

PASSO A PASSO

SISTEMA PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE

Sistema PBF na Saúde (e-Gestor)



LEGISLAÇÃO – CRIAÇÃO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF)

**MP nº 1.164 de
2/03/ 2023**

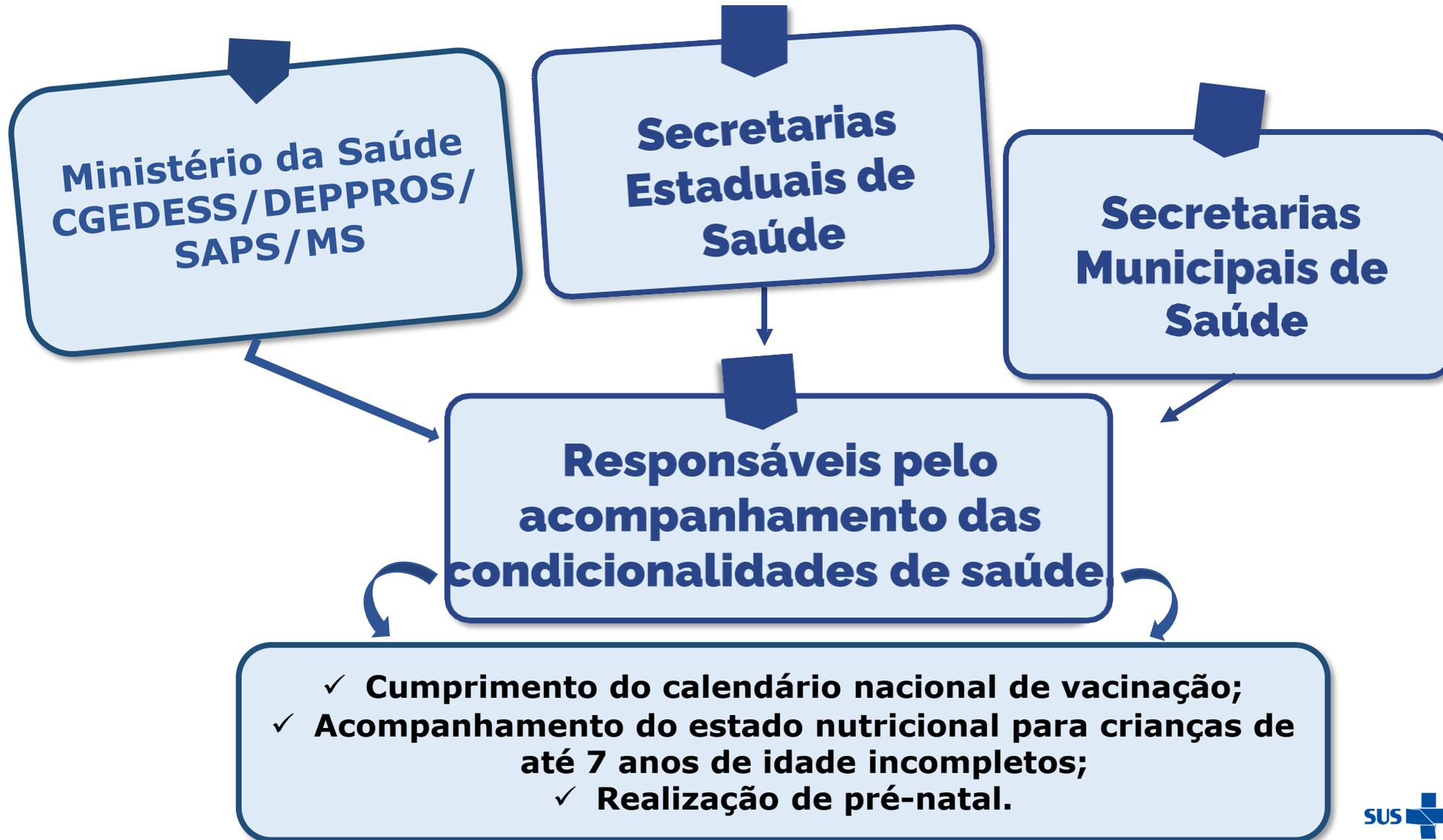
Institui o Programa Bolsa Família, e dá outras providências.

Conversão

**Lei nº 14.601 de
19/06/2023**

Institui o Programa Bolsa Família e dá outras providências

ATRIBUIÇÕES FEDERAIS, ESTADUAIS E MUNICIPAIS NAS CONDICIONALIDADES DO PBF NA SAÚDE



ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA



PÚBLICO DE ACOMPANHAMENTO

Acompanhamento Obrigatório

- Mulheres de 14 a 44 anos;
- Crianças de 0 até 7 anos de idade incompletos.

Acompanhamento Não Obrigatório

Mulheres com idade entre 7 e 13 anos e acima de 44 anos → objetivo:

Identificar, nesses grupos etários, mulheres que possam entrar no PBF, após a geração do Arquivo Inicial (início da vigência) → **mulheres elegíveis para receber o benefício financeiro na condição de gestantes**).

PERÍODOS: VIGÊNCIAS, ACOMPANHAMENTOS E REGISTRO DOS ACOMPANHAMENTOS



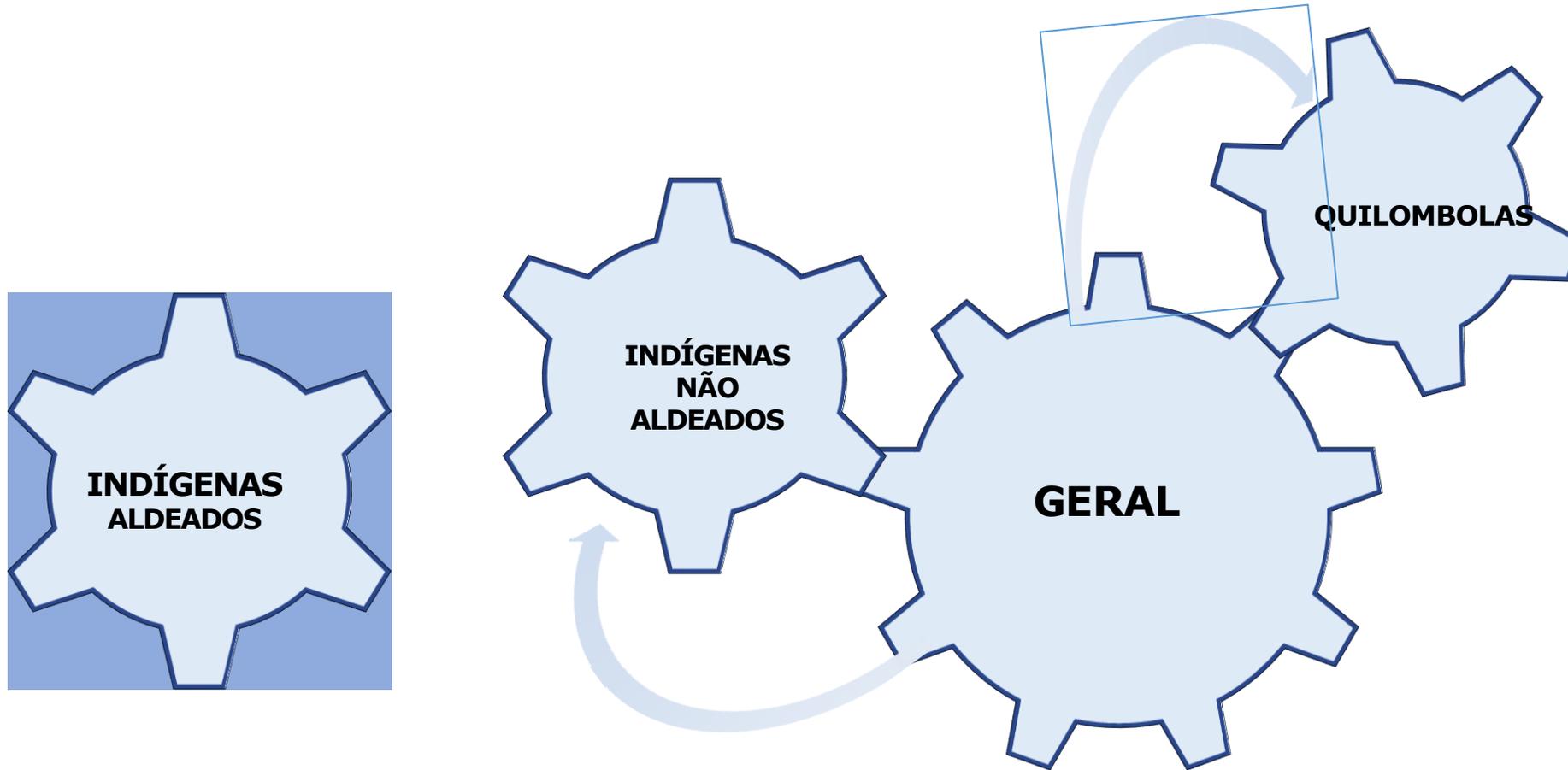
ATENÇÃO! O período de **acompanhamento não depende** da liberação do Sistema PBF na Saúde **para registro das condicionalidades.**

DETALHAMENTO DAS VIGÊNCIAS

O MDS leva em consideração, para a geração do público de acompanhamento **(arquivo inicial e complementar)**, as informações do público beneficiário constantes na **folha de pagamento do PBF** e as informações do **CadÚnico**, conforme tabela ao lado.

Vigência	Arquivo de carga	Início do período de registro de acompanhamento	Folha de pagamento	Informações CadÚnico
1ª	Início	Fevereiro	Dezembro	Novembro
1ª	Complementar	Abril	Março	Fevereiro
2ª	Início	Agosto	Junho	Maió
2ª	Complementar	Outubro	Setembro	Agosto

