 50x1 Via - Notificação de Receita B - Numeração concedida de 14619251A à 14620250A - Autorização emitida pela VISA-Sete Lagoas nº 29017 em 23/04/2020.

Item 15



Item 17

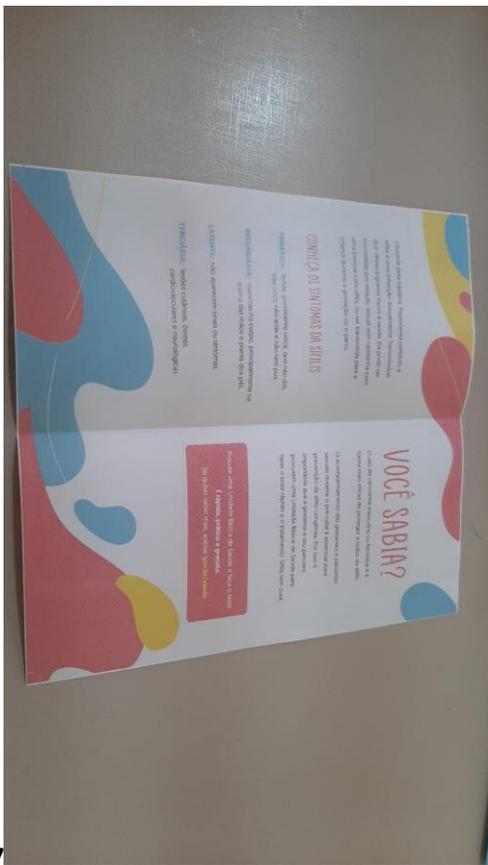


cartao
 vacinacao.pdf

Item 18



Item 19



Item 27

Sistema de Conselhos Federal e Regionais de Fonoaudiologia

Fonoaudiologia no SUS

Fonoaudiólogo é o profissional, com graduação plena em Fonoaudiologia, que atua em pesquisa, prevenção, avaliação e terapia fonoaudiológicas na área da comunicação oral e escrita, voz e audição, bem como em aperfeiçoamento dos padrões da fala e da voz. (Lei nº 6.965)

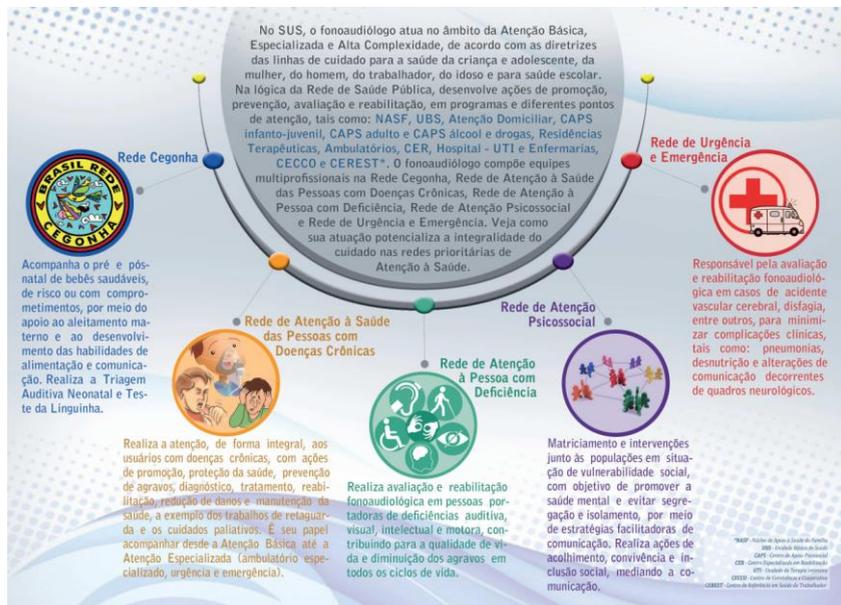
A Fonoaudiologia atua nos diferentes ciclos da vida

