



RESOLUÇÃO Nº 44/GESP/SES, DE 30 DE JANEIRO DE 1992

O Secretário da Saúde,

- considerando as disposições da Constituição Federal, previstas no artigo 7º inciso XXV, artigo 208 inciso IV, e da Constituição do Estado de São Paulo, artigo 223 inciso II, alínea "f", artigos 247 e 248;
- considerando que no Brasil morrem, diariamente, por desnutrição cerca de mil crianças nas faixas etárias de um a seis anos e que das que sobrevivem, cerca de 53% apresentam algum grau de desnutrição e como consequência, o desenvolvimento físico e a resistência às infecções ficam prejudicados;
- considerando o binômio desnutrição infecção é o principal responsável pelas elevadas taxas de morbidade e mortalidade, assim como pelo baixo rendimento físico e mental d população brasileira;
- considerando que a maior parte dos problemas que afetam o crescimento e desenvolvimento da criança e, até mesmo, sua sobrevivência, decorre de situação sócio-econômica desfavorável,

RESOLVE:

Artigo 1º - Aprovar a Norma Técnica para Creches e Estabelecimentos Congêneres, que faz parte integrante desta Resolução.

Artigo 2º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Nader Wafae

Secretário de Estado de Saúde

NORMA TÉCNICA PARA CRECHES E OU ESTABELECIMENTOS CONGÊNERES

1 - DEFINIÇÃO

Creches e ou estabelecimentos congêneres são instituições da Comunidade de caráter social e educativo, que atendem crianças de 0 a 6 anos e 11 meses de idade, visando a guarda, a complementação de cuidados familiares, a formação e desenvolvimento da criança.

2 - OBJETIVOS

As instituições que se reportam esta norma têm por objetivos:

2.1 - Assegurar um espaço educativo para crianças de 0 a 6 anos e 11 meses de idade, favorecendo o seu crescimento e desenvolvimento e propiciando a construção do se conhecimento e do mundo. Para isso deve garantir ações sociais, pedagógicas, alimentares e ambiente hígido.

2.2 - Deve-se ainda assegurar que essas ações sejam integradas, visando não só o individual mas também a coletividade do estabelecimento.

3 - RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Este estabelecimento somente poderá funcionar depois de devidamente licenciado e sob a responsabilidade de um profissional com nível superior, podendo manter responsável substituto, ambos legalmente habilitado.

4 - IMPLANTAÇÃO

A escolha do terreno e do projeto de construção ou do imóvel a ser adaptado deverá ser em lugar seguro, de fácil acesso. Devendo ainda, ser estudado seu entorno num raio aproximado de 200 metros, a fim de assegurar o reconhecimento de problemas ambientais existentes ou potenciais, que não interfiram com atividades ao ar livre, que garantam as melhores condições possíveis de ventilação, insolação, iluminação. Tendo preocupação com fornecimento de serviços de apoio (água, esgoto, energia elétrica, gás e outros).

5 - ÁREA FÍSICA

A programação arquitetônica e o memorial descritivo da obra deverão obedecer a legislação vigente. (Anexos)

A construção ou adaptação do espaço físico deverá obedecer a legislação vigente, de acordo com o número de crianças e faixa etária da clientela, com condições de segurança e proteção contra acidentes. Deverá apresentar fluxo entre as unidades e seus ambientes, equipamentos apropriados a cada faixa etária e atividades. Os materiais utilizados deverão ser resistentes, de fácil limpeza e adequados ao clima.

6 - CAPACIDADE

Os estabelecimentos deverão ser classificados em:

Pequeno porte: até 50 crianças

Médio porte: 51 a 100 crianças

Grande porte: mais de 100 crianças

7 - ORGANIZAÇÃO

Estes estabelecimentos terão em sua organização três unidades:

1 - ADMINISTRAÇÃO E APOIO

1.1 - Administração

- recepção;
- diretoria / secretaria;
- sanitários públicos;
- almoxarifado.

1.2 - Apoio

- cozinha / lactário;
- despesa / almoxarifado;
- vestiário / sanitário para funcionários;
- sala de apoio técnico;
- área de serviço / lavanderia.

2 - ATENDIMENTO E CUIDADOS

- berçário / solário;
- banho / troca / sanitários infantis;
- refeitório infantil / copa;
- sala de amamentação;
- sala de atendimento à saúde.

