



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACAIA

ESTADO DE SÃO PAULO

Paciente: _____

Necessita realizar o teste de glicemia _____ vezes () dia ou () semana

Sem mais,

Médico

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

2

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACAIA Av. Dr. Cândido Rodrigues, 120 - Centro Cep 12970-000 - Piracaia - SP CNPJ (MF) 45.279.627/0001-61

1ª VIA - FARMÁCIA - BRANCA

2ª VIA - PACIENTE - ROSA

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Ident. _____ Órg. Emissor _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
ASS. DO FARMACÊUTICO
DATA: ____ / ____ / ____

3



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACAIA

ESTADO DE SÃO PAULO

CONVÊNIO 07/83

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

DECLARO que o segurado _____

portador de Carteira Profissional nº _____, série _____

permaneceu nesta Unidade no dia _____ de _____

às _____ horas, para fim de:

Local e Data

Assinatura e Carimbo do Profissional



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACAIA

RECEITUÁRIO MÉDICO

4

Paciente: _____

Rua Jan Antonin Bata, 6 - Centro - Cep 12970-000 - Piracaia - SP - Tel.: (11) 4036-2720



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACAIA

ESTADO DE SÃO PAULO

5

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Sr.(a) _____
portador da carteira profissional nº _____
série _____ necessita de _____ (_____)
dias de afastamento, à partir de _____ / _____ / _____ por
motivo de doença. (Código do diagnóstico conforme o Código Internacional
de Doenças - CID: _____).

Local e data

Assinatura e Carimbo do Profissional

NOTA: - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

10 bloco - Bloco 01 50 folhas

(6)

REQUISICÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

UF **S P** CNES da Unidade de Saúde **2040514**
 Unidade de Saúde **UBS DR JOSE F ROSAS**
 Município **PIRACAIÁ** Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS
 Nome Completo da Mulher
 Nome Completo da Mãe
 Apellido da Mulher
 Identidade Órgão Emissor UF CNPF (CPF)
 Data de Nascimento Idade
 Dados Residenciais
 Logradouro
 Número Complemento
 Bairro UF
 Código do Município Município **3538600 PIRACAIÁ**
 CEP **12970-000** DDD Telefone
 Ponto de Referência
 Escolaridade: Analfabeta 1º Grau Incompleto 1º Grau Completo 2º Grau Incompleto 2º Grau Completo 3º Grau Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?

- Sim. Quando fez o último exame?
 ano / /
- Não Não sabe

2. Usa DIU?* Sim Não Não sabe

3. Está grávida?* Sim Não Não sabe

4. Usa pílula anticoncepcional?
 Sim Não Não sabe

5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?
 Sim Não Não sabe

6. Já fez tratamento por radioterapia?

- Sim Não Não sabe

7. Data da última menstruação / regra:

- / / Não sabe / Não lembra

8. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?

(não considerar a primeira relação sexual na vida)

- Sim
 Não / Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?

(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)

- Sim
 Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME QUÍMICO

10. Inspeção do colo

- Normal
 Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)
 Alterado
 Colo não visualizado

11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?

- Sim
 Não

Data da coleta

Coletor

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem nome, idade, endereço e nome da mãe da paciente preenchidos.

CNES do Laboratório

Número do Exame

Nome do Laboratório

Recebido em:

RESULTADO DE EXAME CITOLOGICO - COLPOCITOLOGIA

AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR:

- Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário
- Lâmina danificada ou ausente
- Causas alheias ao laboratório; especificar: _____
- Outras causas; especificar: _____

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:

- Escamoso
- Glandular
- Metaplásico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL

Satisfatória

Insatisfatória para avaliação oncótica devido a:

- Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
- Sangue em mais de 75% do esfregaço
- Piócitos em mais de 75% do esfregaço
- Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço
- Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
- Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
- Outros, especificar _____

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?

Sim Não

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

- Inflamação
- Metaplasia escamosa imatura
- Reparação
- Atrofia com inflamação
- Radiação
- Outros; especificar: _____

MICROBIOLOGIA

- Lactobacillus sp
- Cocos
- Sugestivo de Chlamydia sp
- Actinomyces sp
- Candida sp
- Trichomonas vaginalis
- Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes
- Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)
- Outros bacilos
- Outros; especificar: _____

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

Escamosas: Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)
 Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)

Glandulares: Possivelmente não neoplásicas
 Não se pode afastar lesão de alto grau

De origem indefinida: Possivelmente não neoplásicas
 Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
- Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)
- Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
- Carcinoma epidermóide invasor