PÚBLICO PARA REGISTRO DE ACOMPANHAMENTO NO SISTEMA PBF NA SAÚDE

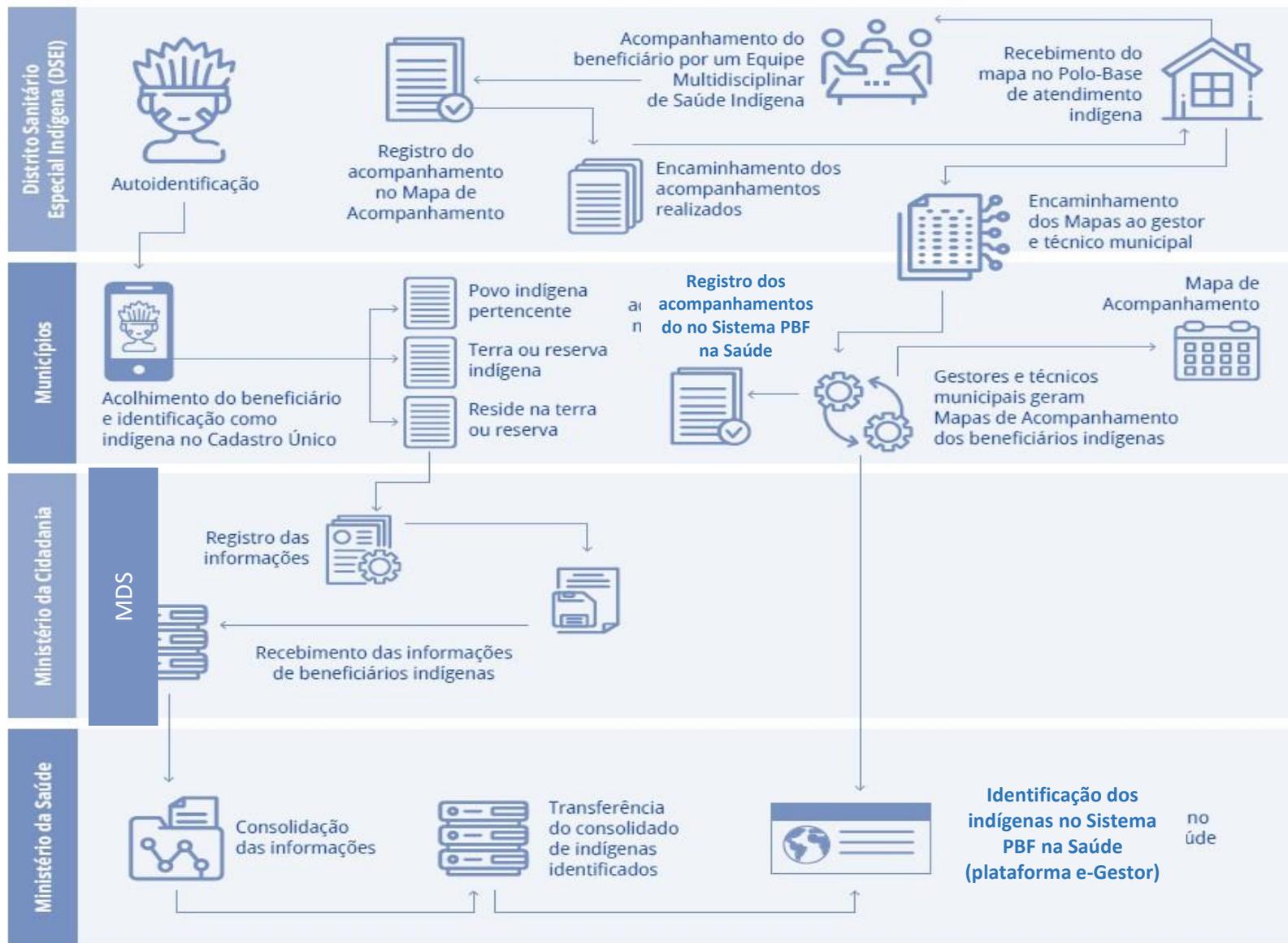


FLUXO DO ACOMPANHAMENTO – GERAL, QUILOMBOLA, **INDÍGENAS NÃO ALDEADOS**



FLUXO DO ACOMPANHAMENTO – INDÍGENAS

ALDEADOS

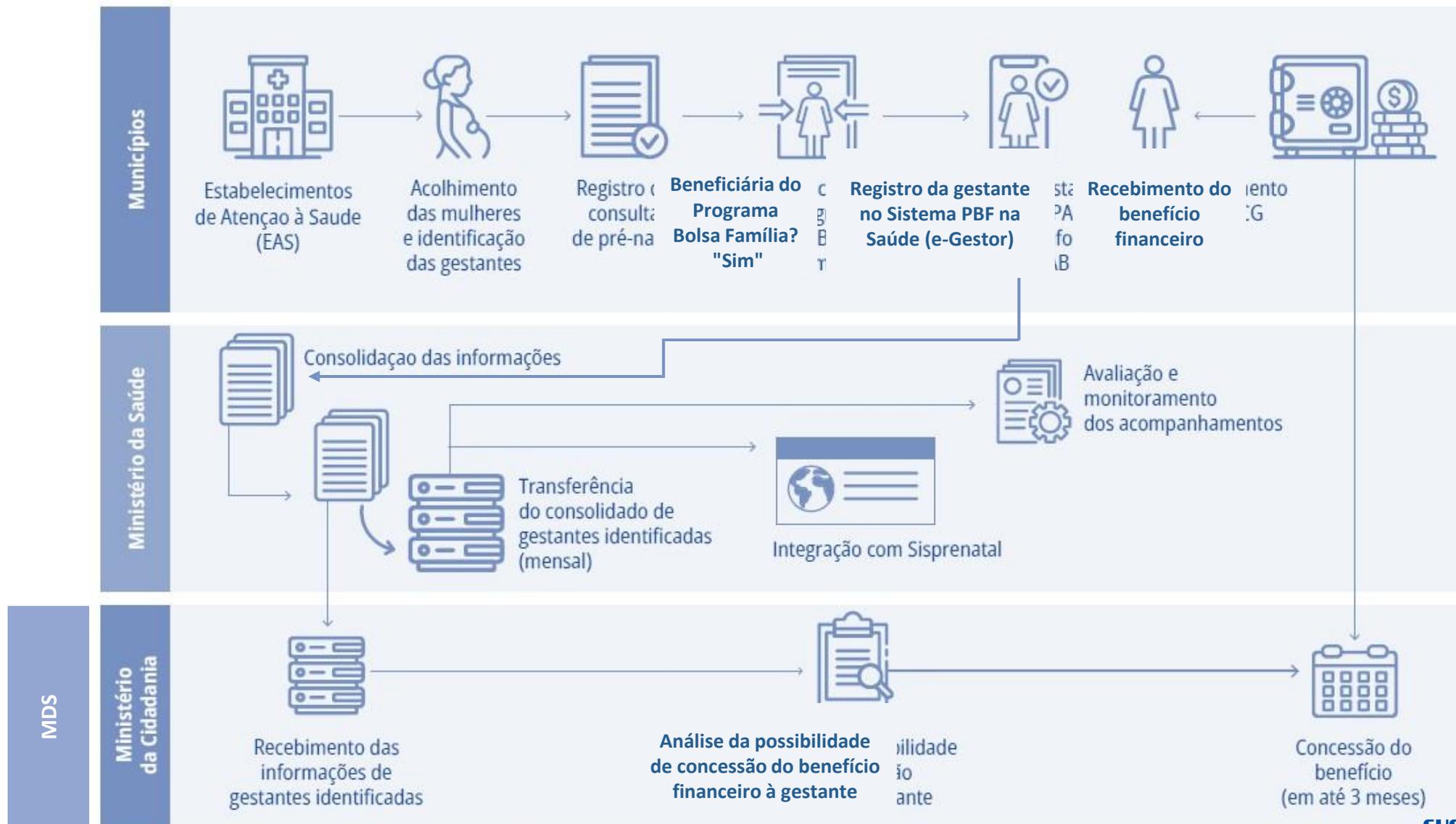


Fonte: <https://bfa.saude.gov.br/>



MINISTÉRIO DA SAÚDE

FLUXO DO ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES – CONCESSÃO DO BENEFÍCIO FINANCEIRO

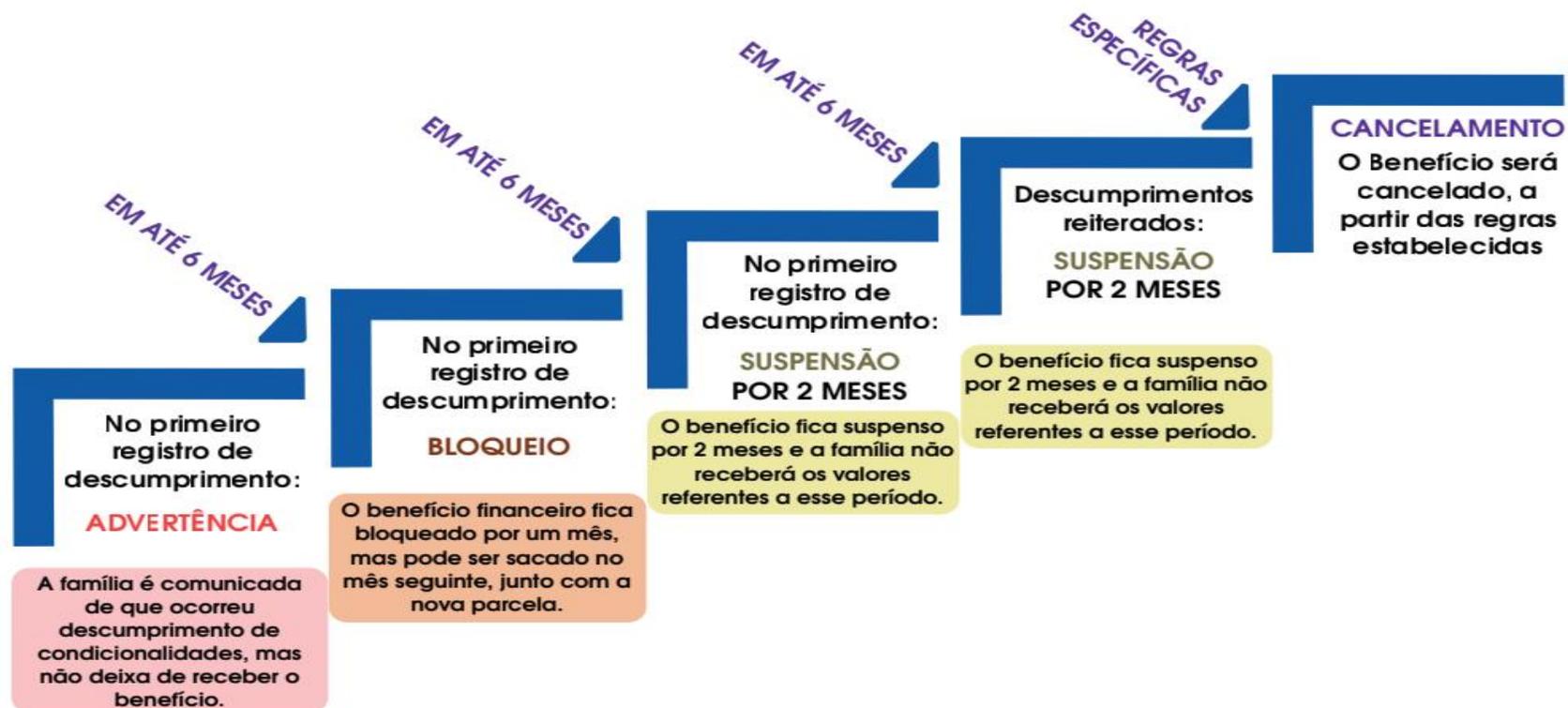


DESCUMPRIMENTO DAS CONDICIONALIDADES DA SAÚDE (REPERCUSSÕES)

Repercussões da Saúde	Meses para registro de descumprimentos
Março (2º Vigência do ano anterior)	Até o final de Abril
Setembro (1º Vigência do ano corrente)	Até o final de Outubro

As **Repercussões** são efeitos decorrentes do descumprimento das condicionalidades do PBF. São gradativos e aplicados de acordo com os descumprimentos identificados no histórico da família.

APLICAÇÃO DE EFEITOS POR DESCUMPRIMENTO DAS CONDICIONALIDADES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA



Repercussão	Referência do acompanhamento	Recurso
Março	2º semestre do ano anterior	Abril
Setembro	1º semestre do ano vigente	Outubro

SISTEMA PBF NA SAÚDE E PLATAFORMA e-GESTOR



PLATAFORMA e-Gestor



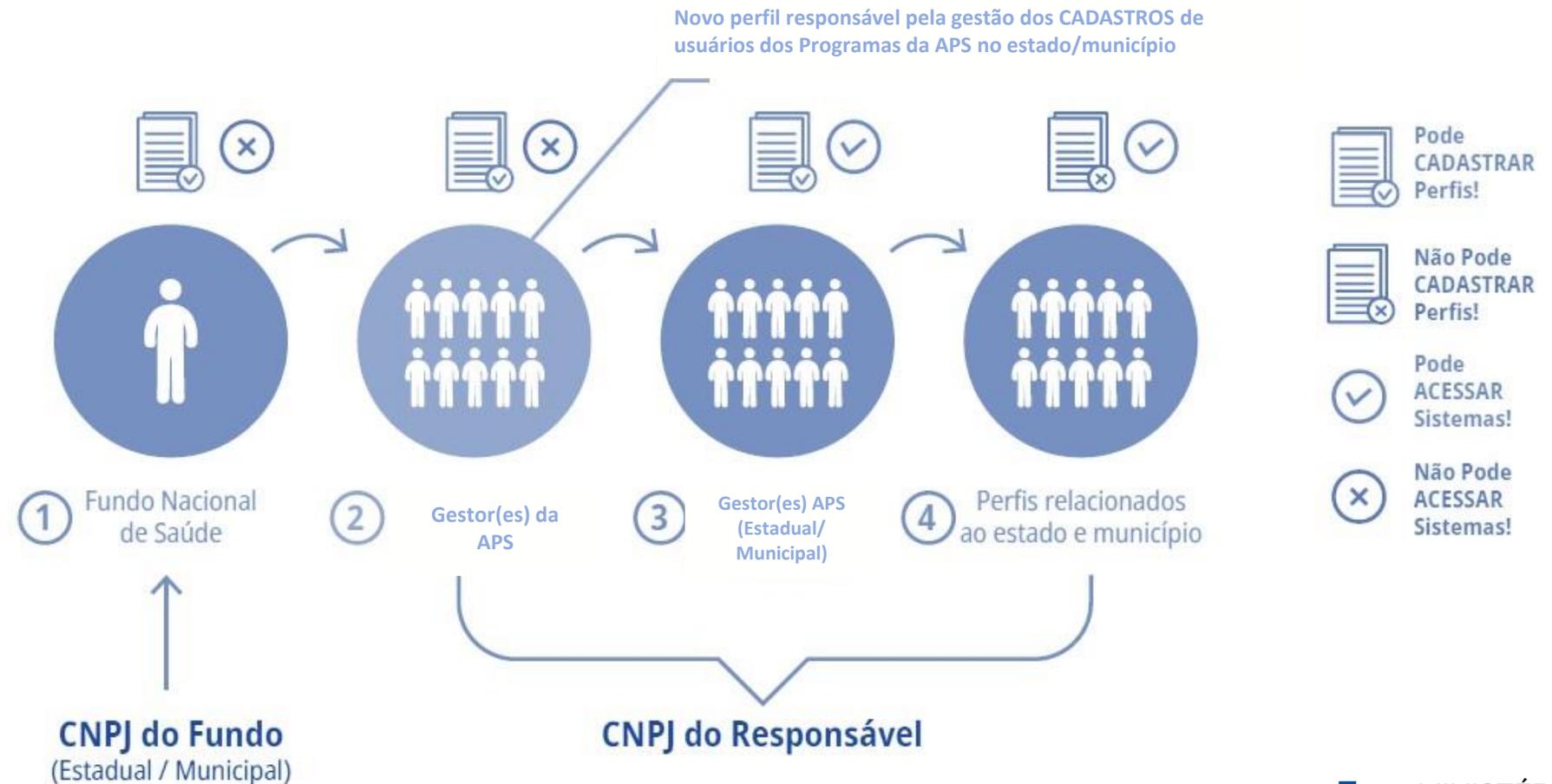
O **e-Gestor** é uma plataforma web para centralização dos acessos e perfis dos Sistemas da Atenção Primária à Saúde, pelos gestores estaduais e municipais de saúde.