3 - ATIVIDADES E LAZER

- áreas de múltiplas atividades internas / repouso (sala / galpão);
- área de múltiplas atividades externas (parquinho infantil)

8 - PROGRAMA DE ATENDIMENTO

Apresentar, por ocasião do cadastramento memoriais descritivo e de serviço, que atendam às necessidades básicas da criança, de acordo com o objetivo desta norma.

9 - FUNCIONAMENTO

9.1 - O estabelecimento deverá atender as seguintes atividades:

- Administrativas;
- Sociais;
- Psico-pedagógicas;
- Nutricionais;
- Sanitárias.

9.2 - Todas as instituições e instituições similares que atendam crianças de 0 a 6 anos e 11 meses de idade deverão ser identificadas e cadastradas.

9.3 - Todas as instituições desse tipo deverão receber alvará de funcionamento, qualquer que seja sua razão social, sua entidade mantenedora e regime e atendimento. Este alvará deve ser afixado.

9.4 - Um sistema de vigilância sanitária deverá ser estabelecido e assumido por instituição legalmente habilitada para esse fim.

10 - RECURSOS HUMANOS

A seleção deverá basear-se na qualificação profissional voltada para trabalho com crianças de 0 a 6 anos e 11 meses de idade, seguida de treinamento e capacitação, com o objetivo de desenvolver potencialidade além da troca de conhecimento e habilidade.

Todos os funcionários serão submetidos a exame de saúde: na admissão nos periódicos, demissionais.

Estas instituições deverão funcionar com quadro mínimo composto pelos seguintes profissionais:

- 1 administrador.
- 1 auxiliar de administração.
- 1 cozinheiro / auxiliar de cozinha.
- 1 servente
- 1 orientador psico-pedagógico.
- 1 auxiliar de desenvolvimento infantil e/ou educador de estabelecimento para cada 6 - 7 criança de até 1 ano de idade.
- 1 auxiliar de desenvolvimento infantil e/ou educador de estabelecimento para cada 9 - 10 crianças de 1 a 2 ½ anos de idade.
- 1 auxiliar de desenvolvimento infantil e/ou educador de estabelecimento para cada 18 crianças maiores de 2 ½ anos de idade.

Além disso deverá ser previsto 1 (hum) volante para todos grupos de crianças, caso ultrapasse o mínimo estabelecido.

- Nenhum grupo deverá exceder o número de 25 crianças.

11 - RECOMENDAÇÕES

11.1 - Todos os padrões deverão ser adaptados às condições locais e a cada uma das situações específicas, de acordo com o memorial de funcionamento apresentado.

11.2 - Um sistema de referência e contra referência deverá ser estabelecido entre esta instituição e a unidade de saúde mais próxima, para que se exerça Vigilância Sanitária e Epidemiológica, repetida com a periodicidade necessária,

de acordo com os níveis de risco encontrados.

11.3 - Através desse sistema de referência e contra-referência, deverá ser feito encaminhamento adequado de crianças aos serviços de saúde, evitando que estes estabelecimentos similares se transformem em ambulatório médico.

11.4 - Toda criança que frequenta este estabelecimento similar deverá ter um carteira de saúde de acordo com a legislação vigente.

11.5 - Recomenda-se ainda que os estabelecimentos de acordo com a legislação vigente adotem as seguintes instruções:

Anexo

- Regimento interno.
- Regulamento da estabelecimento.
- Livro de registro para crianças.
- Livro de registro para funcionários.
- Ficha de inscrição (cópia em anexo). A
- Ficha de matrícula (cópia em anexo). B
- Ficha e criança (cópia em anexo). C
- Declaração de trabalho (cópia em anexo). D
- Autorização para passeio (cópia em anexo). E
- Autorização para entrega e retirada da criança (cópia em anexo). F
- Declaração de desistência de vaga (cópia em anexo). G
- Boletim de frequência diária (cópia em anexo). H
- Boletim de frequência mensal (cópia em anexo). I
- Demonstrativo das refeições (cópia em anexo). J
- Gráfico com controle de peso e altura (cópia em anexo). K
- Relatório das intercorrências (cópia em anexo). L
- Encaminhamento para atendimento de criança (cópia em anexo). M
- Ficha de controle de vacinação (cópia em anexo). N
- Carteira de Saúde dos funcionários.
- Controle semestral de exame para funcionários do estabelecimento.

ANEXO A

FICHA DE INSCRIÇÃO DA FAMÍLIA

ESTABELECIMENTO / PRÉ ESCOLA

UNIDADE: ...

INSCRIÇÃO Nº: ... DATA: ...