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

- Adenocarcinoma "in situ"
- Adenocarcinoma invasor: Cervical
 Endometrial
 Sem outras especificações

- OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____
- PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: _____

Screening pelo citotécnico:

Responsável pelo resultado

Data do Resultado

CNPF (CPF)



ANEXO III
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO - SUS-SP
REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS DE DIAGNOSE E TERAPIA - SADT

Nº DA MATRÍCULA: _____

4

UNIDADE PRESTADORA

NOME: _____ ICÓDIGO SUS/SP: _____

UNIDADE REQUISITANTE *deixou em branco*

NOME: CENTRO DE SAÚDE JOSÉ FONSECA ROSAS ICÓDIGO SUS/SP: 14.450.15

GESTOR :

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

INº RGI: _____ IDADE: _____ () a () m () d | SEXO: () F () M () Ind.

NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO RESIDENCIA: _____ COD MUN RES: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO SADT SOLICITADO

DATA DE SOLICITAÇÃO: _____

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE ASSINATURA: _____ ICRI: _____

NOME: _____

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO SADT ASSINATURA: _____ ICRI: _____

NOME: _____



GUIA DE REFERÊNCIA

Munic.: **CENTRO DE SAÚDE - PIRACAIA - Tel.: 4036-2720** Especialidade solicitada: _____

DRS-7 - CAMPINAS

I - Identificação do Paciente

Nome: _____

Endereço: _____ Município: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Ocupação: _____

Nome do responsável: _____

II - Justificativa da Referência

• História Progressiva e Quadro Clínico _____

• Diagnóstico ou Hipótese Diagnóstica _____

• Exames Realizados - Data e Resultados _____

• Consulta Terapêutica _____

III - Motivo do Encaminhamento

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO | <input type="checkbox"/> CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA | <input type="checkbox"/> TRATAMENTO |
| <input type="checkbox"/> SEGUIMENTO | <input type="checkbox"/> OUTRA ESPECIALIDADE | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> OUTROS (ESPECIFICAR) _____ | | |

IV - Nome do Médico Solicitante: _____ CRM: _____

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

V - Agendamento para

Unidade: _____ Especialidade: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____

Município: _____ Data: ____ / ____ / ____ Horário: _____

Nome e Assinatura do Responsável pelo Agendamento: _____

Data do Preenchimento ____ / ____ / ____



GUIA DE CONTRA-REFERÊNCIA

De: _____

Município: _____

DIR.: _____

Para: (Unidade Solicitante) _____

Município: (Solicitante) _____ Especialidade Atendida _____

I - Identificação do Paciente

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Ocupação: _____

Endereço: _____ Município: _____

Prontuário: _____

Nome do Responsável: _____

II - Hipótese Diagnóstica: _____

III - Exames Realizados: (Datas e Resultados) _____

IV - Orientações para Seguimento: _____

V - Retornos: Serviços de Referência SIM NÃO, se SIM _____ / _____ / _____
Data

DATA _____ / _____ / _____ Nome: _____

CRM: _____

120 glicos / 50 folhas

IDENTIFICAÇÃO DE RECEITA	
UF	NÚMERO
SP	Nº 17 - 556088

de _____ de _____

Paciente: _____

Enderço: _____

Descrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DE RECEITA	
UF	NÚMERO
SP	Nº 17 - 556088

de _____ de _____

Paciente: _____

Enderço: _____

Assinatura e Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Enderço: _____

Telefone: _____

Identidade Nº: _____

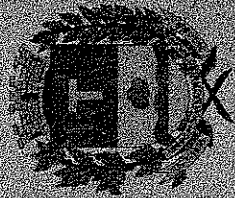
Orgão Emissor: _____

Genivalva Aparecida Leite - Rua: Jundiaí/pólis - 55 - Jundiaí/SP - Tel.: 4587-9051 - CNPJ 56.236.429/0001-33 / IE 407.089.241.18 - 100718 - 50x1 - 17-552.961 - R. a 17 - 557.990 - R - 112117

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE	
Rua Jan Antonin Bata, 06 - Centro - Cep 12970-000	
Piracala - SP	
CNPJ 45.278.027/0001-51	