O **e-Gestor** possibilita maior integração com os demais sistemas de informação utilizados pelas equipes da APS, como: o e-SUS, o SISVAN Web e a atualização da base no Cartão Nacional de Saúde (CNS).

COMO É FEITO O CADASTRO PARA NOVOS USUÁRIOS NA PLATAFORMA e-GESTOR?

Perfis de acesso para estados e municípios

Gestor do município (prefeito, secretário municipal de saúde ou pessoa designada por ele). Deve possuir usuário (CNPJ) e senha do **Fundo Municipal de Saúde** para fazer o cadastro do Gestor da APS no e-Gestor.



Fonte: <https://egestorab.saude.gov.br/>.

ACESSO RESTRITO – Pela página do e-Gestor

The screenshot displays the e-Gestor website interface. At the top, there is a navigation bar with the text "BRASIL" and "Acesso à informação" on the left, and "Participe", "Serviços", "Legislação", and "Canais" on the right. A red arrow points to the "Acesso à informação" text. Below this is the main header with the "e-Gestor" logo and "Atenção Básica" text, along with the "MINISTÉRIO DA SAÚDE" logo. A secondary navigation bar contains "e-Gestor AB" and a search icon, with the "Acesso Restrito" link highlighted in a red box. On the left, a dark sidebar lists navigation options: "Início", "Acesso Restrito", "Relatórios Públicos", and "Suporte". The main content area features a large banner for "GUIA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA" with a description of physical activity importance and a link to "gov.br/saude". Below the banner is an "Acesso Rápido" section with links to "Painéis de Indicadores da APS", "Saúde na hora", "Informatiza APS", and "SISAB". To the right, there are three informational boxes: "Informes" (receiving news via email/WhatsApp), "Perguntas Frequentes" (FAQ), and "Acesso Restrito" (restricted access to systems). At the bottom right, it says "Visite também:".

ACESSO RESTRITO (outra opção): Pela página do PBF

The screenshot shows the website bfa.saude.gov.br. The browser address bar has a red arrow pointing to the URL. The page header includes the logos for 'PROGRAMA BOLSA família', 'SUS', 'MINISTÉRIO DA SAÚDE', and 'GOVERNO FEDERAL BRASIL'. A blue navigation bar contains the 'PBF' logo and a menu icon on the left, and a red-bordered button labeled 'Acesso Restrito' on the right. Below the navigation bar, the main content area features a large banner with the text: 'Acesse o EAD no Programa Bolsa Família na Saúde no UniverSUS Ambiente Virtual de Aprendizagem para profissionais que atuam no SUS'. Below the banner are two columns of content: 'O que é?' (What is it?) and 'Como funciona?' (How it works?).

PROGRAMA BOLSA família

SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNO FEDERAL BRASIL UNIAO E RECONSTRUCAO

PBF

Acesso Restrito

Programa **Bolsa Família na Saúde**

Acesse o EAD no Programa Bolsa Família na Saúde no UniverSUS
Ambiente Virtual de Aprendizagem para profissionais que atuam no SUS

O que é?

O Programa Bolsa Família é um programa federal de transferência direta e indireta de renda que integra benefícios de assistência social, saúde, educação e emprego, destinado às famílias em situação de pobreza. Além disso, o Programa oferece ferramentas para a emancipação socioeconômica da família em situação de vulnerabilidade social.

O objetivo das condicionalidades do Programa é garantir a oferta das ações básicas, e potencializar a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuir para a sua inclusão social.

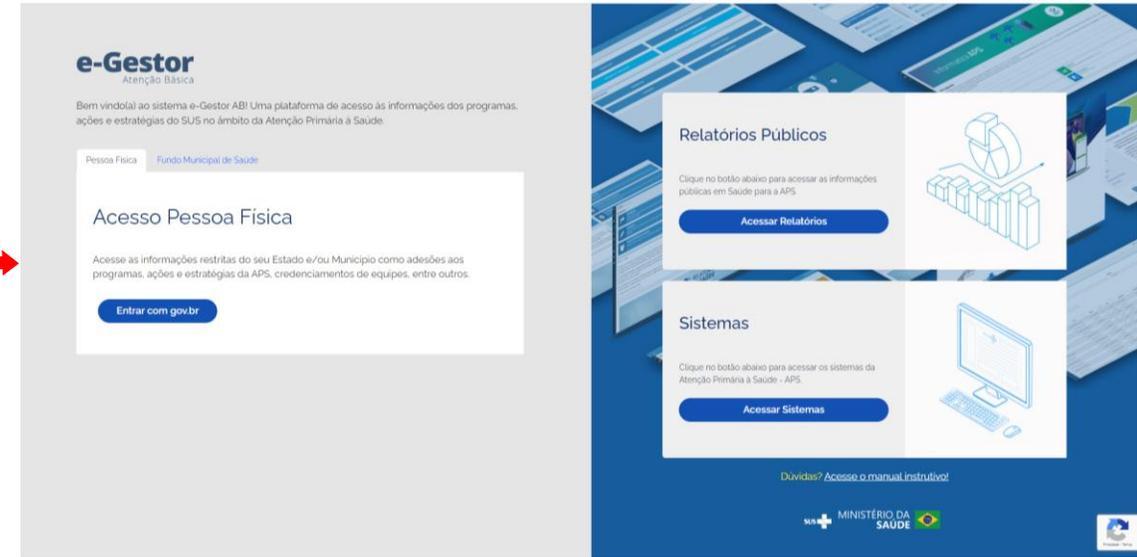
A agenda de saúde do Bolsa Família no SUS compreende a oferta de serviços para a realização do pré-natal pelas gestantes, o cumprimento do calendário vacinal e o acompanhamento do estado nutricional das crianças. Assim, as famílias beneficiárias do Bolsa Família com mulheres em idade entre 14 e 44 anos, possuem acesso a este serviço de saúde.

Como funciona?

O responsável técnico municipal do Programa Bolsa Família na Secretaria de Saúde deve acessar, na Plataforma e-Gestor AB – Sistema Bolsa Família na Saúde, a relação das famílias beneficiárias do seu município que precisam ser acompanhadas pela saúde a cada vigência (1ª vigência: janeiro a junho. 2ª vigência: julho a dezembro).

A identificação das gestantes elegíveis ao Benefício Composição Familiar é feita pela saúde. Este benefício objetiva o aumento da proteção à mãe e ao bebê, elevando a renda familiar na gestação e na primeira infância, amplia-se a responsabilidade do Sistema Único de Saúde junto às famílias do Programa Bolsa Família. Para isso, é essencial a captação precoce das beneficiárias gestantes pelo serviço de saúde para a realização do pré-natal. Quanto antes for informado a gestação, mais rapidamente a família receberá o benefício.

PRIMEIRO ACESSO



1. Acesse o [e-Gestor AB](#) e clique em "**Acesso Restrito**";
2. Clique em "**Entrar com gov.br**";
3. Informe seu **CPF**;
4. Informe a sua **senha** do gov.br;
5. **Você será redirecionado para a página do e-Gestor** com seu perfil de acesso.



ATENTAR PARA:

1. **Perfis** de acesso ao Sistema PBF na Saúde;
2. **Funcionalidades** do Sistema PBF na Saúde;
3. A **atualização** do Sistema PBF na Saúde é realizada semanalmente;
4. O acesso ao Sistema PBF na Saúde, será **inativado** (a senha expira) caso usuário fique por **mais de 90 dias sem entrar**.
 - ✓ A liberação para a reativação do acesso é feita pelo Gestor Municipal ou pelo Gestor da APS, por meio da plataforma e-Gestor.

PERFIS DE ACESSO AO SISTEMA PBF NA SAÚDE



Gestores do PBF na Saúde (municipais)

O perfil de gestor municipal edita, visualiza dados e pode cadastrar técnicos para utilização do sistema.



Técnicos do PBF na Saúde (municipais)

O perfil de técnico municipal visualiza e registra os dados.

COMPETÊNCIAS DE ACORDO COM OS PERFIS CORRESPONDENTES



GESTORES E TÉCNICOS ESTADUAIS

Acessos estaduais indisponíveis
→ **pode gerar relatórios com acesso público**



GESTOR MUNICIPAL

Gerencia EAS*, agrupa bairros, vincula famílias aos EAS, gera mapas de acompanhamento, registra acompanhamentos e gera relatórios.



TÉCNICO MUNICIPAL

Gera mapas de acompanhamento, registra acompanhamentos e gera relatórios.



PROFISSIONAIS DA APS

Realizam acompanhamentos, registram as informações em mapas de acompanhamento impressos ou no sistema, por meio de acesso com perfil de técnico ou gestor municipal.

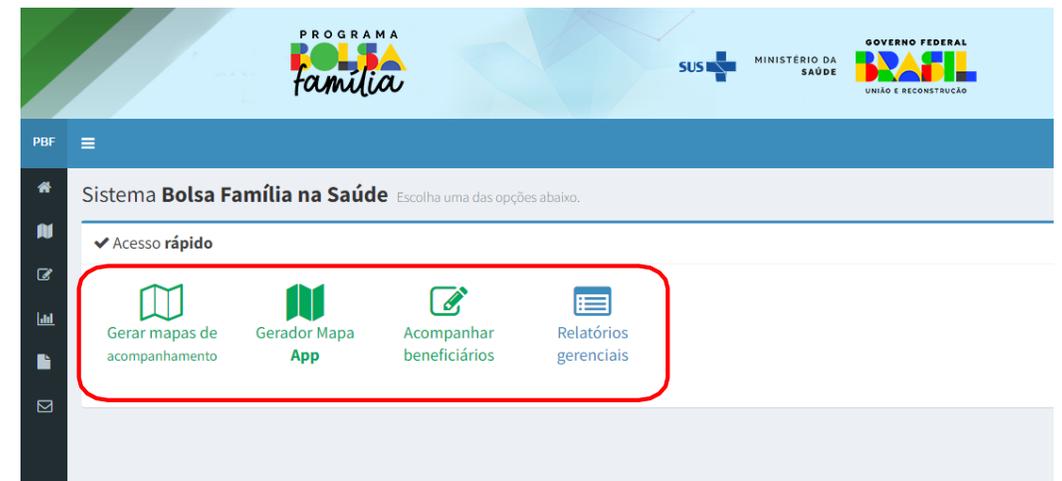
*Estabelecimento de Atenção à Saúde

EXIBIÇÃO DA TELA DE ACORDO COM O PERFIL DE ACESSO

Perfil **Gestor** Municipal



Perfil **Técnico** Municipal



GERENCIADORES DO SISTEMA PBF NA SAÚDE

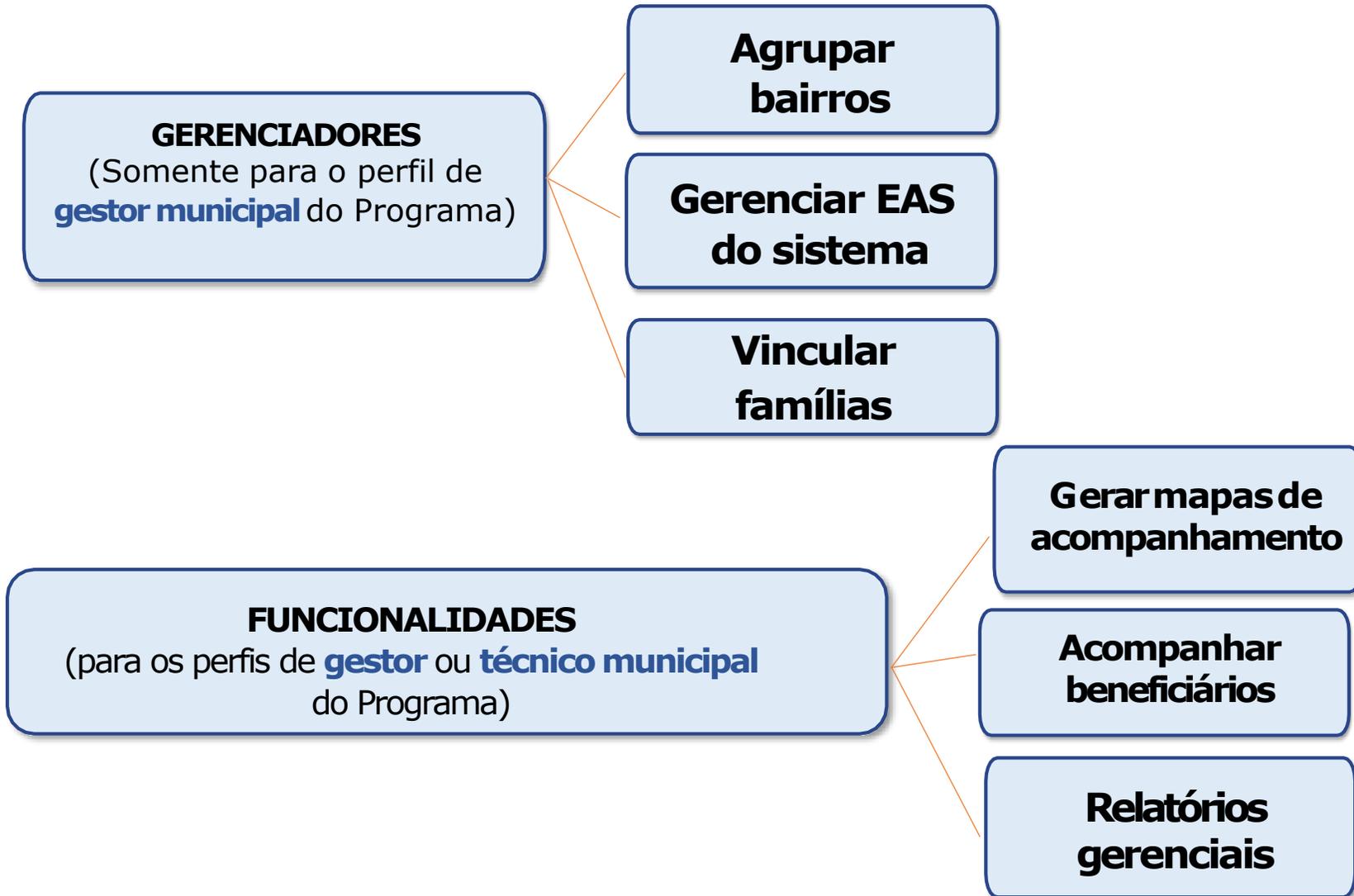


SISTEMA PBF NA SAÚDE

Os **gerenciadores** do Sistema PBF na Saúde têm a função de facilitar o acompanhamento das condicionalidades e de aperfeiçoar o processo de trabalho dos municípios



SISTEMA PBF NA SAÚDE



'AGRUPAR BAIRROS'

Sistema Bolsa Família na Saúde

Escolha uma das opções abaixo.