NOMES DAS CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS E 11 M PARA INSCRIÇÃO DATA DE NASC. NATURALIDADE TRÍCU

Nº

ENDEREÇO: ... Nº: ... TELEFONE: ... RECADADO COM ...

BAIRRO: ... PONTO DE REFERÊNCIA: ...

FILIAÇÃO:

PAI: ...

MÃE: ...

DADOS DO PAI OU COMPANHEIRO DA MÃE:

P

COMPANHEIRO DA MÃE - NOME: ...

DATA DE DOCUMENTO Nº NATURAL ESTADO

NASCIMENTO

ESCOLARIDADE ESTADO CIVIL PROFISSÃO OCUPAÇÃO

SITUAÇÃO DE TRABALHO

REGISTRADO

NÃO REGISTRADO

AUTÔNOMO

APOSENTADO

DESEMPREGADO

OUTROS (ESPECIFICAR) ...

EMPREGADOR: ...

ENDEREÇO DE TRABALHO: TELEFONE: HORÁRIO:

DADOS DA MÃE OU COMPANHEIRA DO PAI

M

COMPANHEIRA DO PAI - NOME: ...

DATA DE
NASCIMENTO
DOCUMENTO Nº NATURAL ESTADO
ESCOLARIDADE ESTADO CIVIL PROFISSÃO OCUPAÇÃO
SITUAÇÃO DE TRABALHO
() REGISTRADA
() NÃO REGISTRADA
() AUTÔNOMA
() APOSENTADA
() DESEMPREGADA
() OUTROS (ESPECIFICAR) ...
EMPREGADOR: ...
ENDEREÇO DE TRABALHO: TELEFONE: HORÁRIO:
RENDA DO CASAL:
SALÁRIO DO PAI / COMPANHEIRO DA MÃE SALÁRIO DA MÃE / COMPANHEIRO DO PAI
OUTROS RENDIMENTOS FONTE TOTAL
OUTRAS PESSOAS QUE RESIDEM NO MESMO DOMICÍLIO
NOME GRAU DE PARENTESCO DATA DE NASCIMENTO SEXO OCUPAÇÃO
DADOS COMPLEMENTARES
RESIDE EM:
() CASA () QUARTO () FAVELA
SITUAÇÃO DO IMÓVEL:
() PRÓPRIO QUITADO
() CEDIDO
() PRÓPRIO EM PAGAMENTO
() CASA DOS AVÓS
() ALUGADO
() OUTROS
COM QUEM FICAM OS FILHOS ENQUANTO A MÃE TRABALHA?
() PAI
() SOZINHOS
() PARENTES
() IRMÃO (MAIOR DE 10 ANOS)
() VIZINHOS
() OUTROS
QUAL O PERÍODO QUE VOCÊ PRECISARIA DEIXAR SEU FILHO NA ESTABELECIMENTO/PRÉ-ESCOLA?
ENTRADA: ... SAÍDA: ...
QUAL O MEIO DE TRANSPORTE UTILIZADO?
() METRÔ
() ÔNIBUS
() TREM
() A PÉ
() AUTOMÓVEL
() OUTROS
A LOCALIZAÇÃO DA ESTABELECIMENTO É:
() PRÓXIMO DA RESIDÊNCIA
() DISTANTE DE AMBOS
() PRÓXIMO DO LOCAL DE TRABALHO
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÕES RESPONSÁVEL PELA ENTREVISTA
ANEXO B
FICHA DE MATRÍCULA
Nº DE MATRÍCULA: ...
Nome do Estabelecimento: ... SUDS-R ... Município: ...
Identificação da Criança:
Nome: ... Data de nascimento __/__/__
Natural de: ... Estado: ... Sexo: ...
Certidão de nascimento nº: ... Cartório: ...
Endereço: ... Nº: ... Bairro: ...
Ponto de referência: ...
Nome do pai e/ou companheiro: ...

Endereço do trabalho: ...
Horário do trabalho: ... Telefone: ... Cargo: ...
Nome da mãe: ...
Endereço do trabalho: ...
Horário do trabalho: ... Telefone: ... Cargo: ...
Controle interno
Data da Matrícula: __/__/__
Data do desligamento: __/__/__
Motivo do desligamento: __/__/__
Data de início na Estabelecimento: __/__/__
Número de irmãos na Estabelecimento: ...

Assinatura do responsável
pela matrícula

Assinatura do responsável
pela criança

ANEXO C

ESTABELECIMENTO: ...

FICHA DA CRIANÇA

1 - IDENTIFICAÇÃO

NOME: ... APELIDO: ...