1º Região (AC) - www.cofonoaudiologia.org.br
 2ª Região (AM) - www.cofonoaudiologia.org.br
 3ª Região (AP) - www.cofonoaudiologia.org.br
 4ª Região (BA) - www.cofonoaudiologia.org.br
 5ª Região (CE) - www.cofonoaudiologia.org.br
 6ª Região (DF) - www.cofonoaudiologia.org.br
 7ª Região (ES) - www.cofonoaudiologia.org.br
 8ª Região (GO) - www.cofonoaudiologia.org.br
 9ª Região (MA) - www.cofonoaudiologia.org.br
 10ª Região (MG) - www.cofonoaudiologia.org.br
 11ª Região (MS) - www.cofonoaudiologia.org.br
 12ª Região (MT) - www.cofonoaudiologia.org.br
 13ª Região (PA) - www.cofonoaudiologia.org.br
 14ª Região (PB) - www.cofonoaudiologia.org.br
 15ª Região (PE) - www.cofonoaudiologia.org.br
 16ª Região (PI) - www.cofonoaudiologia.org.br
 17ª Região (RJ) - www.cofonoaudiologia.org.br
 18ª Região (RN) - www.cofonoaudiologia.org.br
 19ª Região (RR) - www.cofonoaudiologia.org.br
 20ª Região (RS) - www.cofonoaudiologia.org.br
 21ª Região (SC) - www.cofonoaudiologia.org.br
 22ª Região (SE) - www.cofonoaudiologia.org.br
 23ª Região (SP) - www.cofonoaudiologia.org.br
 24ª Região (TO) - www.cofonoaudiologia.org.br
 25ª Região (AC) - www.cofonoaudiologia.org.br
 26ª Região (AP) - www.cofonoaudiologia.org.br
 27ª Região (CE) - www.cofonoaudiologia.org.br



folder-fonoaudiologia-no-sus.pdf

Item 30



Alguns folhas.

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	
4 - CNES		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		8 - DATA DE NASCIMENTO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input checked="" type="checkbox"/>	
10 - RAÇA/COR		11 - ETNIA	
12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		13 - NOME DA MÃE	
14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		15 - NOME DO RESPONSÁVEL	
16 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		17 - CDD - IBGE MUNICÍPIO	
18 - UF		19 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL	
25 - CID 10 SECUNDÁRIO		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
31 - DOCUMENTO (<input checked="" type="checkbox"/>) CNS () CPF		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA	
40 - Nº DO BILHETE		41 - SÉRIE	
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		42 - CNPJ EMPRESA	
43 - CNIE DA EMPRESA		44 - CSOR	
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COD. ORGÃO EMISSOR	
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

Item 36

CONSULTA

Data: _____ / _____ / 20____

Horário: _____

Local: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE JUSCELINO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE
Rua Gonçalves da Fonseca, 60 – Cerrado – Presidente Juscelino
– MG – 39245-000 – 38-3724-1294

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Atesto para os devidos fins, que o(a) Sr.(a) _____, foi atendido(a) nesta unidade das ____ h às ____ h do dia de hoje ____ / ____ / ____.

Presidente Juscelino MG, ____ de ____ de 20__.

Médico (a) Assistente
Carimbo e assinatura

Item 43

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE JUSCELINO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Hospital ou Ambulatório: _____ Código: _____

Nome do Paciente: _____ Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: M F Cor: B P A Peso (Kg): _____ Altura (cm): _____ Clínica: _____ Enfermeira: _____ Leito: _____

Dados Clínicos: _____

Material a Examinar: 1) sangue 2) urina 3) fezes 4) escarro 5) secreção vaginal 6) _____

Exame(s) Solicitado(s): _____

Presidente Juscelino, ____ de ____ de 20__ Carimbo e Assinatura do Médico: _____

Item 44

PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE JUSCELINO
CENTRO DE SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO DR.: _____

