



MAPA DE ATIVIDADE COLETIVA

DIGITADO POR:

DATA:

/ /

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

DATA DE ATIVIDADE	HORA INÍCIO	HORA FIM	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CÓD. DA EQUIPE
/ /	:	:	_____	_____
PROGRAMAÇÃO DE Nº DE PARTICIPANTES	ESCOLA / CRECHE (Nº INEP)		_____	_____
_____	_____		_____	_____
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)	
<input type="radio"/> 01	Reunião de Equipe	<input type="checkbox"/> 01	Questões Administrativas / Funcionamento
<input type="radio"/> 02	Reunião com outras Equipes de Saúde	<input type="checkbox"/> 02	Processos de Trabalho
<input type="radio"/> 03	Reunião Intersetorial / Conselho Local de Saúde / Controle	<input type="checkbox"/> 03	Diagnóstico do Território / Monitoramento do Território
<input type="radio"/> 04	Atividade Coletiva	<input type="checkbox"/> 04	Planejamento / Monitoramento das Ações da Equipe
<input type="radio"/> 05	Atendimento em Grupo	<input type="checkbox"/> 05	Discussão de Caso / Projeto Terapêutico Singular
<input type="radio"/> 06	Avaliação / Procedimento Coletivo	<input type="checkbox"/> 06	Educação Permanente
		<input type="checkbox"/> 07	Outros

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

Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	Cód. CNES UNIDADE	Cód. CNES EQUIPE	Nº DE PARTICIPANTES	Nº DE ALTERAÇÕES	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"/>			