SEXO: ... COR: ... DATA DE NASCITO.: ...

NACIONALIDADE: ... NACIONALIDADE: ...

ENDEREÇO: ...

ESTABELECIMENTO: ... MATRÍCULA Nº: ...

DATA DE EMISSÃO: __/__/__

DIREITO À ASSISTÊNCIA MÉDICA - SIM () NÃO () - QUAL? ...

ESTÁ MATRICULADA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - () SIM () NÃO QUAL? ...

2 - ANTECEDENTES FAMILIARES

CONSTITUIÇÃO FAMILIAR SEXO IDADE INSTRUÇÃO PROFIS. PATOL. ATUAIS

3 - HISTÓRIA DA GRAVIDEZ - PARTO E PUERPÉRIO

3.1 - GRAVIDEZ:

COMO FOI A GESTAÇÃO O SEU (SUA) FILHO (A)?

(ALGUM FATO MARCANTE QUE A MÃE CONSIDERE IMPORTANTE OBSERVAR)

3.2 - PARTO:

NASCEU NA DATA PREVISTA? SIM () NÃO ()

EM CASO NEGATIVO, COM QUANTOS MESES DE GRAVIDEZ NASCEU A CRIANÇA: ...

TEVE COMPLICAÇÕES NA GRAVIDEZ OU PARTO - SIM () NÃO () QUAIS? ...

PESO DE NASCIMENTO: ...

EXAME DE PEZINHO: ...

PARTO: NORMAL () FÔRCEPS () CESÁRIA ()

INDICAÇÃO CESÁRIA: ...

CONDIÇÕES DE NASC.: ...

4.1 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

SEU (SUA) FILHO (A) FREQUENTOU ALGUMA INSTITUIÇÃO?

() SIM () NÃO

SE "SIM", QUAL? ... QUANTO TEMPO? ...

QUANDO VOCÊ ESTÁ TRABALHANDO SEU (SUA) FILHO (A) FICA COM QUEM? ...

COMO ELE REAGE A SEPARAÇÃO? E QUANDO VOCÊ CHEGA? ...

DESENVOLVIMENTO:

SUSTENTOU A CABEÇA COM: ...

SENTOU-SE SOZINHO COM: ...

PÔS-SE DE PÉ COM: ...

ANDOU COM: ...

SEU (SUA) FILHO (A) JÁ FALA?

() SIM () NÃO

COMO ELE SE COMUNICA? ...

SEU (SUA) FILHO (A) USA FRALDA?