LOCALIDADE: _____ DATA: ____ / ____ / 20__

Nº	MATR	NOME	HA	DM	ICC	DIAGNÓSTICO	ASSINATURA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

Item 46

Assinatura do Médico: _____

	MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR	REGISTRO POR: _____	DATA: _____
		CONFERIDO POR: _____	FOLHA Nº: _____

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL* _____	CBO* _____	Cod. CIES UNIDADE* _____	Cod. EQUIPE IMEJ* _____	DATA* _____
---	------------	--------------------------	-------------------------	-------------

NOME DO CARIÓTIPO: _____	
Nome da Cidade: _____	
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino
Local de Atendimento* _____	

GRUPO 1 - COMUM A TODAS AS IDADES	A criança come algum tipo de leite? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Como o leite é consumido:
	Amigdalado <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Açucarado <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Leite de vaca <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Fórmula infantil <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Leite em pó <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Frutas <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Comida de sal (de pão, pizza ou sopa) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Outros alimentos doces <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	A criança come alguma coisa de pão? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Como a criança come? Frita (vaca, em pedregal ou amassada)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Se sim, quantas vezes? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não sabe
	Como a criança come? Comida de sal (de pão, pizza ou sopa)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Se sim, quantas vezes? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não sabe
Se sim, como come? Na mão <input type="radio"/> Em palatinho <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na panela <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Do e leite <input type="radio"/> Não sabe	

GRUPO 2 - 6 A 27 MESES	Como a criança come?
	Outro tipo que não é leite de leite <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Merga e com leite <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Pão <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Alimentos não cozidos: cozidos como tempero, sem sal, sem manteiga, sem açúcar, sem óleo e sem sal.
	Vegetal ou fruta (de batata cozida ou cozida, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, brócolis, espinafre, beterraba, couve-flor, espinafre).
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Carne (do, frango, peixe, porco, moquele cozida) ou ovo <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Fígado <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Arroz, milho, feijão, milho cozido com manteiga, feijão ou macarrão (sem sal e tempero) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Hortaliças com molho (tomate, cebola, alho, cebola, tomate, alho, cebola) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Bolo de leite com açúcar, bolo de leite com açúcar, bolo de leite com açúcar, bolo de leite com açúcar.
	Biscoito tipo biscoito, biscoito tipo biscoito, biscoito tipo biscoito, biscoito tipo biscoito.
	Biscoito tipo biscoito, biscoito tipo biscoito, biscoito tipo biscoito, biscoito tipo biscoito.
	Biscoito tipo biscoito, biscoito tipo biscoito, biscoito tipo biscoito, biscoito tipo biscoito.

GRUPO 3 - COMUM A TODAS AS IDADES	Você tem costume de beber ou beber alguma bebida? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Como você bebe? <input type="radio"/> Café <input type="radio"/> Chá <input type="radio"/> Leite <input type="radio"/> Água <input type="radio"/> Suco <input type="radio"/> Cerveja <input type="radio"/> Vinho <input type="radio"/> Cachaça
	Como você consome?
	Frutas <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Frutas frescas (de qualquer tipo de fruta) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Verduras e legumes (de qualquer tipo de vegetal) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Hortaliças com molho (tomate, cebola, alho, cebola, tomate, alho, cebola) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Verduras e legumes cozidos (de qualquer tipo de vegetal) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Verduras e legumes cozidos (de qualquer tipo de vegetal) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Verduras e legumes cozidos (de qualquer tipo de vegetal) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Verduras e legumes cozidos (de qualquer tipo de vegetal) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Verduras e legumes cozidos (de qualquer tipo de vegetal) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Verduras e legumes cozidos (de qualquer tipo de vegetal) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Verduras e legumes cozidos (de qualquer tipo de vegetal) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe

Legenda: Opção Múltipla de Escolha Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)
 * Campo Opcional
 * Todas as questões do banco devem ser respondidas.
 Local de Atendimento: 01 - ABCD 02 - Unidade Básica 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Crèche 06 - Outros 07 - Pólo (Academia de Futebol) 08 - Instituto / Abrigo 09 - Unidade prisional ou congênera 10 - Unidade socioeducativa

Item 47



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PRESIDENTE JUSCELINO/MG - SUS
PROGRAMA MUNICIPAL IST - HIV / AIDS

3º Bloco

UNIDADE DE SAÚDE: Centro de Saúde Domingos Dias de Carvalho

CNES: 2157357

Nº DO REGISTRO: _____ CIDADE: Presidente Juscelino/MG DATA: ____/____/____

NOME DO PACIENTE: _____

SEXO: () MASCULINO () FEMININO DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

LAUDO DIAGNÓSTICO DE TESTE RÁPIDO

1) TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO do Antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBsAg)

Amostra: obtida por punção digital Método: Imunocromatografia

RESULTADO: AMOSTRA _____ PARA O ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBsAg).

Ressalva: "Em caso de suspeita de infecção pelo HBV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra, para realização de um novo teste".

2) TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO do Anticorpo contra o vírus da Hepatite C (Anti- HCV)

Amostra: obtida por punção digital Método: Imunocromatografia

RESULTADO: AMOSTRA _____ PARA O ANTICORPO CONTRA O HCV (HEPATITE C).

Ressalva: "Em caso de suspeita de infecção pelo HCV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra, para realização de um novo teste".

3) TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE SIFILIS (TESTE TREPONÊMICO)

Amostra: obtida por punção digital Método: Imunocromatografia

RESULTADO: AMOSTRA _____ PARA SÍFILIS.

Ressalva: "Se persistir a suspeita clínica da sífilis, deve-se repetir esse fluxograma após 30 dias para a exclusão diagnóstica".

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Amostra: obtida por punção digital Método: Imunocromatografia Marca do Teste: _____

RESULTADO: AMOSTRA _____ PARA HIV.

Ressalva: "Persistindo a suspeita da infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra".

Técnico responsável para liberação do laudo:

Responsável Técnico
Carimbo e Assinatura

Nota: Qualquer um dos critérios deverá ser confirmado em outra ocasião e com exames confirmatórios.



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)
PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE JUSCELINO
 ESTADO DE MINAS GERAIS
 CENTRO DE SAÚDE

Leite materno é vida. Amamentação!

Item 49

		PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE JUSCELINO	
Consortório Intermunicipal de Saúde do Médio Rio das Velhas		Ficha de Encaminhamento Médico - Ambulatorial	
REFERÊNCIA			
Unidade de Origem:	Data: / /	Clinica:	Autorização: <small>Formul. M. 06/2005</small>
Identificação do paciente			
Nome: _____			
Dado de nasc.: / /	Sexo: _____	Esp. Civil: _____	
Endereço: _____		Bairro: _____	
Município: _____		UF: _____	
Filiação: Pat: _____	Mãe: _____		
Justificativa do encaminhamento			
Motivo: _____			
Diagnóstico inicial (CID): _____			
Exames/Tratamentos realizados (anexar cópias): _____			
Clínica/Procedimento solicitado: _____			
Ass. Médico: _____			
CONTRA-REFERÊNCIA			
Destino:		Data: / /	
Tratamento (s) (s) Diagnóstico (CID): _____			
Duração: /			
Necessidade de Complementação de Tratamento			
Nesta Unidade:	Sim _____	Não: _____	
Não órgão de origem:	Sim _____	Não: _____	
Retorno			
Justificativa: _____			
Retornar em: / /			
Ass. Médico: _____			

Item 50

MINISTÉRIO DA SAÚDE **REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO**
Programa Nacional de Controle do Câncer da Colo do Útero