✓ Acesso rápido



Agrupar bairros



Gerenciar EAS do sistema



Vinculação de Famílias



Gerar mapas de acompanhamento



Acompanhar beneficiários



Relatórios gerenciais

Agrupar Bairros

Permite a **correção ortográfica dos bairros** que foram digitados incorretamente ou de maneiras diferentes no CadÚnico.

Facilita a **busca ativa dos beneficiários**, reduz a quantidade de mapas de acompanhamentos a serem impressos e contribui para a **organização do fluxo de trabalho** na rotina de acompanhamento das condicionalidades.

APÓS CLICAR EM 'AGRUPAR BAIRROS', APARECERÁ A SEGUINTE TELA:

Agrupar bairros

📄 Lista de todos os bairros do seu município.

🏠 Defina um nome para o grupo de bairros e selecione os bairros a serem agrupados:

Defina um nome para os Grupos de Bairros

AGUAS CLARAS

🏠 Agrupar

Selecione os bairros a serem agrupados (10 selecionados) (Multipla escolha)

Bairros Selecionados: ADE AGUAS CLARAS , ADE DE AGUAS CLARAS , AGUA CLARAS , AGUAS AREAL , AGUAS CLARA , AGUAS CLARAS , AGUAS CLARAS AREAL , AQREAL , AREAL , ARNIQUEIRAS

10 Bairros selecionados ▾

Lista de grupo de bairros:

Legenda: 🏠 Ajustar Colunas 📄 Copiar Colunas 🖨 Imprimir 📄 Exportar Excel ✕ Excluir



Pesquisar

▾ Novo bairro

Bairros Agrupados

Atualização

Ações

AGUAS CLARAS

ADE AGUAS CLARAS
ADE DE AGUAS CLARAS
AGUA CLARAS
AGUAS AREAL
AGUAS CLARA
AGUAS CLARAS
AGUAS CLARAS AREAL
AQREAL

15/09/2021



AO CLICAR EM 'LISTA DE TODOS OS BAIRROS DO SEU MUNICÍPIO' UM ARQUIVO EM EXCEL SERÁ DISPONIBILIZADO

Agrupar bairros

Lista de todos os bairros do seu município.

Defina um nome para o grupo de bairros e selecione os bairros a serem agrupados:

Defina um nome para os Grupos de Bairros

CENTRO

Agrupar

Lista de grupo de bairros:

Legenda: Ajustar Colunas Copiar Colunas Imprimir Exportar Excel Excluir



Pesquisar

Novo bairro

Bairros Agrupados

Atualização

Ações

AGUAS CLARAS

ADE AGUAS CLARAS
ADE DE AGUAS CLARAS
AGUA CLARAS
AGUAS AREAL
AGUAS CLARA
AGUAS CLARAS
AGUAS CLARAS AREAL

15/09/2021



bfa-22021-todos-...xlsx

Mostrar tudo

DIGITE O NOME CORRETO PARA O NOVO GRUPO DE BAIRROS E CONFIRME SUA SELEÇÃO CLICANDO SOBRE O NOME 'NOVO GRUPO'

Agrupar bairros

Lista de todos os bairros do seu município.

Defina um nome para o grupo de bairros e selecione os bairros a serem agrupados:

Defina um nome para os Grupos de Bairros

centro

CENTRO (NOVO GRUPO)

TAGUATINGA

Agrupar

Lista de grupo de bairros:

Legenda: Ajustar Colunas Copiar Colunas Imprimir Exportar Excel Excluir



Pesquisar

Novo bairro

Bairros Agrupados

Atualização

Ações

AGUAS CLARAS

ADE AGUAS CLARAS
ADE DE AGUAS CLARAS
AGUA CLARAS
AGUAS AREAL
AGUAS CLARA
AGUAS CLARAS
AGUAS CLARAS AREAL

15/09/2021



PASSE A BARRA DE ROLAGEM PARA BAIXO, CLIQUE SOBRE OS BAIRROS QUE DESEJA INCLUIR NA SELEÇÃO E CLIQUE EM 'AGRUPAR'

PBF

Agrupar bairros

Lista de todos os bairros do seu município.

Defina um nome para o grupo de bairros e selecione os bairros a serem agrupados:

Defina um nome para os Grupos de Bairros

CENTRO

Selecione os bairros a serem agrupados (4 selecionados) (Multipla escolha)

Bairros Selecionados: AREA ESPECIAL , ASPALHA , ASSENTAMENTO , ASSENTAMENTO 26 DE SETEMBRO

4 Bairros selecionados

- AROANDIA RIBEIRO ALVES
- ARSIQUEIRAS
- ASA NORTE
- ASA NORTE NOROESTE
- ASA SUL
- ASMAMBIA
- ASPALHA
- ASSENTAMENTO
- ASSENTAMENTO 26 DE SETEMBRO
- ASSENTAMENTO FERREIRA FROMEYDA ROD OF-330 RM-11
- ATAGUATINGA NORTE
- BANBEIRANTE
- BAZILANDIA

Um bairro pode ser inserido somente em um único grupo de bairros. Para grupo de bairros já formados, é possível inserir outros bairros no grupo, desde que não estejam em outro grupo.

PARA EXCLUIR UM GRUPO DE BAIRROS JÁ CRIADO, CLIQUE NO 'X', CONFORME TELA ABAIXO:

Agrupar bairros

Lista de todos os bairros do seu município.

Defina um nome para o grupo de bairros e selecione os bairros a serem agrupados:

Defina um nome para os Grupos de Bairros

centro

AGrupar

CENTRO (NOVO GRUPO)

TAGUATINGA

Lista de grupo de bairros:

Legenda: [] Ajustar Colunas [] Copiar Colunas [] Imprimir [] Exportar Excel [X] Excluir

Pesquisar

Novo bairro	Bairros Agrupados	Atualização	Ações
AGUAS CLARAS	ADE AGUAS CLARAS ADE DE AGUAS CLARAS AGUA CLARAS AGUAS AREAL AGUAS CLARA AGUAS CLARAS AGUAS CLARAS AREAL AQREAL AREAL ARNIQUEIRAS	15/09/2021	

'GERENCIAR EAS DO SISTEMA'

Sistema Bolsa Família na Saúde

Escolha uma das opções abaixo.

✓ Acesso rápido



Agrupar bairros



Gerenciar EAS do sistema



Vinculação de Famílias



Gerar mapas de acompanhamento



Acompanhar beneficiários



Relatórios gerenciais

Gerenciar EAS do Sistema

Seleciona os Estabelecimentos de Atenção à Saúde (EAS) pertencentes aos municípios que realizam o acompanhamento dos beneficiários.

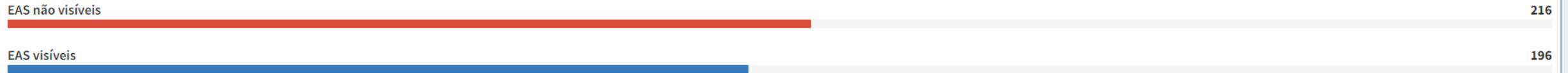
Facilita o trabalho do Município no momento de imprimir os Mapas de Acompanhamento e de inserir os dados de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa.

A relação de EAS é extraída do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e atualizada mensalmente. Portanto, caso um EAS do seu município não esteja disponível na lista do Sistema PBF na Saúde, possivelmente ele está como EAS não visível ou ainda não está no CNES.

AO CLICAR EM 'GERENCIAR EAS DO SISTEMA', APARECERÁ A SEGUINTE TELA:

Gerenciar EAS Utilize a tela abaixo para gerenciar os EAS visíveis ao sistema

Total de EAS no município: 412



↔ Seleccione os EAS para ficarem visíveis

Selecione os EAS:

196 EAS SELECIONADOS ▾

Salvar seleção

*Os EAS que possuem famílias vinculadas não podem ser removidos.
Utilize o módulo VINCULAR FAMÍLIAS caso queira alterar os vínculos das famílias.

📄 EAS visíveis com famílias vinculadas (196 visíveis)

Pesquisa

7426526 - EQUIPE VOLANTE DE VACINACAO
0010480 - HOSPITAL REGIONAL DE CEILANDIA
2814897 - HOSPITAL REGIONAL DO GUARA I
0010464 - HRAN

Clique em 'Selecione os EAS'.

← Voltar

SELECIONE OS 'EAS' QUE FICARÃO VISÍVEIS

Gerenciar EAS Utilize a tela abaixo para gerenciar os EAS visíveis ao sistema

Total de EAS no município: 412



Selecione os EAS para ficarem visíveis

Selecione os EAS:

196 EAS SELECIONADOS

- Selecionar Todos
- Retirar seleção de Todos

Pesquisar

- 0011347 - ADOLESCENTRO BRASILIA
- 9031340 - ASF SOBRADINHO
- 0727377 - CADH REGIAO LESTE
- 7219695 - CAPS AD CANDANGO
- 7055919 - CAPS AD FLOR DE LOTUS
- 7238703 - CAPS AD III DE TAGUATINGA
- 7282494 - CAPS AD III SAMAMBAIA
- 7094116 - CAPS AD ITAPOA

EAS visíveis com famílias vinculadas (196 visíveis)

Pesquisa

- 7426526 - EQUIPE VOLANTE DE VACINACAO
- 0010480 - HOSPITAL REGIONAL DE CEILANDIA
- 2814897 - HOSPITAL REGIONAL DO GUARA I
- 0010464 - HRAN



A MEDIDA QUE OS EAS FOREM SELECIONADOS, APARECERÃO NA TABELA VERDE AO LADO OS 'EAS VISÍVEIS SEM FAMÍLIAS VINCULADAS'

Gerenciar EAS Utilize a tela abaixo para gerenciar os EAS visíveis ao sistema

Total de EAS no município: 412

EAS não visíveis	215
EAS visíveis	197

Selecione os EAS para ficarem visíveis

Selecione os EAS:

197 EAS SELECIONADOS ▾

Selecionar Todos
 Retirar seleção de Todos

Pesquisar

0011347 - ADOLESCENTRO BRASILIA
 9031340 - ASF SOBRADINHO
0727377 - CADH REGIAO LESTE
7219695 - CAPS AD CANDANGO
7055919 - CAPS AD FLOR DE LOTUS
7238703 - CAPS AD III DE TAGUATINGA
7282494 - CAPS AD III SAMAMBAIA
7094116 - CAPS AD ITAPOA

EAS visíveis sem famílias vinculadas (1 visíveis) Pesquisa

9031340 - ASF SOBRADINHO

EAS visíveis com famílias vinculadas (196 visíveis) Pesquisa

7426526 - EQUIPE VOLANTE DE VACINACAO
0010480 - HOSPITAL REGIONAL DE CEILANDIA
2814897 - HOSPITAL REGIONAL DO GUARA I
0010464 - HRAN

APÓS O FIM DA SELEÇÃO DOS EAS QUE FICARÃO VISÍVEIS, CLIQUE EM 'SALVAR SELEÇÃO'

Gerenciar **EAS** Utilize a tela abaixo para gerenciar os EAS visíveis ao sistema

Total de EAS no município: 412

EAS não visíveis	215
EAS visíveis	197

↔ Seleccione os EAS para ficarem visíveis

Selecione os EAS:

197 EAS SELECIONADOS ▾

Salvar seleção

*Os EAS que possuem famílias vinculadas não podem ser removidos.
Utilize o módulo VINCULAR FAMÍLIAS caso queira alterar os vínculos das famílias.

