



# Prefeitura Municipal de São João da Ponte



## FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

COORDENADOR (NOME)	DATA
COORDENADOR (NOME)	REG. DA SP

DATA DE ATIVIDADE	HORA INÍCIO	HORA FIM	Nº DO CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	CRI
1 / 1				
Nº MEN (ESQUELA / CRECHE)	PROVINCIAÇÃO DE Nº DE PARTICIPANTES			
LOCAL DE ATIVIDADES				

Legenda:  Tipo de Atividade Específica  Tipo de União Específica  Menor Y de opção Análoga

ATIVIDADE (Clique Única)		TEMAS PARA REUNÃO (Clique Múltipla)	
<input type="checkbox"/> 01	Reunião de Trabalho	<input type="checkbox"/> 01	Gestão Administrativa / Funcionamento
<input type="checkbox"/> 02	Reunião com outros Sistemas de Saúde	<input type="checkbox"/> 02	Processos de Trabalho
<input type="checkbox"/> 03	Reunião Intersectorial / Conselho Local de Saúde / Conselho Social	<input type="checkbox"/> 03	Diagnóstico do Território / Monitoramento do Território
<input type="checkbox"/> 04	Atividade Coletiva	<input type="checkbox"/> 04	Planejamento / Monitoramento das Ações de Saúde
<input type="checkbox"/> 05	Atendimento em Grupo	<input type="checkbox"/> 05	Discussão de Caso / Projeto Terapêutico Singular
<input type="checkbox"/> 06	Avaliação / Desenvolvimento Coletivo	<input type="checkbox"/> 06	Educação Permanente
		<input type="checkbox"/> 07	Outros

PÚBLICO ALVO (Clique Múltipla)		PRÁTICAS - TEMAS PARA SAÚDE (Clique Múltipla)	
<input type="checkbox"/> 01	Comunidade em geral	<input type="checkbox"/> 01	Educação Sexual
<input type="checkbox"/> 02	Criança 0 a 3 anos	<input type="checkbox"/> 02	Educação Básica de Saúde
<input type="checkbox"/> 03	Criança 4 a 5 anos	<input type="checkbox"/> 03	Educação Especial
<input type="checkbox"/> 04	Criança 6 a 11 anos	<input type="checkbox"/> 04	Atividades de prevenção com Crianças Crônicas
<input type="checkbox"/> 05	Adolescente	<input type="checkbox"/> 05	Alimentação e Saúde Materna
<input type="checkbox"/> 06	Mulher	<input type="checkbox"/> 06	Saúde do Trabalhador
<input type="checkbox"/> 07	Gestante	<input type="checkbox"/> 07	Dependência Química (Álcool, Nicotina e Outras drogas)
<input type="checkbox"/> 08	Homem	<input type="checkbox"/> 08	Envelhecimento (Demência, Alzheimer, etc.)
<input type="checkbox"/> 09	Famílias	<input type="checkbox"/> 09	Educação Dental Suplementar
<input type="checkbox"/> 10	Idoso	<input type="checkbox"/> 10	Plantas Medicinais - Fitoterapia
<input type="checkbox"/> 11	Pessoas com Doenças Crônicas	<input type="checkbox"/> 11	Práticas Corporais - Atividade Física
<input type="checkbox"/> 12	Usuário de Tabaco	<input type="checkbox"/> 12	Práticas Corporais e Trabalho em Equipe
<input type="checkbox"/> 13	Usuário de Álcool	<input type="checkbox"/> 13	Prevenção de Violência e Promoção da Cultura da Paz
<input type="checkbox"/> 14	Usuário de Outras Drogas	<input type="checkbox"/> 14	Saúde Ambiental
<input type="checkbox"/> 15	Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental	<input type="checkbox"/> 15	Saúde Bucal
<input type="checkbox"/> 16	Profissional de Educação	<input type="checkbox"/> 16	Saúde Mental
<input type="checkbox"/> 17	Outros	<input type="checkbox"/> 17	Saúde Sexual e Reprodutiva

Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	Cod. CNES UNIDADE	Cod. EQUIPE (INE)	Nº DE PARTICIPANTES	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	RUBRICA / CARIMBO DO PROFISSIONAL

Obrigatório somente para Antropometria

Nº	Nº CARTÃO SUS	DATA DE NASCIMENTO	AValiação ALTERADA	PESO	ALTURA	ASSINATURA
1		/ /	<input type="checkbox"/>			
2		/ /	<input type="checkbox"/>			
3		/ /	<input type="checkbox"/>			
4		/ /	<input type="checkbox"/>			
5		/ /	<input type="checkbox"/>			
6		/ /	<input type="checkbox"/>			
7		/ /	<input type="checkbox"/>			
8		/ /	<input type="checkbox"/>			
9		/ /	<input type="checkbox"/>			
10		/ /	<input type="checkbox"/>			
11		/ /	<input type="checkbox"/>			
12		/ /	<input type="checkbox"/>			
13		/ /	<input type="checkbox"/>			
14		/ /	<input type="checkbox"/>			
15		/ /	<input type="checkbox"/>			
16		/ /	<input type="checkbox"/>			
17		/ /	<input type="checkbox"/>			
18		/ /	<input type="checkbox"/>			
19		/ /	<input type="checkbox"/>			
20		/ /	<input type="checkbox"/>			
21		/ /	<input type="checkbox"/>			
22		/ /	<input type="checkbox"/>			
23		/ /	<input type="checkbox"/>			
24		/ /	<input type="checkbox"/>			
25		/ /	<input type="checkbox"/>			
26		/ /	<input type="checkbox"/>			
27		/ /	<input type="checkbox"/>			
28		/ /	<input type="checkbox"/>			
29		/ /	<input type="checkbox"/>			
30		/ /	<input type="checkbox"/>			
31		/ /	<input type="checkbox"/>			
32		/ /	<input type="checkbox"/>			
33		/ /	<input type="checkbox"/>			