UF: _____ OMS de Unidade de Saúde: _____ Nº Protocolo: _____
Unidade de Saúde: _____ (nº grande automaticamente pelo SISCAN)
Município: _____ Fone: _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS: _____
Nome Completo do Mulher: _____
Nome Completo da Mãe: _____
CPF: _____
Data de Nascimento: _____
Dados Residenciais: _____
Lugar: _____
Cidade de Nascimento: _____
CEP: _____
Ponto de Referência: _____
Especialidade: _____

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo de acesso? Rotineiro Acompanhamento (paciente afetada ASCUS/Baixas grau) Seguimento (caso diagnóstico colposcópico / histopatológico) 2. Foi ou estava presente (Papitoscopia) alguma vez? Sim, Quando foi a última vez? _____ Não Não sabe 3. Usa DIU? Sim Não Não sabe 4. Está grávida? Sim Não Não sabe 5. Usa pilula contraceptiva? Sim Não Não sabe 6. Usa hormônio / remédio para tratar o menopausa? Sim Não Não sabe 7. Já fez tratamento por polipose? Sim Não Não sabe 8. Data de última menstruação / menopausa? _____ / _____ / _____ Não sabe / Não lembra 9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais? (não considerar o período de sangramento normal) Sim Não / Não sabe / Não lembra 10. Tem ou teve algum sangramento após o menopausa? (não considerar o período de sangramento normal) Sim Não / Não sabe / Não lembra / Não sabe no momento 11. Ingestão de álcool? Normal Assente (semelhante ao ingerido no período cirurgicamente) Alterado Não sabe visualizado 12. Sinal sugestivo de doença sexualmente transmissível? Sim Não Não

EXAME FÍSICO

13. Sinal sugestivo de doença sexualmente transmissível? Sim Não Não

NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para estabelecer a melhor para colposcopia.

Data de coleta: _____ Responsável: _____

Item 51

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

OMS de Laboratório: _____ Número de Exame: _____
Nome do Laboratório: _____
Resposta em: _____

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

ANÁLISE PRÉ-ANALÍTICA
ANÁLISE REJEITADA POR:
 Ausência ou erro na identificação do item, frasco ou formulário
 Lâmina danificada ou ausente
 Causa afetada no laboratório, especificar: _____
 Outros casos, especificar: _____

ADÉQUAÇÃO DO MATERIAL*
 Satisfatória
Insatisfatória para avaliação smears devido a:
 Material molhado ou liposo em mais de 10% do esfregaço
 Sangue em mais de 25% do esfregaço
 Placas em mais de 75% do esfregaço
 Amálgama em mais de 75% do esfregaço
 Contaminação externa em mais de 75% do esfregaço
 Menor representação celular em mais de 75% do esfregaço
 Outros, especificar: _____

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO
DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE DO MATERIAL EXAMINADO?
 Sim Não

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS
 Inflamação
 Metaplasia escamosa imatura
 Reparação
 Atrofia ou inflamação
 Radiação
 Outros, especificar: _____

MICROBIOLOGIA
 Leucócitos sp
 Cocos
 Sanguinosa de Chlamydia sp
 Actinomicetos sp
 Condió sp
 Trichomonas vaginalis
 Mito citopático compatível com vírus do grupo Herpes
 Bactérias saprofitárias (sugestivas de Gardnerella/Vaginose)
 Outros bacilos
 Outros, especificar: _____

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO
Escamosas: Posivelmente não neoplásicas (ASC-US)
 Não se pode efetuar laudo de alto grau (ASC-H)
Glandulares: Posivelmente não neoplásicas
 Não se pode efetuar laudo de alto grau

De origem indolente: Posivelmente não neoplásicas
 Não se pode efetuar laudo de alto grau

ATÍPICAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS
 Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo alto e baixo grau)
HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I
 Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais: carcinoma grau II e III)
 Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
 Carcinoma epidermoide invasor

