

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL* 3201140474281141 CBO* _____ CNES* _____ INE* _____ DATA* 11/08/12

TURNOS: A T N PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: Educação Saúde

CNS DO PROFISSIONAL _____ CBO*** _____

LOCAL DE ATIVIDADE _____

Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)*** _____ CNES _____

OUTRA LOCALIDADE: _____

Nº DE PARTICIPANTES* 1069 Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS _____

| ATIVIDADE (opção única)* | | TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)*** | |
|-----------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01 | Reunião de equipe | <input type="checkbox"/> 01 | Questões administrativas/Funcionamento |
| <input type="checkbox"/> 02 | Reunião com outras equipes de saúde | <input type="checkbox"/> 02 | Processos de trabalho |
| <input type="checkbox"/> 03 | Reunião Intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social | <input type="checkbox"/> 03 | Diagnóstico do território/Monitoramento do território |
| <input type="checkbox"/> 04 | | <input type="checkbox"/> 04 | Planejamento/Monitoramento das ações da equipe |
| <input type="checkbox"/> 05 | | <input type="checkbox"/> 05 | Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular |
| <input type="checkbox"/> 06 | | <input type="checkbox"/> 06 | Educação Permanente |
| <input type="checkbox"/> 07 | | <input type="checkbox"/> 07 | Outros |

ATIVIDADE (opção única)*

Educação em saúde

05 Atendimento em grupo

06 Avaliação/Procedimento coletivo

07 Mobilização social

| PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7) | | TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7) | | PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5) | |
|--|---|---|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01 | Comunidade em geral | <input type="checkbox"/> 01 | Ações de combate ao <i>Aedes aegypti</i> | <input type="checkbox"/> 01 | Antropometria |
| <input type="checkbox"/> 02 | Criança 0 a 3 anos | <input type="checkbox"/> 02 | Agravos negligenciados | <input type="checkbox"/> 02 | Aplicação tópica de flúor |
| <input type="checkbox"/> 03 | Criança 4 a 5 anos | <input type="checkbox"/> 03 | Alimentação saudável | <input type="checkbox"/> 03 | Desenvolvimento da linguagem |
| <input type="checkbox"/> 04 | Criança 6 a 11 anos | <input type="checkbox"/> 04 | Autocuidado de pessoas com doenças crônicas | <input type="checkbox"/> 04 | Escovação dental supervisionada |
| <input checked="" type="checkbox"/> 05 | Adolescente | <input type="checkbox"/> 05 | Cidadania e direitos humanos | <input type="checkbox"/> 05 | Práticas corporais e atividades |
| <input type="checkbox"/> 06 | Mulher | <input checked="" type="checkbox"/> 06 | Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas | <input type="checkbox"/> 06 | PNCT Sessão 1 |
| <input type="checkbox"/> 07 | Gestante | <input type="checkbox"/> 07 | Envelhecimento/climatério/andropausa/etc | <input type="checkbox"/> 07 | PNCT Sessão 2 |
| <input type="checkbox"/> 08 | Homem | <input type="checkbox"/> 08 | Plantas medicinais/fitoterapia | <input type="checkbox"/> 08 | PNCT Sessão 3 |
| <input type="checkbox"/> 09 | Familiares | <input type="checkbox"/> 09 | Prevenção da violência e promoção da cultura da paz | <input type="checkbox"/> 09 | PNCT Sessão 4 |
| <input type="checkbox"/> 10 | Idoso | <input type="checkbox"/> 10 | Saúde ambiental | <input type="checkbox"/> 10 | Saúde auditiva |
| <input type="checkbox"/> 11 | Pessoas com doenças crônicas | <input type="checkbox"/> 11 | Saúde bucal | <input type="checkbox"/> 11 | Saúde ocular |
| <input type="checkbox"/> 12 | Usuário de tabaco | <input type="checkbox"/> 12 | Saúde do trabalhador | <input type="checkbox"/> 12 | Verificação da situação vacinal |
| <input type="checkbox"/> 13 | Usuário de álcool | <input type="checkbox"/> 13 | Saúde mental | <input type="checkbox"/> 13 | Outras |
| <input type="checkbox"/> 14 | Usuário de outras drogas | <input type="checkbox"/> 14 | Saúde sexual e reprodutiva | <input type="checkbox"/> 14 | Outro procedimento coletivo |
| <input type="checkbox"/> 15 | Pessoas com sofrimento ou transtorno mental | <input type="checkbox"/> 15 | Semana saúde na escola | | Código do SIGTAP |
| <input type="checkbox"/> 16 | Profissional de educação | <input type="checkbox"/> 16 | Outros | | _____ |
| <input type="checkbox"/> 17 | Outros | | | | |

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: CLEUSA CARVALHO. Sistema e-TICESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse <http://e-processo.fce.sp.gov.br> - link "Validar documento digital" e informe o código do documento: 4-KSV2-K2DW-5W6Q-77F1