🏠 EAS visíveis sem famílias vinculadas (1 visíveis)

Pesquisa

9031340 - ASF SOBRADINHO

🏠 EAS visíveis com famílias vinculadas (196 visíveis)

Pesquisa

7426526 - EQUIPE VOLANTE DE VACINACAO
0010480 - HOSPITAL REGIONAL DE CEILANDIA
2814897 - HOSPITAL REGIONAL DO GUARA I
0010464 - HRAN

← Voltar

A MEDIDA QUE AS EAS FOREM SELECIONADAS PARA FICAREM VISÍVEIS, O QUADRO **'TOTAL DE EAS NO MUNICÍPIO'** VAI MUDANDO

Gerenciar **EAS** Utilize a tela abaixo para gerenciar os EAS visíveis ao sistema

Total de EAS no município: 412



CONFORME O MUNICÍPIO FOR VINCULANDO AS FAMÍLIAS AOS EAS (TANTO NA OPÇÃO 'VINCULAÇÃO DE FAMÍLIAS' QUANTO NA OPÇÃO 'ACOMPANHAMENTO', OS EAS VISÍVEIS MIGRARÃO DA TABELA VERDE 'EAS VISÍVEIS SEM FAMÍLIAS VINCULADAS' PARA A TABELA LARANJA 'EAS VISÍVEIS COM FAMÍLIAS VINCULADAS')

Gerenciar EAS Utilize a tela abaixo para gerenciar os EAS visíveis ao sistema

Total de EAS no município: 269

EAS não visíveis	253
EAS visíveis	16

Selecione os EAS para ficarem visíveis

Selecione os EAS:

16 EAS SELECIONADOS

Salvar seleção

*Os EAS que possuem famílias vinculadas não podem ser removidos. Utilize o módulo VINCULAR FAMÍLIAS caso queira alterar os vínculos das famílias.

EAS visíveis sem famílias vinculadas (14 visíveis)

Pesquisa

- 0011347 - ADOLESCENTRO
- 5117666 - CANTINHO DA SAUDE GRANJA DO TORTO
- 5554349 - CAPS AD II SOBRADINHO
- 7282494 - CAPS AD III SAMAMBAIA

EAS visíveis com famílias vinculadas (2 visíveis)

Pesquisa

- 0011177 - CSB 10 ASA NORTE
- 0011029 - CSC 06 CEILANDIA

[← Voltar](#)

'VINCULAÇÃO DE FAMÍLIAS'

Sistema Bolsa Família na Saúde Escolha uma das opções abaixo.

✓ Acesso rápido

- Agrupar bairros
- Gerenciar EAS do sistema
- Vinculação de Famílias**
- Gerar mapas de acompanhamento
- Acompanhar beneficiários
- Relatórios gerenciais

Vinculação de Famílias

Permite estabelecer uma ligação entre as famílias, os EAS e seus profissionais. A família somente perde o vínculo com o EAS quando ocorre alteração no código do IBGE no CadÚnico, ou seja, quando a família se muda de município e atualiza o cadastro.

A vinculação não é obrigatória, mas apoia o município no gerenciamento da impressão de mapas por EAS e na geração de relatórios por EAS. Por isso, recomendamos que seja feita no início de cada vigência, e após a chegada do arquivo complementar.

As vinculações realizadas na vigência anterior estarão mantidas na atual. Só estarão sem vínculos as famílias novas no sistema ou beneficiários não acompanhados na vigência anterior.

ATENTAR PARA:

1. A vinculação é por família;
2. A vinculação pode ser feita por '**Bairro**', '**NIS**', '**Famílias sem vínculo**' ou '**EAS/Profissional**';
3. A seleção do **Profissional** no acompanhamento **não** é obrigatória;
4. Família somente perderá o vínculo se ocorrer alteração no código do IBGE registrado no CadÚnico, ou seja, quando a família se muda de município.

AO CLICAR EM 'VINCULAÇÃO DE FAMÍLIAS', APARECERÁ A SEGUINTE TELA:

Vinculação de **Famílias** Consulte as vinculações realizadas ou vincule famílias

Q Selecione os filtros para pesquisa:

* Campos obrigatórios

Tipo de pesquisa: * Bairro NIS Famílias sem vínculo EAS/Profissional

[← Voltar](#)

VINCULAÇÃO DE FAMÍLIAS POR BAIRRO - AO CLICAR EM TIPO DE PESQUISA '**BAIRRO**', APARECERÁ A SEGUIR. DIGITE O NOME BAIRRO E CLIQUE EM '**PESQUISAR**'

Vinculação de **Famílias** Consulte as vinculações realizadas ou vincule famílias

Q Seleccione os filtros para pesquisa:

* Campos obrigatórios

Tipo de pesquisa: * Bairro NIS Famílias sem vínculo EAS/Profissional

Bairro: *

Logradouro:

EAS:

Profissional:

APÓS CLICAR EM 'BAIRRO' E EM 'PESQUISAR', APARECERÁ A TELA ABAIXO:

The screenshot shows a web interface for family registration. At the top, a red banner reads: "Selecione um EAS para iniciar a vinculação e em seguida selecione um profissional." Below this, there are two dropdown menus: "Vincular ao EAS:" and "Vincular ao Profissional:", both set to "Selecione". There are also buttons for "Vincular todos" and "Desfazer vinculação de todos". A note indicates "* Campos obrigatórios".

The "Tipo de pesquisa:" section has radio buttons for "Bairro" (selected), "NIS", "Famílias sem vínculo", and "EAS/Profissional". Below this are several dropdown menus: "Bairro:" (set to "AGRAS CLARAS"), "Logradouro:", "EAS:", and "Profissional:", all set to "Selecione".

At the bottom, there is a table with columns "Ação" and "Cód. Familiar (clique + para ver beneficiários)". The "Ação" column contains a "Desvincular" button. The "Cód. Familiar" column contains the value "334" with a green plus icon next to it. A red arrow points from the plus icon to a callout box.

Callout 1 (top left): "Vinculações feitas nesta lista: 0" and "Mostrando de 1 até 1 de 1 registros". A red arrow points from this box to the main text box.

Callout 2 (top right): "O número de registros corresponde a quantidade de linhas. Cada linha corresponde a uma família." A red arrow points from this box to the main text box.

Callout 3 (bottom right): "Ao clicar no ícone ao lado do 'código familiar', o sistema mostrará o NIS e o nome de todas as pessoas da família." A red arrow points from this box to the plus icon in the table.

At the bottom left, there is a "Voltar" button with a left arrow.

EM SEGUIDA, O SISTEMA MOSTRARÁ A TELA A SEGUIR:

Selecione um EAS para iniciar a vinculação e em seguida selecione um profissional.

Vincular ao EAS: Vincular ao Profissional:

Vinculações feitas nesta lista: 0
Mostrando de 1 até 1.615 de 1.615 registros

O número de registros corresponde à quantidade de linhas. Cada linha corresponde a uma família.

Ação	Cód. Familiar (clique para ver beneficiários)			
<input type="button" value="Vincular"/>	<input type="text" value="167"/>			
NIS: 16372259150 - NOME: SHAKIRA NIS: 16053213641 - NOME: MADONNA				
<input type="button" value="Vincular"/>	540458	QNP 30 CONJUNTO F CASA 27	CEILANDIA	
NIS: 20919079959 - NOME: DEMI LOVATO				
<input type="button" value="Vincular"/>	1128293	QNM09 CONJUNTO C CASA 32	CEILANDIA	
NIS: 16081894860 - NOME: ADELLE NIS: 21208241941 - NOME: MARIAH CAREY				
<input type="button" value="Vincular"/>	1640076	PRIVE RUA 04 MODULO 08 LOTE 01	CEILANDIA	
<input type="button" value="Vincular"/>	1850488	PRIVE MODULO 12 RUA 02 LOTE 7 D	CEILANDIA	

Ao clicar em '**Cód. Familiar**', o sistema mostrará o NIS e o nome de todas as pessoas da família.

SELECIONE O 'EAS' E O 'PROFISSIONAL' PARA A VINCULAÇÃO. EM SEGUIDA CLIQUE EM 'VINCULAR TODOS' (PARA VINCULAR TODOS OS REGISTROS DE UMA SÓ VEZ) OU CLIQUE EM 'VINCULAR' (PARA VINCULAR FAMÍLIA POR FAMÍLIA)

Selecione um EAS para iniciar a vinculação e em seguida selecione um profissional.

Vincular ao EAS: **Passo 1** Vincular ao Profissional:

Passo 2

Vinculações feitas nesta lista: 0
Mostrando de 1 até 1.615 de 1.615 registros

Pesquisar

<input type="checkbox"/>	Cód. Familiar (clique para ver beneficiários)	Endereço	Bairro	EAS	Profissional
<input type="button" value="Vincular"/>	398167	QNN06 CONJUNTO B CASA 50	CEILANDIA		
NIS: 16372259150 - NOME: SHAKIRA NIS: 16053213641 - NOME: MADONNA					
<input type="button" value="Vincular"/>	540458	QNP 30 CONJUNTO F CASA 27	CEILANDIA		
NIS: 20919079959 - NOME: DEMI LOVATO					
<input type="button" value="Vincular"/>	1128293	QNM09 CONJUNTO C CASA 32	CEILANDIA		

AO CLICAR EM 'VINCULAR TODOS', APARECERÁ O QUESTIONAMENTO A SEGUIR:

Vincular ao EAS: CSC 06 CEILANDIA Vincular ao Profissional: ADMA MARIA MONTEIRO MAC

Vincular todos Desfazer vinculação de todos

Refazer pesquisa

Vinculações feitas nesta lista: 0

Mostrando de 1 até 1.615 de 1.615 registros

Pesquisar

Ação	Cód. Familiar (clique para ver beneficiários)	Endereço	Bairro	EAS	Profissional
Vincular	398167	QNN06 CONJUNTO B CASA 50	CEILANDIA		
Vincular	540458		CEILANDIA		
Vincular	1128293		CEILANDIA		
Vincular	1640076	PRIVE RUA 04 MODULO 08 LOTE 01	CEILANDIA		
Vincular	1850488	PRIVE MODULO 12 RUA 02 LOTE 7 D	CEILANDIA		
Vincular	1935757	QNN 01 CONJUNTO F LOTE 44 CASA 0	CEILANDIA		
Vincular	2196585	QNM 06 CONJUNTO J LOTE 04	CEILANDIA		
Vincular	2543710	QNR05 CONJUNTO H CASA 37	CEILANDIA		

Deseja vincular TODAS as famílias no EAS: CSC 06 CEILANDIA?

Obs.: Dependendo do número de famílias esse processo pode levar alguns minutos!

Cancelar Sim

EM SEGUIDA, APARECERÁ A SEGUINTE MENSAGEM DE CONFIRMAÇÃO DA VINCULAÇÃO:

The screenshot shows a web application interface for family registration. The main heading is "Vinculação de Famílias" with a subtitle "Consulte as vinculações realizadas ou vincule famílias". Below this is a search filter section with the text "Selecione os filtros para pesquisa:" and a note "* Campos obrigatórios". The filter options include "Tipo de pesquisa:" with radio buttons for "Barro" and "NIS", "Bairro:" with a dropdown menu, "Famílias sem vínculo?" with a checkbox, "EAS:" with a dropdown menu, and "Profissional:" with a dropdown menu. A refresh icon is visible below the filters. A white dialog box is overlaid on the screen, containing the message "Todas as famílias vinculadas com sucesso!" and an "OK" button. The background interface is dimmed, showing a table with columns for "Vincular ao EAS:" and "Vincular todos" buttons. At the bottom, there is a "Voltar" button and a "Consultando..." status indicator.