() SIM () NÃO

- ESTÁ TIRANDO - COMO? ...
- SEU (SUA) FILHO (A) FAZ COCO TODO DIA? QUANTAS VEZES?
- SIM NÃO ...
- COMO SEU (SUA) FILHO (A) PEDE PARA IR AO BANHEIRO? ELE SE LIMPA SOZINHO? ...
- SEU (SUA) FILHO (A) JÁ FAZ SUA HIGIENE SOZINHO? (ESCOVAR DENTES, LAVAR AS MÃOS, BANHO, SE VESTE SOZINHO, SE PENTEIA). ELE GOSTA? ...
- NO CASO DE BEBÊ COMO SE DÁ A ROTINA DE HIGIENE? COMO ELE SE COMPORTA? ...
- QUAL A ROTINA DE SONO DO (DA) SEU (SUA) FILHO (A)? (HORÁRIO, FREQUÊNCIA). ...
- COMO SEU (SUA) FILHO (A) COSTUMA DORMIR? (NO COLO, SOZINHO, ETC). ...
- COMO É O SONO DO SEU (SUA) FILHO (A)? (AGITADO, TRANQUÍLO ...) ...
- SEU (SUA) FILHO (A) USA PANINHO, CHUPETA, ALGUM OBJETO ESPECIAL, CHUPA DEDO? QUANDO? ...
- 4.2 - HISTÓRIA ALIMENTAR:
- SEU (SUA) FILHO (A) MAMA NO PEITO?
- SIM NÃO HORÁRIOS: ...
- VOCÊ AMAMENTOU? QUANTO TEMPO? ...
- SÓ NO PEITO?
- SIM NÃO
- PEITO E MAMADEIRA?
- SIM NÃO
- SEU (SUA) FILHO (A) RECEBE MAMADEIRA?
- SIM NÃO DESDE QUANDO? ...
- OBS.: SE "SIM" ESPECIFICAR TIPO E QUANTIDADE DE INGREDIENTES QUE COMPÕEM A MAMADEIRA: ...
- EM QUAIS HORÁRIOS ELE (A) COSTUMA TOMAR MAMADEIRA? COMO? ...
- SEU (SUA) FILHO (A) RECEBE OUTROS ALIMENTOS?
- NÃO SIM
- CHÁ SUCO FRUTA
- ARROZ FEIJÃO SOPINHA
- OUTROS: ...
- QUAL A CONSISTÊNCIA DOS ALIMENTOS?
- FRUTA: AMASSADA EM PEDAÇOS
- SOPA: BATIDA AMASSADA EM PEDAÇOS
- OUTRAS: ...
- EM QUAIS HORÁRIOS SEU (SUA) FILHO (A) RECEBE AS REFEIÇÕES OU ALIMENTOS? ...
- SEU (SUA) FILHO (A) COME SOZINHO?
- SIM NÃO
- SE "SIM", COMO: COLHER GARFO FACA OUTROS
- EXISTEM ALGUM ALIMENTO PELO QUAL SEU (SUA) FILHO (A) TENHA ALERGIA? ...
- 4.3 - RELAÇÃO DE DOENÇAS QUE JÁ TEVE:
- SARAMPO RUBÉOLA DESIDRATAÇÃO
- VARICELA (CATAPORA) CAXUMBA COQUELUCHE
- ESCARLATINA OUTROS
- TEM DIARRÉIA FREQUENTE: SIM NÃO
- TEM BRONQUITE OU FALTA DE AR? SIM NÃO
- EM CASO AFIRMATIVO - FREQUENTE: SIM NÃO
- QUE MEDICAMENTOS USA NESSES QUADROS? ...
- QUE MEDICAMENTOS USA NESSES QUADROS? ...
- CIRURGIAS: ...
- CONTATO COM PESSOAS DOENTES: SIM NÃO
- 4.4 - TEM CONVULSÃO OU ATAQUE? - SIM NÃO
- EM CASO AFIRMATIVO - FREQUENTE: SIM NÃO
- QUE MEDICAMENTOS USA? ...
- 4.5 - TEM OU TEVE TUBERCULOSE: SIM NÃO
- EM CASO AFIRMATIVO, QUE MEDICAMENTOS USA OU USOU: ...
- QUANDO TERMINA OU TERMINOU O TRATAMENTO? __/__/__
- 4.6 - TEVE CONTATO COM PESSOAS DOENTES DE TUBERCULOSE?
- SIM NÃO
- EM CASO AFIRMATIVO: ESTÁ TRATANDO OU TRATOU COM MEDICAMENTOS?
- SIM NÃO - QUAIS? ...
- QUANDO TERMINA OU TERMINOU O TRATAMENTO? __/__/__
- 4.7 - TEM ALERGIA? SIM NÃO

ALIMENTOS: QUAIS? ...

MEDICAMENTOS: QUAIS? ...

4.8 - JÁ TEVE INTERNAÇÕES ANTERIORES? () SIM () NÃO

CAUSAS: ...

4.9 - OUTRAS DOENÇAS, TRATAMENTO OU PROBLEMAS: ...

ANEXO D

Estabelecimento ...

DECLARAÇÃO DE TRABALHO

Declaro para os devidos fins que ... trabalha em minha residência no(s) dia(s) ... no horário de

Endereço:

Fone:

São Paulo, ... de ... de 19...

ASSINATURA DO EMPREGADOR

R.G. nº ...

Senhor empregador, visando um bom atendimento às crianças em maior clareza de dados, solicitamos de V.Sa. o preenchimento dos dados acima.

ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR

ANEXO E

AUTORIZAÇÃO PARA PASSEIO

ESTABELECIMENTO PRÉ-ESCOLA

UNIDADE: ...

Autorizo os responsáveis pela Estabelecimento Pré-Escola ... Unidade ... a levarem meu filho(a) ... aos passeios programados pela estabelecimento.

São Paulo, ... de ... de 1991.

Assinatura do Responsável

Nome do Responsável

ANEXO F

São Paulo, ... de ... de 19...

Autorização para entrega e retirada de crianças do Estabelecimento ...

Nós, respectivamente ... RG nº ... pai, e ... RG nº ... mãe, do menor ... autorizamos as seguintes pessoas abaixo relacionadas e com endereço

discriminados:

1) ... Endereço: ... R.G. nº ...;

2) ... Endereço: ... R.G. nº ...;

3) ... Endereço: ... R.G. nº ...;

- entregar o(s) menor(es) acima citado(s) no horário estabelecido pela Estabelecimento: das 6:30 às 7:30 horas;

- retirar o(s) menor(es) acima citado(s) no horário das 17:30 às 19:00 horas;

- retirar o menor quando este não apresentar condições de saúde satisfatórias para o ingresso à Estabelecimento;

- retirar o menor durante o período de permanência na unidade, em casos de situações emergenciais.