CÁMERA DO FORNECEDOR	
Nome do Vendedor	
Data	

9



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACAIA

ESTADO DE SÃO PAULO

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

MATRÍCULA Nº

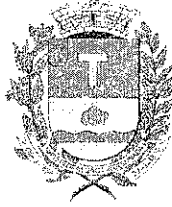
035

NOME

Luiz de Rodrigues de Lima (Fatura de Lima)

per verde

11



Prefeitura Municipal de Piracaia

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

PROCESSO N° _____

Razão Social _____

Nome Fantasia _____

CNPJ: _____ / _____ - _____

CNAE _____ - _____ / _____

Endereço _____

Data _____ de _____ de 20 _____



TERMO DE AJUSTE DE CONDUTA

Eu _____, portador de cédula de identidade nº _____
tel.: _____

Morador na Rua _____, bairro _____, declaro ter recebido orientações sobre a prevenção do mosquito transmissor da DENGUE e demais Arboviroses (*Aedes aegypti*), e me comprometo a realizar as medida necessárias, as quais me foram orientadas pelo Agente de Saúde, em _____ dias a contar desta data.

1º visita – Data ____/____/____ Assinatura morador (a) _____

Agente: _____

() Larvas; () Criadouros; () outros.

2º visita – Data ____/____/____ Assinatura morador (a) _____

Agente: _____

() Problema solucionado; () Do mesmo jeito; () Parcial; () outros.

Obs: _____

Semilha - Área destacável -



TERMO DE AJUSTE DE CONDUTA

Eu _____, portador de cédula de identidade nº _____
tel.: _____

Morador na Rua _____, bairro _____, declaro ter recebido orientações sobre a prevenção do mosquito transmissor da DENGUE e demais Arboviroses (*Aedes Aegypti*), e me comprometo a realizar as medida necessárias, as quais me foram orientadas pelo Agente de Saúde, em _____ dias a contar desta data.

1º visita – Data ____/____/____ Assinatura morador (a) _____

Agente: _____

() Larvas; () Criadouros; () outros.

A prevenção é a única arma contra a doença

A melhor forma de se evitar a Dengue, Chikungunya, Zika e Febre Amarela é combater os focos de acúmulo de água, locais propícios para a criação do mosquito transmissor das doenças. Para isso, é importante não acumular água em latas, embalagens, copos, plásticos, tampinhas de refrigerantes, pneus velhos, vasilhinhos de plantas, jarros de flores, garrafas, caixas d'água, tambores, latões, cisternas, sacos plásticos e lixeiras, entre outros.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

13

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
FORMULÁRIO

ANEXO V – PORTARIA CVS/01/2017

A-4
F/V
PR

soyul
Marinho

I- INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS
PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PELO SERVIÇO DE VIGILANCIA SANITARIA

1. N° PROTOCOLO	2. DATA PROTOCOLO
3. N° PROCESSO DE ORIGEM	

soyul
mais
Claro
Inde

II- SOLICITAÇÃO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO
 ESTABELECIMENTO EQUIPAMENTO ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO

5. N° CEVS

6. TIPO DE SOLICITAÇÃO – Assinale uma das opções abaixo:
 LICENÇA DE FUNCIONAMENTO INICIAL CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO
 RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale no item 7, as alterações correspondentes à esta solicitação.
 SEGUNDA VIA DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO

7. TIPO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale uma das opções abaixo:
 7.a. ENDEREÇO 7.f. ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO
 7.b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA 7.g. N° E OU TIPO DE EQUIPAMENTO
 7.c. BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA 7.h. N° DE LEITOS
 7.d. RESPONSABILIDADE LEGAL 7.i. RAZÃO SOCIAL / NOME FANTASIA
 7.e.1. FUSÃO ou 7.e.2. INCORPORAÇÃO ou 7.e.3. CISÃO ou 7.e.4. SUCESSÃO

REGISTRE O CNPJ ANTERIOR:

III- IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

8. NATUREZA JURÍDICA – Assinale uma das opções abaixo:
 PESSOA JURÍDICA PESSOA FÍSICA

9. CNPJ / CPF

10. RAZÃO SOCIAL / NOME

11. NOME FANTASIA

12. INSCRIÇÃO MUNICIPAL

13. INSCRIÇÃO ESTADUAL

14. INSCRIÇÃO PRODUTOR RURAL



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

15. CEP	16. TIPO LOGRADOURO
17. LOGRADOURO	
18. Nº	19. COMPLEMENTO
20. BAIRRO	
21. MUNICÍPIO	
UF: SP	22. DISTRITO
23. COORDENADAS GEOGRÁFICAS:	LONGITUDE: ___° ___' ___" O ___° ___' ___" S
24. TELEFONE	25. FAX
26. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail)	
27. ENDEREÇO PÁGINA WEB	

