	<b>Prefeitura de Juiz de Fora</b> <b>Secretaria de Saúde</b> <b>Subsecretaria de Vigilância em Saúde</b> <b>Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental</b>	<b>SINAN - NET</b>
		<b>Nº</b>

Data Notificação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Semana Epidemiológica: \_\_\_\_

Nome da Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Código CNES: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ 1 - Masculino/2 - Feminino

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Escolaridade

0 - Analfabeto, 1 - 1ª a 4ª série do EF (antigo primário ou 1º grau), 2 - 4ª série do EF, 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF, 4 - Ensino fundamental completo, 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau), 6 - Ensino médio completo, 7 - Educação superior incompleta, 8 - Educação superior completa, 9 - Ignorado, 10 - Não se aplica.

Data dos Primeiros Sintomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço (Rua, Avenida, Nº, Bairro, Cidade) \_\_\_\_\_

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

(FAVOR PREECHER EM LETRA DE FORMA)

### AGRAVOS NOTIFICÁVEIS


CONFORME PORTARIA GM/MMS Nº 5 DE 21 DE FEVEREIRO DE 2006  
RESOLUÇÃO SES/MG Nº 1481 DE 16 DE MAIO DE 2008

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acidentes Animais Peçonhentos - 2<br><input type="checkbox"/> AIDS - 2<br><input type="checkbox"/> Atendimento Anti-Rábico Humano - 2<br><input type="checkbox"/> Botulismo - 1<br><input type="checkbox"/> Carbúnculo ou Antraz - 1<br><input type="checkbox"/> Caxumba<br><input type="checkbox"/> Chagas Agudo - 2<br><input type="checkbox"/> Cólera - 1 e 2<br><input type="checkbox"/> Coqueluche - 2<br><input type="checkbox"/> Dengue - 2<br><input type="checkbox"/> Diarréia Infecciosa Aguda<br><input type="checkbox"/> Doença de Creutzfeldt Jacob<br><input type="checkbox"/> Difteria - 1 e 2<br><input type="checkbox"/> Esquistossomose<br><input type="checkbox"/> Eventos Adversos à Vacinação - 2<br><input type="checkbox"/> Febre Amarela - 1 e 2<br><input type="checkbox"/> Febre Maculosa - 2<br><input type="checkbox"/> Febre Tifóide<br><input type="checkbox"/> Febre do Nilo Ocidental<br><input type="checkbox"/> Hnseniase - 2<br><input type="checkbox"/> Hantavirose<br><input type="checkbox"/> Hepatite Viral - 2<br><input type="checkbox"/> HIV / Gestante portadora e criança exposta ao risco de transmissão vertical - 2<br><input type="checkbox"/> Leishmaniose Visceral - 2<br><input type="checkbox"/> Leishmaniose Cutânea - 2 | <input type="checkbox"/> Leptospirose - 2<br><input type="checkbox"/> Malária<br><input type="checkbox"/> Meningite - 1 e 2<br><input type="checkbox"/> Paralisia Flácida Aguda - 1 e 2<br><input type="checkbox"/> Peste - 1 e 2<br><input type="checkbox"/> Poliomielite - 1 e 2<br><input type="checkbox"/> Raiva Humana - 2<br><input type="checkbox"/> Rubéola - 2<br><input type="checkbox"/> Sarampo - 1 e 2<br><input type="checkbox"/> Sífilis Congênita - 2<br><input type="checkbox"/> Sífilis em Gestantes<br><input type="checkbox"/> Sínd. Febril Ictero - Hemorrágica<br><input type="checkbox"/> Sínd. Respiratória Aguda Grave (SARS) - 1 e 2<br><input type="checkbox"/> Síndrome da Rubéola Congênita - 2<br><input type="checkbox"/> Tétano<br><input type="checkbox"/> Tracoma<br><input type="checkbox"/> Tuberculose - 2<br><input type="checkbox"/> Tularemia - 1<br><input type="checkbox"/> Varicela<br><input type="checkbox"/> Variola - 1 |
|--|--|

1- Notificação urgente ( de 08:00 as 18:00h)  
 Dias Úteis - Tel.: (32) 3690-7509  
 Finais de Semana e feriados - Tel.: (32) 8834-8086

2 - Ficha de Investigação específica

E-mail: [chefiaepidemiop@pjf.mg.gov.br](mailto:chefiaepidemiop@pjf.mg.gov.br) E-mail: [vetransmissiveis@pjf@mg.gov.br](mailto:vetransmissiveis@pjf@mg.gov.br)