(assinatura do pai)

(assinatura da mãe)

1) ... 2) ... 3) ...

ASSINATURA DO(A) DIRETOR(A)

DO ESTABELECIMENTO

ANEXO G

Estabelecimento: ...

DECLARAÇÃO

Eu, ... DECLARO ESTAR DESISTINDO DA(S) VAGA(S) DE MEU(S) FILHO(S) ... POR MOTIVO DE ...

São Paulo, ... de ... de 19...

ASSINATURA

ANEXO H

BOLETIM DE FREQUÊNCIA DIÁRIA

ESTABELECIMENTO: ... MÊS: ... TURMA: ...

NO *DIA 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

ANEXO I

CONSOLIDADO DE FREQUÊNCIA MENSAL

ESTABELECIMENTO: ...

FREQUÊNCIA MÊS: ...

D 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21

B

I

B

II

B

III

M

G

M

I

M

II

M

III

M

I

J

I

J

II

J

III

T

MÉDIA DE FREQUÊNCIA MENSAL: ... CRIANÇAS/DIAS: ...

OBS.: Deve ser preenchido diariamente, conforme Boletim de Frequência Diária.

* Dias úteis.

ANEXO J

ESTABELECIMENTO: ...

Demonstrativo das refeições servidas durante o mês de ... de 19 ...

AT

DEJEJUM ALMOÇO JANTAR LANCHE MAMADEIRA

A ADULTO CRIANÇA ADULTO CRIANÇA ADULTO CRIANÇA ADULTO MANHÃ TARDE

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

TOTAL

Responsável pelos dados acima ...

em ...

ANEXO K

ESTABELECIMENTO: ...

NOME: ... MATRÍCULA: __/__/__

DATA NASC. __/__/__ PESO: ... ALTURA: ... NA MATRÍCULA

ANO

MÊS

PESO ALTURA D ANO:

MÊS

PESO ALTURA D

JANEIRO JANEIRO

FEVEREIRO FEVEREIRO

MARÇO MARÇO

ABRIL ABRIL

MAIO MAIO

JUNHO JUNHO

JULHO JULHO

AGOSTO AGOSTO

SETEMBRO SETEMBRO

OUTUBRO OUTUBRO

NOVEMBRO NOVEMBRO

DEZEMBRO DEZEMBRO

ANEXO L

RELATÓRIO INDIVIDUAL DAS INTERCORRÊNCIAS DA CRIANÇA

ESTABELECIMENTO: ...

NOME DA CRIANÇA: ...
DATA INTERCORRÊNCIAS E PROVIDÊNCIAS
__/__/__ início na Estabelecimento em ... (BEG e/ou MEG)
peso: ... altura: ...
ANEXO M
ESTABELECIMENTO: ...
ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO DA CRIANÇA
Data: __/__/__
Nome: ...
Local: ...
Causa: ...
Relatório sumário de atendimento: ...
Hipótese diagnóstica: ...
Conduta: ...
Poderá freqüentar a Estabelecimento? Necessita de retorno?
Sim () Não () Sim () Não ()
__/__/__
Outras recomendações: ...
São Paulo, __/__/__ _____

Ass.:

Carimbo

ANEXO N

FICHA DE CONTROLE DE VACINAÇÃO

ESTABELECIMENTO: ...

NOME: ... MATRÍCULA Nº: ...

ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO

VACINAS CONTRA

PÓLIO

TRIPL (DPT) CONTA

SARAMPO

BCG

TOXÓIDE

TETÂNICO

DUPLA OUTRAS

VACINAS

DOSES

1.a DOSE

2.a DOSE

3.a DOSE

REFORÇO

REFORÇO

COLABORADORES DA PROPOSTA

- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
- CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
- CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
- CADAIS
- CONSELHO DA CONDIÇÃO FEMININA
- SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
- SECRETARIA DO MENOR
- PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Secretaria de Estado da Saúde/ Coordenadoria de Controle de Doenças/Centro de Documentação:

Av. Dr. Arnaldo, 351 - Anexo 3 - Telefones:(11) 3065-4701/4702/4707 FAX: 30654706 - São Paulo / SP - CEP 01246-901