V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

28. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA	CÓDIGO DA ATIVIDADE: _____ / _____
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: _____	
29. SITUAÇÃO – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: <input type="checkbox"/> ALBERGANTE <input type="checkbox"/> ALBERGADO – Se terceirizado, informe CNPJ do Albergante:	
30. TIPO – Assinale <u>uma</u> das opções abaixo: <input type="checkbox"/> MATRIZ / MANTENEDORA <input type="checkbox"/> FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz / Mantenedora:	
31. ESFERA ADMINISTRATIVA – Assinale uma das opções abaixo: <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> FEDERAL <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> MUNICIPAL	
32. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO – Assinale uma das opções: <input type="checkbox"/> PESSOA FÍSICA <input type="checkbox"/> EMPRESA PRIVADA <input type="checkbox"/> EMPRESA DE ECONOMIA MISTA <input type="checkbox"/> COOPERATIVA <input type="checkbox"/> SINDICATO <input type="checkbox"/> FUNDAÇÃO PRIVADA <input type="checkbox"/> ENTIDADE BENEFICIENTE SEM FINS LUCRATIVOS <input type="checkbox"/> SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SAÚDE <input type="checkbox"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA <input type="checkbox"/> ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO <input type="checkbox"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA <input type="checkbox"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA <input type="checkbox"/> ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA	
33. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA – Assinale uma das opções: <input type="checkbox"/> UNIVERSITÁRIA <input type="checkbox"/> ESCOLA SUPERIOR ISOLADA <input type="checkbox"/> AUXILIAR DE ENSINO <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
34. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS OU PROFISSIONAIS – _____	PRÓPRIOS COM VÍNCULO: _____
Registre o número total de funcionários com formação superior, técnico, médio e elementar, e em seguida, o total pela condição solicitada.	PRÓPRIOS AUTÔNOMOS: _____
	TERCEIRIZADOS: _____
35. SERVIÇO DE RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE – Assinale uma das opções: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
36. PISCINA DE USO COLETIVO – Assinale uma das opções: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

VI – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVELS LEGAL E TÉCNICOS
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

37. RESPONSÁVEL LEGAL: _____

CPF: _____
CBO – Registre código e descrição: _____

38. RESPONSÁVEL TÉCNICO: _____

CPF: _____
CONSELHO PROFISSIONAL: _____ UF: _____ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO – Registre código e descrição: _____

39. RESPONSÁVEL TÉCNICO: _____

CPF: _____
CONSELHO PROFISSIONAL: _____ UF: _____ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO – Registre código e descrição: _____

~~40. RESPONSÁVEL TÉCNICO: _____

CPF: _____
CONSELHO PROFISSIONAL: _____ UF: _____ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO – Registre código e descrição: _____~~

~~41. RESPONSÁVEL TÉCNICO: _____

CPF: _____
CONSELHO PROFISSIONAL: _____ UF: _____ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO – Registre código e descrição: _____~~

VII – ANEXOS

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

42. TOTAL DE PÁGINAS – Registre o número total de páginas, segundo os Subanexos utilizados para complementação deste formulário:

Subanexo V.1. ATIVIDADES

Subanexo V.2. FONTES DE RADIAÇÃO

Subanexo V.3. ATIVIDADES

RELACIONADAS A PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE: _____

IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE
INTERESSE DA SAÚDE: _____

RELACIONADAS A PRODUTOS DE
INTERESSE DA SAÚDE: _____

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

DECLARAMOS CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIMOS, CIVIL E CRIMINALMENTE,
INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE
FORMULÁRIO E SEUS ANEXOS.

LOCAL _____

DATA _____

ASSINATURA RESP. LEGAL _____

ASSINATURA RESP. TÉCNICO _____

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO - 01 _____

ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO - 02 _____

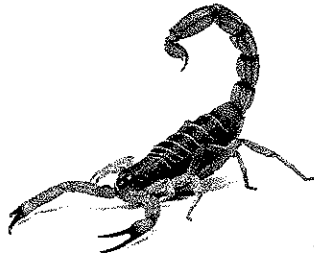
ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO - 03 _____

ESCORPIÃO

Os escorpiões são animais de corpo alongado que possuem quatro pares de patas, um par de pinças no extremo anterior e apresentam um ferrão com glândulas de veneno na ponta da "cauda".

Quando se sentem perturbados, picam com facilidade, causando muita dor, podendo provocar até a morte em crianças, idosos ou pessoas debilitadas.

Entre as muitas espécies encontramos com frequência em Amparo o "escorpião-amarelo" (*Tityus serrulatus*), que é considerado o escorpião mais perigoso da América do Sul.