ATÍPICAS EM CÉLULAS GLANDULARES
 Adenoeciossarcoma "in situ"
Adenoeciossarcomas invasivos: Cervical
 Endometrial
 Sem outras especificações

OUTRAS NEPLASIAS MALIGNAS
 PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-ABORTO OU NA ACMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observação Geral: _____

Solicitado por clínica: _____ Responsável: _____
Data de Resultado: _____

ATENÇÃO Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

MINISTÉRIO DA SAÚDE **REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - MAMOGRAFIA**
Programa Nacional de Controle do Câncer da Mama

UF: _____ OMS de Unidade de Saúde: _____ Nº Protocolo: _____
Unidade de Saúde: _____ (nº grande automaticamente pelo SISCAN)
Município: _____ Fone: _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS: _____
Nome Completo da Paciente: _____
Nome Completo da Mãe: _____
CPF: _____
Data de Nascimento: _____
Dados Residenciais: _____
Lugar: _____
Cidade de Nascimento: _____
CEP: _____
Ponto de Referência: _____
Especialidade: _____

DADOS DA ANAMNESE (ONCOLOGIA)

1. Tem histórico de câncer de mama? Sim Não Não sabe 2. Apareceu risco elevado* para câncer de mama? Sim Não Não sabe 3. Antes desta consulta, tem ou esteve submetida por um profissional de saúde? Sim Não Não sabe 4. Foi mamografia alguma vez? Sim, Quando foi a última mamografia? Ano: _____ Não Não sabe 5. Foi radiografia de tórax em algum momento? Sim, em algum momento Não Não sabe 6. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 7. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 8. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 9. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 10. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 11. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 12. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 13. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 14. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 15. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 16. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 17. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 18. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 19. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 20. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 21. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 22. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 23. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 24. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 25. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 26. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 27. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 28. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 29. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 30. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 31. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 32. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 33. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 34. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 35. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 36. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 37. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 38. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 39. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 40. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 41. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 42. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 43. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 44. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 45. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 46. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 47. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 48. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 49. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 50. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 51. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 52. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 53. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 54. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 55. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 56. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 57. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 58. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 59. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 60. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 61. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 62. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 63. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 64. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 65. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 66. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 67. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 68. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 69. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 70. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 71. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 72. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 73. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 74. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 75. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 76. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 77. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 78. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 79. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 80. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 81. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 82. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 83. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 84. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 85. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 86. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 87. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 88. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 89. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 90. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 91. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 92. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 93. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 94. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 95. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 96. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 97. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 98. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 99. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 100. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 101. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 102. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 103. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 104. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 105. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 106. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 107. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 108. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 109. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 110. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 111. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 112. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 113. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 114. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 115. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 116. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 117. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 118. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 119. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 120. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 121. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 122. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 123. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 124. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 125. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 126. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 127. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 128. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 129. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 130. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 131. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 132. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 133. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 134. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 135. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 136. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 137. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 138. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 139. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 140. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 141. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 142. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 143. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 144. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 145. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 146. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 147. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 148. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 149. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 150. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 151. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 152. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 153. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 154. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 155. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 156. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 157. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 158. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 159. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 160. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 161. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 162. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 163. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 164. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 165. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 166. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 167. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 168. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 169. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 170. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 171. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 172. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 173. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 174. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 175. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 176. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 177. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 178. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 179. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 180. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 181. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 182. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 183. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 184. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 185. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 186. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 187. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 188. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 189. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 190. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 191. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 192. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 193. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 194. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 195. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 196. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 197. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 198. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 199. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 200. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 201. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 202. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 203. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 204. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 205. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 206. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 207. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 208. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 209. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 210. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 211. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 212. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 213. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 214. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 215. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 216. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 217. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 218. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 219. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 220. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 221. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 222. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 223. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 224. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 225. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 226. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 227. Foi diagnóstico de câncer de mama? Sim, em algum momento Não Não sabe 228