APÓS A VINCULAÇÃO, O SISTEMA MOSTRARÁ A TELA ABAIXO. NO CAMPO 'AÇÃO', A OPÇÃO 'VINCULAR' SERÁ SUBSTITUÍDA POR 'DESVINCULAR'. NOS CAMPOS 'EAS' 'PROFISSIONAL' APARECERÃO O NOME DA EAS E DO PROFISSIONAL VINCULADOS ÀS FAMÍLIAS

Vincular ao EAS: CSC 06 CEILANDIA Vincular ao Profissional: Beyonce

Vincular todos Desfazer vinculação de todos

Vinculações feitas nesta lista: 0
Mostrando de 1 até 1.615 de 1.615 registros

Pesquisar

Ação	Cód. Familiar (clique para ver beneficiários)	Endereço	Bairro	EAS	Profissional
Desvincular	398167	QNN06 CONJUNTO B CASA 50	CEILANDIA	CSC 06 CEILANDIA	Nina
Desvincular	540458	QNP 30 CONJUNTO F CASA 27	CEILANDIA	CSC 06 CEILANDIA	Nina
Desvincular	1128293	QNM09 CONJUNTO C CASA 32	CEILANDIA	CSC 06 CEILANDIA	Nina
Desvincular	1640076	PRIVE RUA 04 MODULO 08 LOTE 01	CEILANDIA	CSC 06 CEILANDIA	Nina
Desvincular	1850488	PRIVE MODULO 12 RUA 02 LOTE 7 D	CEILANDIA	CSC 06 CEILANDIA	Nina
Vincular	1935757	QNN 01 CONJUNTO F LOTE 44 CASA 0	CEILANDIA		
Vincular	2196585	QNM 06 CONJUNTO J LOTE 04	CEILANDIA		
Vincular	2542710	QND05 CONJUNTO I CASA 27	CEILANDIA		

PARA DESVINCULAR AS FAMÍLIAS, CLIQUE EM 'DESFAZER VINCULAÇÃO DE TODOS' (PARA DESVINCULAR TODOS OS REGISTROS DE UMA SÓ VEZ) OU CLIQUE EM 'DESVINCULAR' (PARA DESVINCULAR UM POR VEZ)

Vincular ao EAS: CSC 06 CEILANDIA Vincular ao Profissional: Beyonce

Vincular todos **Desfazer vinculação de todos**

Vinculações feitas nesta lista: 0
Mostrando de 1 até 1.615 de 1.615 registros

Pesquisar

Ação	Cód. Familiar (clique para ver beneficiários)	Endereço	Bairro	EAS	Profissional
Desvincular	398167	QNN06 CONJUNTO B CASA 50	CEILANDIA	CSC 06 CEILANDIA	Nina
Desvincular	540458	QNP 30 CONJUNTO F CASA 27	CEILANDIA	CSC 06 CEILANDIA	Nina
Desvincular	1128293	QNM09 CONJUNTO C CASA 32	CEILANDIA	CSC 06 CEILANDIA	Nina
Desvincular	1640076	PRIVE RUA 04 MODULO 08 LOTE 01	CEILANDIA	CSC 06 CEILANDIA	Nina
Desvincular	1850488	PRIVE MODULO 12 RUA 02 LOTE 7 D	CEILANDIA	CSC 06 CEILANDIA	Nina
Vincular	1935757	QNN 01 CONJUNTO F LOTE 44 CASA 0	CEILANDIA		Nina
Vincular	2196585	QNM 06 CONJUNTO J LOTE 04	CEILANDIA		
Vincular	2542710	QNP05 CONJUNTO H CASA 27	CEILANDIA		

VINCULANDO AS FAMÍLIAS POR 'NIS'



Vinculação de Famílias Consulte as vinculações realizadas ou vincule famílias

Q Seleccione os filtros para pesquisa:

* Campos obrigatórios

Tipo de pesquisa: * Bairro NIS Famílias sem vínculo EAS/Profissional

[← Voltar](#)

VINCULANDO AS FAMÍLIAS POR 'NIS'

Vinculação de **Famílias** Consulte as vinculações realizadas ou vincule famílias

Q Seleccione os filtros para pesquisa:

* Campos obrigatórios

Tipo de pesquisa: * Bairro NIS Famílias sem vínculo EAS/Profissional

Nis: *

Pesquisar

[← Voltar](#)

Insira um 'NIS' válido (11 dígitos) e clique em 'Pesquisar'.

AO SELECIONAR O 'TIPO DE PESQUISA: NIS' APARECERÁ A SEGUINTE TELA:

Vinculação de **Famílias** Consulte as vinculações realizadas ou vincule famílias

Q Seleccione os filtros para pesquisa:

* Campos obrigatórios

Tipo de pesquisa: * Bairro NIS

Nis: * 23766701386

Refazer pesquisa

Selecione um EAS para iniciar a vinculação e em seguida selecione um profissional.

Vincular ao EAS: Seleccione

Vincular todos Desfazer vinculação de todos

Vinculações feitas nesta lista: 0
Mostrando de 1 até 1 de 1 registros

Ação	Cód. Familiar (clique para ver beneficiários)	Endereço	Bairro	EAS	Profissional
Vincular	47030312	56 SHA C	AQUAS CLARA		

Voltar

O sistema mostrará somente uma linha, que corresponde à família do NIS pesquisado.

SELECIONE O 'EAS' E O 'PROFISSIONAL' PARA A VINCULAÇÃO. EM SEGUIDA CLIQUE EM 'VINCULAR' PARA VINCULAR FAMÍLIA

Selecione um EAS para iniciar a vinculação e em seguida selecione um profissional.

Vincular ao EAS:

Passo 1

Vincular ao Profissional:

Vincular todos Desfazer vinculação de todos

Vinculações feitas nesta lista: 0

Mostrando de 1 até 1 de 1 registros

Pesquisar

Passo 2

ação	Cód. Familiar (clique para ver beneficiários)	Endereço	Bairro	EAS	Profissional
<input type="button" value="Vincular"/>	47030312	56 SHA C	AQUAS CLARA		

APÓS A VINCULAÇÃO, O SISTEMA MOSTRARÁ A TELA ABAIXO. NO CAMPO 'AÇÃO', A OPÇÃO 'VINCULAR' SERÁ SUBSTITUÍDA POR 'DESVINCULAR'. NOS CAMPOS 'EAS' E 'PROFISSIONAL' APARECERÃO O NOME DA EAS E DO PROFISSIONAL VINCULADO À FAMÍLIA

Vinculação de Famílias Consulte as vinculações realizadas ou vincule famílias

Q Seleccione os filtros para pesquisa:

* Campos obrigatórios

Tipo de pesquisa: * Bairro NIS

Nis: * 20188811626

Refazer pesquisa

Vincular ao EAS: CANTINHO DA SAUDE GRANJ. ▾ Vincular ao Profissional: Beyonce ▾

Vincular todos Desfazer vinculação de todos

Vinculações feitas nesta lista: 0
Mostrando de 1 até 1 de 1 registros

Pesquisar

Ação	Cód. Familiar (clique para ver beneficiários)	Endereço	Bairro	EAS	Profissional
 Desvincular	47030312	56 SHA C	AQUAS CLARA	 CANTINHO DA SAUDE GRANJA DO TORTO	Beyonce

PARA DESVINCULAR A FAMÍLIA, CLIQUE EM 'DESVINCULAR'

Vinculação de Famílias Consulte as vinculações realizadas ou vincule famílias

Q Seleccione os filtros para pesquisa:

* Campos obrigatórios

Tipo de pesquisa: * Bairro NIS

Nis: * 20188811626

Refazer pesquisa

Vincular ao EAS: CANTINHO DA SAUDE GRANJ. ▾ Vincular ao Profissional: **Beyonce** ▾

Vincular todos Desfazer vinculação de todos

Vinculações feitas nesta lista: 0

Mostrando de 1 até 1 de 1 registros

Pesquisar

Ação	Cód. Familiar (clique para ver beneficiários)	Endereço	Bairro	EAS	Profissional
Desvincular	47030312	56 SHA C	AQUAS CLARA	CANTINHO DA SAUDE GRANJA DO TORTO	Beyonce

VINCULANDO AS FAMÍLIAS POR 'EAS/PROFISSIONAL'



Vinculação de Famílias Consulte as vinculações realizadas ou vincule famílias

Q **Selecione os filtros para pesquisa:**

* Campos obrigatórios

Tipo de pesquisa: * Bairro NIS Famílias sem vínculo EAS/Profissional

[← Voltar](#)



Importante!

A família e/ou indivíduo somente perde o vínculo ao EAS quando ocorrer alteração, no Cadastro Único, do código do IBGE do seu município de residência; ou seja, somente quando a família muda de município e o atualiza seu endereço no Cadastro Único.

VINCULANDO AS FAMÍLIAS POR 'EAS' - CONTINUAÇÃO

Vinculação de Famílias Consulte as vinculações realizadas ou vincule famílias

Q Seleccione os filtros para pesquisa:

* Campos obrigatórios

Tipo de pesquisa: * Bairro NIS Famílias sem vínculo EAS/Profissional

EAS: *

Profissional:

Selecione a 'EAS' e o 'Profissional' (se necessário) e clique em 'Pesquisar'.

SELECIONE O NOVO 'EAS' E O NOVO 'PROFISSIONAL' PARA A REFAZER A VINCULAÇÃO. EM SEGUIDA CLIQUE EM 'VINCULAR TODOS' (PARA REFAZER A VINCULAÇÃO DE TODOS OS REGISTROS DE UMA SÓ VEZ) OU CLIQUE EM 'DESVINCULAR' (PARA REFAZER A VINCULAÇÃO FAMÍLIA POR FAMÍLIA)

Selecione um EAS para iniciar a vinculação e em seguida selecione um profissional.

Vincular ao EAS: **Passo 1** Vincular ao Profissional:

Vinculações feitas nesta lista: 0

Passo 2

Vinculação	Cód. Familiar (clique para ver beneficiários)	Endereço	Bairro	EAS	Profissional
<input type="button" value="Desvincular"/>	398167	QNN06 CONJUNTO B CASA 50	CEILANDIA	CSC 06 CEILANDIA	Beyonce
<input type="button" value="Desvincular"/>	540458	QNP 30 CONJUNTO F CASA 27	CEILANDIA	CSC 06 CEILANDIA	Beyonce
<input type="button" value="Desvincular"/>	1128293	QNM09 CONJUNTO C CASA 32	CEILANDIA	CSC 06 CEILANDIA	Beyonce
<input type="button" value="Desvincular"/>	1640076	PRIVE RUA 04 MODULO 08 LOTE 01	CEILANDIA	CSC 06 CEILANDIA	Beyonce
<input type="button" value="Desvincular"/>	1850488	PRIVE MODULO 12 RUA 02 LOTE 7 D	CEILANDIA	CSC 06 CEILANDIA	Beyonce
<input type="button" value="Desvincular"/>	1935757	QNN 01 CONJUNTO F LOTE 44 CASA 0	CEILANDIA	CSC 06 CEILANDIA	Beyonce

AO CLICAR EM 'VINCULAR TODOS' APARECERÁ O QUESTIONAMENTO A SEGUIR:

Vincular ao EAS: CSC 06 CEILANDIA

Vincular ao Profissional: ADMA MARIA MONTEIRO MAC

Vincular todos Desfazer vinculação de todos

Refazer pesquisa

Vinculações feitas nesta lista: 0

Mostrando de 1 até 1.615 de 1.615 registros

Pesquisar

Ação	Cód. Familiar (clique para ver beneficiários)	Endereço	Bairro	EAS	Profissional
Vincular	398167	QNN06 CONJUNTO B CASA 50	CEILANDIA		
Vincular	540458		CEILANDIA		
Vincular	1128293		CEILANDIA		
Vincular	1640076	PRIVE RUA 04 MODULO 08 LOTE 01	CEILANDIA		
Vincular	1850488	PRIVE MODULO 12 RUA 02 LOTE 7 D	CEILANDIA		
Vincular	1935757	QNN 01 CONJUNTO F LOTE 44 CASA 0	CEILANDIA		
Vincular	2196585	QNM 06 CONJUNTO J LOTE 04	CEILANDIA		
Vincular	2543710	QNR05 CONJUNTO H CASA 37	CEILANDIA		

Deseja vincular TODAS as famílias no EAS: CSC 06 CEILANDIA?

Obs.: Dependendo do número de famílias esse processo pode levar alguns minutos!

Cancelar Sim

EM SEGUIDA, APARECERÁ A SEGUINTE MENSAGEM DE CONFIRMAÇÃO DA VINCULAÇÃO:

The screenshot displays the 'Vinculação de Famílias' (Family Linking) interface. At the top, the title 'Vinculação de Famílias' is followed by the subtitle 'Consulte as vinculações realizadas ou vincule famílias'. Below this, there is a search filter section with the text 'Selecione os filtros para pesquisa:' and a list of filters including 'Tipo de pesquisa', 'Bairro', 'Famílias sem vínculo?', 'EAS', and 'Profissional'. A central area shows a large refresh icon and a white modal box with the message 'Todas as famílias vinculadas com sucesso!' (All families linked successfully!). The 'OK' button in the modal is highlighted with a red square. At the bottom of the interface, there are buttons for 'Vincular todos', 'Desfazer vinculação de todos', and 'Voltar', along with a 'Consultando...' status indicator.

VINCULANDO AS FAMÍLIAS POR 'FAMÍLIAS SEM VÍNCULO'

Esta função deve ser utilizada para as famílias que **não** foram vinculadas em **vigência anterior**.

Selecione o 'Tipo de pesquisa: Famílias sem vínculo'.

Vinculação de **Famílias** Consulte as vinculações realizadas ou vincule famílias

Q Seleção de filtros para pesquisa:

* Campos obrigatórios

Tipo de pesquisa: * Bairro NIS Famílias sem vínculo EAS/Profissional

← Voltar



Importante!

A família e/ou indivíduo somente perde o vínculo ao EAS quando ocorrer alteração, no Cadastro Único, do código do IBGE do seu município de residência; ou seja, somente quando a família muda de município e o atualiza seu endereço no Cadastro Único.

VINCULANDO AS FAMÍLIAS POR 'FAMÍLIAS SEM VÍNCULO' - CONTINUAÇÃO

Vinculação de **Famílias** Consulte as vinculações realizadas ou vincule famílias

Q Selecione os filtros para pesquisa:

* Campos obrigatórios

Tipo de pesquisa: * Bairro NIS Famílias sem vínculo EAS/Profissional

Bairro:

Logradouro:

Pesquisar

← Voltar

Selecione o 'Bairro' e o 'Logradouro' (se necessário) e clique em 'Pesquisar'.

O SISTEMA LISTARÁ AS FAMÍLIAS SEM VÍNCULO NO 'BAIRRO' OU 'LOGRADOURO' PARA QUE SEJA REALIZADA A VINCULAÇÃO

Vinculação de Famílias Consulte as vinculações realizadas ou vincule famílias

Q Seleccione os filtros para pesquisa:

* Campos obrigatórios

Tipo de pesquisa: * Bairro NIS Famílias sem vínculo EAS/Profissional

Bairro: AGUAS CLARAS

Logradouro: Selecione

Refazer pesquisa

Selecione um EAS para iniciar a vinculação e em seguida selecione um profissional.