Escorpião-amarelo

Tityus serrulatus
veneno de alta toxicidade
sintomas graves até óbito

Os escorpiões procuram alimento durante a noite e, frequentemente, penetram nas residências humanas, onde se instalam sem serem notados.

Os escorpiões se proliferam sob pedras, montes de lenha, barrancos, debaixo de cascas de árvores, em paredes e muros mal rebocados, madeira empilhada, entulhos, caixas de gordura, ralos, forro, etc. Gostam muito de umidade, pouca luz e insetos em abundância (principalmente baratas, grilos, cupins e aranhas entre outros).

A picada de escorpião causa muitos transtornos ao organismo humano: dor imediata, sudorese, febre, sensação de frio, contrações musculares, irregularidades cardio-respiratórias, e pode levar à morte.

Em várias regiões da cidade tem-se observado um aumento na ocorrência de escorpiões.

PREVENÇÃO

Manter jardins e quintais limpos; evitar o acúmulo de entulhos, folhas secas, lixo doméstico, material de construção nas proximidades das casas; evitar secar roupas no chão ou em cercas e muros.

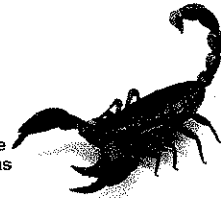
Evitar folhagens densas (plantas ornamentais, trepadeiras, arbustos, bananeiras) junto a paredes e muros das casas; manter a grama aparada; limpar periodicamente os terrenos baldios vizinhos, pelo menos, numa faixa de um a dois metros junto das casas.

Sacudir roupas e sapatos antes de usá-los, pois os escorpiões podem se esconder neles e picar ao serem comprimidos contra o corpo; combater a proliferação de insetos, para evitar o aparecimento de escorpiões que deles se alimentam; verificar a presença de escorpiões em hortifrutigranjeiros e outros produtos.

Vedar frestas e buracos em paredes, ralos, assoalhos e vãos entre o forro e paredes para impedir o trânsito de escorpiões pela residência.

Escorpião-preto

Bothriurus bonariensis
veneno de baixa toxicidade
dor local/reações alérgicas



Em caso de picada de Escorpião procure uma Unidade de Saúde ou o Hospital mais próximo para receber orientações médicas adequadas e medicamentos corretos.



(19) 3817 1115



O QUE SÃO ANIMAIS SINANTRÓPICOS ?

São espécies de animais que se adaptaram ao estilo de vida das pessoas e convivem com elas, mas não em harmonia. A maioria desses animais vive do nosso lixo e podem transmitir doenças para nós e para nossos animais de estimação. Entre os animais sinantrópicos estão alguns animais peçonhentos, que são aqueles que possuem veneno e são capazes de inocular de forma ativa.

ARANHAS



As aranhas são animais predadores, de vida livre, geralmente solitárias, alimentando-se principalmente de insetos. No entanto, algumas podem encontrar um abrigo quente e seguro em nossos lares.

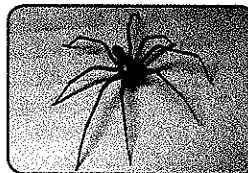
Devemos ressaltar que aranhas em casa quase sempre são benéficas para uma horta ou jardim, seus hábitos e alimentação natural são excelentes aliados no controle de pragas e insetos.

Geralmente se instalam nos cantos mais escuros e menos ventilados da casa, onde há pouca intervenção humana.

Aranha Marrom (*Gênero Loxosceles*)

São aranhas muito pequenas, não passam de 4 cm de envergadura, alimentam-se de insetos como moscas, besouros, baratas, etc.

Seu veneno é extremamente tóxico para o organismo humano e o local da picada pode apresentar bolhas, inchaço, aumento de temperatura e lesões hemorrágicas, com ou sem dor. Em alguns acidentes podem ocorrer complicações devido à ação do veneno sobre as células do sangue ocasionando anemia, equimoses e urina com sangue, o que pode levar a insuficiência renal aguda e óbitos.



PREVENÇÃO

Limpar pelo menos duas vezes por semana todos os cantos da casa, inclusive o teto.

Instalar telas na lareira, janelas e portas que dão para o exterior. É importante garantir que a casa não tenha pequenos orifícios ou fissuras pelos quais as aranhas possam entrar.

Evitar o acúmulo de madeira no interior das casas.

Em caso de picada de Aranha procure uma Unidade de Saúde ou o Hospital mais próximo para receber orientações médicas adequadas e medicamentos corretos.



(19) 3817 1115

