

Sistema e-SUS

FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

DIGITADO POR:

DATA: / /

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

DATA DE ATIVIDADE	HORA INÍCIO	HORA FIM	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO
/ /	:	:		
Nº INEP (ESCOLA / CRECHE)	PROGRAMAÇÃO DE Nº DE PARTICIPANTES			
LOCAL DE ATIVIDADES:				

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

ATIVIDADE (Opção Única)		TEMAS PARA REUNIÃO (Opção Múltipla)	
01	Reunião de Equipe	01	Questões Administrativas / Funcionamento
02	Reunião com outras Equipes de Saúde	02	Processos de Trabalho
03	Reunião Intersetorial / Conselho Local de Saúde / Controle Social	03	Diagnóstico do Território / Monitoramento do Território

ATIVIDADE (Opção Única)		04	Planejamento / Monitoramento das Ações da Equipe
04	Atividade Coletiva	05	Discussão de Caso / Projeto Terapêutico Singular
05	Atendimento em Grupo	06	Educação Permanente
06	Avaliação / Procedimento Coletivo	07	Outros

PÚBLICO ALVO (Opção Múltipla)		PRÁTICAS / TEMAS PARA SAÚDE (Opção Múltipla)			
01	Comunidade em geral	01	Alimentação Saudável	18	Semana Saúde na Escola
02	Criança 0 a 3 anos	02	Aplicação tópica de flúor	19	Agravos Negligenciados
03	Criança 4 a 5 anos	03	Acuidade Visual	20	Antropometria
04	Criança 6 a 11 anos	04	Autocuidado de pessoas com Doenças Crônicas	21	Outros
05	Adolescente	05	Cidadania e Direitos Humanos		
06	Mulher	06	Saúde do Trabalhador		
07	Gestante	07	Dependência Química (Tabaco, Álcool e Outras drogas)		
08	Homem	08	Envelhecimento (Climatério, Andropausa, etc.)		
09	Familiares	09	Escovação Dental Supervisionada		
10	Idoso	10	Plantas Medicinais / Fitoterapia		
11	Pessoas com Doenças Crônicas	11	Práticas Corporais / Atividade Física		
12	Usuário de Tabaco	12	Práticas Corporais e Mentais em PIC		
13	Usuário de Álcool	13	Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz		
14	Usuário de Outras Drogas	14	Saúde Ambiental		
15	Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental	15	Saúde Bucal		
16	Profissional de Educação	16	Saúde Mental		
17	Outros	17	Saúde Sexual e Reprodutiva		

Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	Cód. CNES UNIDADE	Cód. EQUIPE (INE)	Nº DE PARTICIPANTES	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	RÚBRICA / 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"/>			