	<b>Prefeitura de Juiz de Fora</b> <b>Secretaria de Saúde</b> <b>Subsecretaria de Vigilância em Saúde</b> <b>Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental</b>	<b>SINAN - NET</b>
		<b>Nº</b>

Data Notificação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Semana Epidemiológica: \_\_\_\_

Nome da Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Código CNES: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ 1 - Masculino/2 - Feminino

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Escolaridade

0 - Analfabeto, 1 - 1ª a 4ª série do EF (antigo primário ou 1º grau), 2 - 4ª série do EF, 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF, 4 - Ensino fundamental completo, 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau), 6 - Ensino médio completo, 7 - Educação superior incompleta, 8 - Educação superior completa, 9 - Ignorado, 10 - Não se aplica.

Data dos Primeiros Sintomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço (Rua, Avenida, Nº, Bairro, Cidade) \_\_\_\_\_

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

(FAVOR PREECHER EM LETRA DE FORMA)

### AGRAVOS NOTIFICÁVEIS

CONFORME PORTARIA GM/MMS Nº 5 DE 21 DE FEVEREIRO DE 2006  
RESOLUÇÃO SES/MG Nº 1481 DE 16 DE MAIO DE 2008

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acidentes Animais Peçonhentos - 2<br><input type="checkbox"/> AIDS - 2<br><input type="checkbox"/> Atendimento Anti-Rábico Humano - 2<br><input type="checkbox"/> Botulismo - 1<br><input type="checkbox"/> Carbúnculo ou Antraz - 1<br><input type="checkbox"/> Caxumba<br><input type="checkbox"/> Chagas Agudo - 2<br><input type="checkbox"/> Cólera - 1 e 2<br><input type="checkbox"/> Coqueluche - 2<br><input type="checkbox"/> Dengue - 2<br><input type="checkbox"/> Diarréia Infecciosa Aguda<br><input type="checkbox"/> Doença de Creutzfeldt Jacob<br><input type="checkbox"/> Difteria - 1 e 2<br><input type="checkbox"/> Esquistossomose<br><input type="checkbox"/> Eventos Adversos à Vacinação - 2<br><input type="checkbox"/> Febre Amarela - 1 e 2<br><input type="checkbox"/> Febre Maculosa - 2<br><input type="checkbox"/> Febre Tifóide<br><input type="checkbox"/> Febre do Nilo Ocidental<br><input type="checkbox"/> Hnseniase - 2<br><input type="checkbox"/> Hantavirose<br><input type="checkbox"/> Hepatite Viral - 2<br><input type="checkbox"/> HIV / Gestante portadora e criança exposta ao risco de transmissão vertical - 2<br><input type="checkbox"/> Leishmaniose Visceral - 2<br><input type="checkbox"/> Leishmaniose Cutânea - 2 | <input type="checkbox"/> Leptospirose - 2<br><input type="checkbox"/> Malária<br><input type="checkbox"/> Meningite - 1 e 2<br><input type="checkbox"/> Paralisia Flácida Aguda - 1 e 2<br><input type="checkbox"/> Peste - 1 e 2<br><input type="checkbox"/> Poliomielite - 1 e 2<br><input type="checkbox"/> Raiva Humana - 2<br><input type="checkbox"/> Rubéola - 2<br><input type="checkbox"/> Sarampo - 1 e 2<br><input type="checkbox"/> Sífilis Congênita - 2<br><input type="checkbox"/> Sífilis em Gestantes<br><input type="checkbox"/> Sínd. Febril Ictero - Hemorrágica<br><input type="checkbox"/> Sínd. Respiratória Aguda Grave (SARS) - 1 e 2<br><input type="checkbox"/> Síndrome da Rubéola Congênita - 2<br><input type="checkbox"/> Tétano<br><input type="checkbox"/> Tracoma<br><input type="checkbox"/> Tuberculose - 2<br><input type="checkbox"/> Tularemia - 1<br><input type="checkbox"/> Varicela<br><input type="checkbox"/> Variola - 1 |
|--|--|

1- Notificação urgente ( de 08:00 as 18:00h)  
 Dias Úteis - Tel.: (32) 3690-7509  
 Finais de Semana e feriados - Tel.: (32) 8834-8086

2 - Ficha de Investigação específica

E-mail: [chefiaepidemiop@pjf.mg.gov.br](mailto:chefiaepidemiop@pjf.mg.gov.br) E-mail: [vetransmissiveis@pjf@mg.gov.br](mailto:vetransmissiveis@pjf@mg.gov.br)