Vincular ao EAS: Selecione

Vincular ao Profissional: Selecione

Vincular todos Desfazer vinculação de todos

Vinculações feitas nesta lista: 0

Mostrando de 1 até 137 de 137 registros

Pesquisar

Ação	Cód. Familiar <small>(clique + para ver beneficiários)</small>	Endereço	Bairro	EAS	Profissional
Vincular	13960240 +	QUADRA QS 08 CONJUNTO 430A 3 LOTE 03 CEP: 71987000 ZONA URBANA	AREAL		

SELECIONE O 'EAS' E O 'PROFISSIONAL' PARA A VINCULAÇÃO. EM SEGUIDA CLIQUE EM 'VINCULAR TODOS' (PARA VINCULAR TODOS OS REGISTROS DE UMA SÓ VEZ) OU CLIQUE EM 'VINCULAR' (PARA VINCULAR FAMÍLIA POR FAMÍLIA)

Selecione um EAS para iniciar a vinculação e em seguida selecione um profissional.

Vincular ao EAS: **Passo 1** Vincular ao Profissional:

Passo 2

Vinculações feitas nesta lista: 0
Mostrando de 1 até 1.615 de 1.615 registros

Pesquisar

Ação	Cód. Familiar (clique para ver beneficiários)	Endereço	Bairro	EAS	Profissional
<input type="button" value="Vincular"/>	398167	QNN06 CONJUNTO B CASA 50	CEILANDIA		
NIS: 16372259150 - NOME: SHAKIRA NIS: 16053213641 - NOME: MADONNA					
<input type="button" value="Vincular"/>	540458	QNP 30 CONJUNTO F CASA 27	CEILANDIA		
NIS: 20919079959 - NOME: DEMI LOVATO					
<input type="button" value="Vincular"/>	1128293	QNM09 CONJUNTO C CASA 32	CEILANDIA		

'GERAR MAPAS DE ACOMPANHAMENTOS'

Sistema Bolsa Família na Saúde

Escolha uma das opções abaixo.

✓ Acesso rápido



Agrupar bairros



Gerenciar EAS do sistema



Vinculação de Famílias



Gerar mapas de acompanhamento



Acompanhar beneficiários



Relatórios gerenciais

Gerar Mapas de Acompanhamento

Os mapas de acompanhamento (listas com informações dos beneficiários) podem ser impressos e disponibilizados nos EAS, facilitando a identificação e o preenchimento dos dados de acompanhamento.

Esses mapas contém algumas informações de endereço e identificação previamente preenchidas que são enviadas pelo MDS com base nas informações do CadÚnico (família).

Todos os Mapas de Acompanhamento serão gerados em **Excel** ou **HTML** e são gerados com **Código**.

ATENTAR PARA:

1. Antes de gerar o 'Mapas de Acompanhamento', é aconselhável ler as '**Orientações para Preenchimento do Mapa de Acompanhamento**' e '**Como Imprimir o Mapa de Acompanhamento**';
2. Os mapas podem ser gerados nos formatos **HTML** ou **XLS**;
3. Os mapas têm 3 opções de '**situações de acompanhamento**': indivíduos a serem acompanhados (sem informação); indivíduos não acompanhados (com motivo de não acompanhamento); e todos indivíduos;
4. Para todos os tipos de 'mapa de acompanhamento', existem campos de **preenchimento obrigatório**.

AO CLICAR EM 'GERAR MAPAS DE ACOMPANHAMENTO', APARECERÁ A SEGUINTE TELA:

Mapa de **Acompanhamento** Escolha uma das opções abaixo

⌵ Filtros para geração dos mapas de acompanhamento

- Mapa de Famílias por Bairro
- Mapa de Famílias por Estabelecimento de Atenção à Saúde
- Mapa por Unidade Familiar
- Mapa de Famílias com o campo Bairro em branco (acompanhamento não obrigatório)
- Mapa de Famílias não vinculadas ao EAS
- Mapa de Famílias com mulheres vindas no arquivo complementar (acompanhamento não obrigatório)
- Mapa de Famílias Quilombolas
- Mapa de Famílias Indígenas
- Código do Mapa

* Campos obrigatórios

Antes de gerar o mapa de acompanhamento, imprima abaixo as orientações de preenchimento:

 [Orientações para Preenchimento do Mapa de Acompanhamento](#)

 [Como Imprimir o Mapa de Acompanhamento?](#)

 [Gerar HTML](#)

 [Gerar XLS](#)

[← Voltar](#)

MODELO DE 'MAPA DE ACOMPANHAMENTO'

MAPA DE ACOMPANHAMENTO

Município : 310160 - X

CGEDES/DEPPROS/SAPS/MS

Mapa gerado em: 07/04/2022 Código do Mapa: 2678252

TODOS							CRIANÇA			MULHER				
1	1.1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
NIS (Número de Identificação Social)	CNS Cartão Nacional de Saúde	Nome	Data de nascimento	Data de acompanhamento (A)	Ocorrência identificada - Não acompanhamento	Peso em kg(B)	Estatura em cm(B)	Ocorrência identificada - Não Informação Nutricional	Vacinação em dia?(B)	Ocorrência identificada - Não Vacinação	Informação Gestacional (C)	Se gestante - Realizou o Pré-Natal? (D)	Ocorrência identificada - Não Pré-Natal	DUM (D)
15 - Código Familiar: 8524911	16 - Endereço: ALAMEDA DAS MAGNOLIAS 663 BAIRRO: CENTRO CEP: 37137704 ZONA URBANA TELEFONE:			17 - EAS: 0801526 PSF VILA PROMESSA						18 - Profissional:				
1-2222222222	1.1-123456789999999	2-CLAUDETTE	3-11/1975	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-
1-333333333	1.1-	2-FRANCISCO (O)	3-30/03/2017	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-
1-4444444444	1.1-123456789999999	2-MARILIA (G)	3-24/10/2000	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-
15 - Código Familiar: 13817117	16 - Endereço: ALAMEDA DAS MAGNOLIAS 114 BAIRRO: JARDIM PRIMAVERA CEP: 37137676 ZONA URBANA TELEFONE:			17 - EAS: 0801526 PSF VILA PROMESSA						18 - Profissional:				
1-2222222222	1.1-	2-JOAO (O)	3-30/03/2016	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-
1-333333333	1.1-	2-JULIA	3-12/09/2013	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-
1-4444444444	1.1-123456789999999	2-THAIZE (F)	3-05/01/1988	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-

Obs.: A sigla 'O' indica obrigatoriedade de acompanhamento da pessoa; a sigla 'G' indica mulheres que estão gestantes e a sigla 'F', pessoas falecidas.

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO DO MAPA DE ACOMPANHAMENTO

IDENTIFICAÇÃO DOS CAMPOS:

1. NIS - (Número de Identificação Social)
- 1.1 CNS (Cartão Nacional de Saúde)
2. Nome
3. Data de nascimento
4. Data de acompanhamento (A)
5. Ocorrência Identificada - Não acompanhamento
6. Peso em kg (B)
7. Estatura em cm (B)
8. Ocorrência identificada - Não Informação Nutricional
9. Vacinação em dia? (B)
10. Ocorrência identificada - Não Vacinação
11. Informação Gestacional (C)
12. Se gestante - Realizou o Pré-Natal? (D)
13. Ocorrência identificada - Não Pré-Natal
14. DUM (D)
15. Código Familiar
16. Endereço
17. EAS
18. Profissional

LEIA COM ATENÇÃO AS ORIENTAÇÕES:

Legendas que serão vistas no cabeçalho do Mapa de Acompanhamento

- A - Preenchimento obrigatório para todos
- B- Preenchimento obrigatório para crianças
- C - Preenchimento obrigatório para mulheres
- D - Preenchimento obrigatório para gestantes

Legendas que serão vistas ao lado do nome do indivíduo

- (O) - Acompanhamento obrigatório
- (G) - Identificada como Gestante na vigência anterior
- (F) - Identificado(a) como falecido na vigência anterior

PREENCHA TODOS OS CAMPOS DENTRO DA ORDEM A SEGUIR:

- 1º Passo** - TODOS: Escreva o Estabelecimento de Saúde (EAS) e o Profissional que realizou o acompanhamento.
- 2º Passo** - TODOS: Anote no campo Data do Acompanhamento a data que o profissional de saúde realizou o acompanhamento do indivíduo.
- 3º Passo** - TODOS: Anote nos campos o Peso e a Estatura os dados nutricionais para todos os indivíduos acompanhados.
- 4º Passo** - CRIANÇAS: Anote em "Ocorrência identificada no acompanhamento" uma ocorrência que justifique o NÃO preenchimento do peso e/ou altura (dados nutricionais) para as crianças (**Quadro 1**).
- 5º Passo** - CRIANÇAS: Anote a informação sobre a Situação Vacinal (Sim = em dia ou Não = desatualizada). Caso a vacinação não esteja em dia, devem ser fornecidas as vacinas atrasadas.
- 6º Passo** - CRIANÇAS: Anote em "Ocorrência identificada no acompanhamento" uma ocorrência para os casos de VACINAÇÃO DESATUALIZADA (vacinação = Não) (**Quadro 2**).
- 7º Passo** - MULHERES: Anote a Situação Gestacional, SIM se está gestante e NÃO se não está gestante.
- 8º Passo** - GESTANTES: Caso esteja gestante, informe se está fazendo o Pré-Natal e a Data da Última Menstruação (DUM). Caso a gestante não tenha tido acesso ao pré-natal ainda, encaminhá-la para iniciá-lo o quanto antes.
- 9º Passo** - GESTANTES: Anote em "Ocorrência identificada no acompanhamento" uma ocorrência para a gestante que NÃO tenha iniciado o pré-natal (**Quadro 3**).
- 10º Passo** - TODOS NÃO ACOMPANHADOS: Para os indivíduos não acompanhados, anote um dos motivos do não acompanhamento (**Quadro 4**).

Quadro 3 - Pré-Natal

Motivos de descumprimento das condicionalidades e de não acompanhamento:

Quadro 1 - Informações Nutricionais

1. Condições de saúde que impedem a ida à UBS
2. Fatos que impedem o deslocamento/acesso à UBS (enchente, falta de transporte, violência no território, etc.)
3. Horário de atendimento na UBS inviável para o(a) beneficiário(a)
4. Responsável/Beneficiário(a) não cumpriu as condicionalidades por questões sociais, culturais, étnicas ou religiosas
5. Condições de saúde que dificultam a coleta dos dados nutricionais (edema, amputação, acamado(a), cadeirante, etc.)
6. Falta de equipamentos antropométricos (balança, antropômetro, etc.)
7. Falta de profissionais capacitados para realizar a coleta dos dados nutricionais
9. Houve recusa em realizar o acompanhamento das condicionalidades dentro da rotina de Atenção Básica de Saúde.
10. Indícios de situação de risco social tal como negligência, abuso sexual, violência intrafamiliar ou outras.
11. Responsável/Beneficiário(a) afirma que não é mais do programa

Quadro 2 - Vacinação

12. Condições de saúde que impedem a ida à UBS
13. Fatos que impedem o deslocamento/acesso à UBS (enchente, falta de transporte, violência no território, etc.)
14. Horário de atendimento na UBS inviável para o (a) beneficiário (a)
15. Responsável/Beneficiário(a) não cumpriu as condicionalidades por questões sociais, culturais, étnicas ou religiosas
17. Houve recusa em realizar o acompanhamento das condicionalidades dentro da rotina de Atenção Básica de Saúde.
18. Indícios de situação de risco social tal como negligência, abuso sexual, violência intrafamiliar ou outras.
19. Responsável/Beneficiário(a) afirma que não é mais do programa
20. Criança com condição específica de saúde que necessita de vacina especial (CRIE)
21. Falta de oferta de vacina ou de insumos necessários para vacinação (seringas, luvas, algodão, etc.)

22. Condições de saúde que impedem a ida à UBS
23. Fatos que impedem o deslocamento/acesso à UBS (enchente, falta de transporte, violência no território, etc.)
24. Horário de atendimento na UBS inviável para o (a) beneficiário(a)
25. Responsável/Beneficiário(a) não cumpriu as condicionalidades por questões sociais, culturais, étnicas ou religiosas
27. Houve recusa em realizar o acompanhamento das condicionalidades dentro da rotina de Atenção Básica de Saúde.
28. Indícios de situação de risco social tal como negligência, abuso sexual, violência intrafamiliar ou outras.
29. Responsável/Beneficiário (a) afirma que a beneficiária não é mais do programa.
30. Falta de oferta de serviço de pré-natal.

Quadro 4 - Não acompanhamento

1. Beneficiário (a) ausente
2. Beneficiário (a) não faz parte da família / não reside no endereço
3. Beneficiário (a) mudou de município
4. Falecimento do (a) beneficiário (a)
5. Endereço incorreto/inexistente
36. Responsável/Beneficiário(a) foi informado (a) pessoalmente de que deveria comparecer à UBS para realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde, mas não o fez



ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO MAPA DE ACOMPANHAMENTO – TABELA DE 'MOTIVOS DE NÃO ACOMPANHAMENTO'

Motivos de Não Acompanhamento - Para todos os beneficiários

- Beneficiário(a) ausente.
- Beneficiário(a) não faz parte da família/não reside no endereço.
- Beneficiário(a) mudou de município.
- Falecimento do(a) beneficiário(a).
- Endereço incorreto/inexistente.
- Responsável/Beneficiário(a) foi informado(a) pessoalmente de que deveria comparecer à UBS para realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde, mas não o fez.

Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde/Ministério da Saúde.

Atenção!

Os indivíduos identificados como falecidos na vigência anterior virão tarjados como Falecido na tela de Acompanhamento. Esses beneficiários somente serão retirados do público de acompanhamento das condicionalidades de saúde após a família atualizar a situação de falecimento no Cadastro Único.

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO MAPA DE ACOMPANHAMENTO – TABELA DE 'MOTIVOS DE DESCUMPRIMENTO' (INFORMAÇÕES NUTRICIONAIS)

Somente para os beneficiários crianças (menores de 7 anos)

Motivos de Descumprimento das Informações Nutricionais.

Condições de saúde que impedem a ida à UBS.

Fatos que impedem o deslocamento/acesso à UBS (enchente, falta de transporte, violência no território etc.).

Horário de atendimento na UBS inviável para o(a) responsável/beneficiário(a).

Responsável/Beneficiário(a) não cumpriu as condicionalidades por questões sociais, culturais, étnicas ou religiosas.

Condições de saúde que dificultam a coleta dos dados nutricionais (edema, amputação, acamado(a), cadeirante etc.).

Falta de equipamentos antropométricos (balança, antropômetro etc.).

Falta de profissionais capacitados para realizar a coleta dos dados nutricionais.

Houve recusa em realizar o acompanhamento das condicionalidades dentro da rotina de Atenção Básica de Saúde.

Indícios de situação de risco social tal como negligência, abuso sexual, violência intrafamiliar ou outras.

Responsável/Beneficiário(a) afirma que não é mais do programa.

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO MAPA DE ACOMPANHAMENTO – TABELA DE 'MOTIVOS DE DESCUMPRIMENTO' (VACINAÇÃO)

Somente para os beneficiários crianças (menores de 7 anos)

Motivos de Descumprimento de Vacinação.

Condições de saúde que impedem a ida à UBS.

Fatos que impedem o deslocamento/acesso à UBS (enchente, falta de transporte, violência no território etc.).

Horário de atendimento na UBS inviável para o(a) responsável/beneficiário(a).

Responsável/Beneficiário(a) não cumpriu as condicionalidades por questões sociais, culturais, étnicas ou religiosas.

Houve recusa em realizar o acompanhamento das condicionalidades dentro da rotina de Atenção Básica de Saúde.

Indícios de situação de risco social tal como negligência, abuso sexual, violência intrafamiliar ou outras.

Responsável/Beneficiário(a) afirma que não é mais do programa.

Criança com condição específica de saúde que necessita de vacina especial (Crie).

Falta de oferta de vacina ou de insumos necessários para vacinação (seringas, luvas, algodão etc.).

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO MAPA DE ACOMPANHAMENTO – TABELA DE 'MOTIVOS DE DESCUMPRIMENTO' (PRÉ-NATAL)

Somente para as beneficiárias gestantes

Motivos de Descumprimento de Pré-natal.

Condições de saúde que impedem a ida à UBS.

Fatos que impedem o deslocamento/acesso à UBS (enchente, falta de transporte, violência no território etc.).

Horário de atendimento na UBS inviável para o(a) responsável/beneficiário(a).

Responsável/Beneficiário(a) não cumpriu as condicionalidades por questões sociais, culturais, étnicas ou religiosas.

Houve recusa em realizar o acompanhamento das condicionalidades dentro da rotina de Atenção Básica de Saúde.

Indícios de situação de risco social tal como negligência, abuso sexual, violência intrafamiliar ou outras.

Responsável/Beneficiário(a) afirma que não é mais do programa.

Falta de oferta de serviço de pré-natal.

OS MAPAS SERÃO GERADOS DE ACORDO COM OS 'FILTROS PARA GERAÇÃO DO MAPAS DE ACOMPANHAMENTO'

Mapa de Acompanhamento Escolha uma das opções abaixo

Filtros para geração dos mapas de acompanhamento

- Mapa de Famílias por Bairro
- Mapa de Famílias por Estabelecimento de Atenção à Saúde
- Mapa por Unidade Familiar
- Mapa de Famílias com o campo Bairro em branco (acompanhamento não obrigatório)
- Mapa de Famílias não vinculadas ao EAS
- Mapa de Famílias com mulheres vindas no arquivo complementar (acompanhamento não obrigatório)
- Mapa de Famílias Quilombolas
- Mapa de Famílias Indígenas
- Código do Mapa

Mapa de Famílias por Bairro

Selecione um bairro: *

AGUAS CLARAS

Selecione o logradouro:

-SELECIONE-

Situação do acompanhamento

Selecione a situação do acompanhamento: *

-SELECIONE-

-SELECIONE-

INDIVÍDUOS A SEREM ACOMPANHADOS (SEM INFORMAÇÃO)

INDIVÍDUOS NÃO ACOMPANHADOS (COM MOTIVO DE NÃO ACOMPANHAMENTO)

TODOS OS INDIVÍDUOS

SUS  MINISTÉRIO DA SAÚDE

'ACOMPANHAR BENEFICIÁRIOS'

Sistema Bolsa Família na Saúde

Escolha uma das opções abaixo.

✓ Acesso rápido



Agrupar bairros



Gerenciar EAS do sistema



Vinculação de Famílias



Gerar mapas de acompanhamento



Acompanhar beneficiários



Relatórios gerenciais

Acompanhar Beneficiários

Possibilita o registro (digitação) das informações coletadas pelos profissionais de saúde nos Mapas de Acompanhamento.

A partir da 2ª vigência de 2018 o acompanhamento das condicionalidades de saúde passou a ser por pessoa.

AO CLICAR EM 'ACOMPANHAR BENEFICIÁRIOS', APARECERÁ A TELA A SEGUIR. SELECIONE 'PESQUISAR POR BENEFICIÁRIO' OU 'PESQUISAR POR MAPA'

Acompanhamento Preencha as informações para localizar o beneficiário

Q Localize o beneficiário para acompanhar:

- Pesquisar por **beneficiário**
- Pesquisar por **mapa**

← Voltar

- Pesquisar por **beneficiário**
- Pesquisar por **mapa**

NIS:

Número Identificação Social

Nome:

Nome do indivíduo a ser localizado

Data de Nascimento:

DD/MM/YYYY

Pesquisar

OU

- Pesquisar por **beneficiário**
- Pesquisar por **mapa**

Código do Mapa:

Código do mapa

Pesquisar

PESQUISANDO POR 'BENEFICIÁRIOS'

PBF

Acompanhamento

Preencha as informações para localizar o beneficiário

Q Localize o **beneficiário** para acompanhar:

Pesquisar por **beneficiário**
 Pesquisar por **mapa**

Acompanhamento Preencha as informações para localizar o beneficiário

Q Localize o **beneficiário** para acompanhar:

Pesquisar por **beneficiário**
 Pesquisar por **mapa**

NIS:

Nome:

Data de Nascimento:

Resultado da pesquisa:

Legenda: Ajustar Colunas Copiar Colunas Imprimir Exportar Excel Acompanhar Acompanhamento Familiar

Nome	Data de Nascimento	Sexo	NIS	Acompanhado ¹	Ações
				SEM INFORMAÇÃO	<input type="button" value="Editar"/> <input type="button" value="Acompanhar"/>

CLIQUE EM UM DOS LINKS EM DESTAQUE E REALIZE O ACOMPANHAMENTO DO BENEFICIÁRIO

Acompanhamento Preencha as informações para localizar o beneficiário

Q Localize o beneficiário para acompanhar:

Pesquisar por beneficiário
 Pesquisar por mapa

NIS:
Nome:
Data de Nascimento:

Escolha uma das 3 opções e clique em '**Pesquisar**'.

Pesquisar

Resultado da pesquisa:

Legenda: Ajustar Colunas Copiar Colunas Imprimir Exportar Excel Acompanhar Acompanhamento Familiar

Pesquisar

Nome	Data de Nascimento	Sexo	NIS	Acompanhado ¹	Ações
				SEM INFORMAÇÃO	

Após, escolha o tipo de acompanhamento: 'individual' ou 'familiar', conforme os **campos destacados**.

APARECERÁ A TELA ABAIXO, SE FOR SELECIONADA A OPÇÃO NO SLIDE ANTERIOR

Acompanhamento do **beneficiário**

Q Dados do beneficiário:

NIS:

Nome:

Data de Nascimento:

Idade:

Sexo:

Endereço:

Q DATA DO ACOMPANHAMENTO:

Informe a data do acompanhamento: *

DD/MM/AAAA

 Para iniciar o acompanhamento informe a DATA DO ACOMPANHAMENTO

APARECERÁ A TELA ABAIXO, SE FOR SELECIONADA A OPÇÃO NO SLIDE ANTERIOR

Acompanhamento **familiar** Painel de informações da família

Integrantes da família

Legenda:  Acompanhar  Editar acompanhamento



Endereço Familiar:

QUADRA QNN 01 CONJUNTO E LOTE 43 CASA 03 SN BAIRRO: CEILANDIA CEP: 72225015 ZONA URBANA



Obrigatório

NIS:



Nascimento:

22/12/2020

 ACOMPANHAR



Obrigatório

NIS:



Nascimento:

05/04/2000

 ACOMPANHAR

PESQUISANDO POR 'MAPA'

PBF

Acompanhamento

Preencha as informações para localizar o beneficiário

Q Localize o **beneficiário** para acompanhar:

Pesquisar por **beneficiário**

Pesquisar por **mapa**

Código do Mapa:

Insira o 'Código do Mapa' e clique em 'Pesquisar'.

A TELA ABAIXO EXIBIRÁ O 'RESULTADO DA PESQUISA'

Acompanhamento Preencha as informações para localizar o beneficiário

Q Localize o beneficiário para acompanhar:

Pesquisar por beneficiário

Pesquisar por mapa

Código do Mapa:

Pesquisar

Resultado da pesquisa:

Legenda:  Ajustar Colunas  Copiar Colunas  Imprimir  Exportar Excel  Acessar mapa



Pesquisar

Código do Mapa

Data da Geração

Ação



Mostrando de 1 até 1 de 1 registros

[← Voltar](#)

AO CLICAR EM SERÁ APRESENTADA A LISTA DE BENEFICIÁRIOS NA MESMA ORDEM DO 'MAPA DE ACOMPANHAMENTO'

Mapa de acompanhamento Visualizar mapa de acompanhamento gerado

Dados do Mapa de Famílias por Estabelecimento de Atenção à Saúde

CÓDIGO DO MAPA: 2623416
Tipo de acompanhamento: Indivíduos a serem acompanhados (SEM INFORMAÇÃO)
Gerado em: 11/01/2022
CNES: 0011207 - UBS 10 CEILANDIA

Indivíduos vinculados a este MAPA:

Resultado da pesquisa:

Legenda:  Ajustar Colunas  Copiar Colunas  Imprimir  Exportar Excel  Acompanhar

Ações	Código Familiar	Nome	NIS	Obrigatório	Acompanhado ¹
				SIM	SEM INFORMAÇÃO
				SIM	SEM INFORMAÇÃO
				SIM	SIM
				SIM	SIM
				SIM	NÃO

Mostrando de 13 até 19 de 40 registros

Legenda: **SIM** - Acompanhado, **NÃO** - Não acompanhado com motivo de não acompanhamento, **SEM INFORMAÇÃO** - Não acompanhado

Na coluna 'Acompanhado', aparecerá uma dessas legendas.

Obs.: Após registrar o acompanhamento, o sistema retornará à lista para que seja selecionado outro beneficiário para acompanhamento.

'ACOMPANHAR BENEFICIÁRIOS' – (BENEFICIÁRIOS NÃO ACOMPANHADOS)

Sistema Bolsa Família na Saúde Escolha uma das opções abaixo.

✓ Acesso rápido

-  Agrupar bairros
-  Gerenciar EAS do sistema
-  Vinculação de Famílias
-  Gerar mapas de acompanhamento
-  Acompanhar beneficiários
-  Relatórios gerenciais

Obs.: A pesquisa de beneficiários pode ser feita por 'beneficiário' ou por 'mapa'.

SELECIONE 'PESQUISAR POR BENEFICIÁRIO' OU 'PESQUISAR POR MAPA'

Acompanhamento Preencha as informações para localizar o beneficiário

Q Localize o **beneficiário para acompanhar:**

Pesquisar por **beneficiário**

Pesquisar por **mapa**

← Voltar

Pesquisar por **beneficiário**

Pesquisar por **mapa**

NIS:

Número Identificação Social

Nome:

Nome do indivíduo a ser localizado

Data de Nascimento:

DD/MM/YYYY

Pesquisar



OU

Pesquisar por **beneficiário**

Pesquisar por **mapa**

Código do Mapa:

Código do mapa

Pesquisar

SELECIONE UMA DAS OPÇÕES DE PESQUISA E CLIQUE EM 'PESQUISAR'

PBF

Acompanhamento Preencha as informações para localizar o beneficiário

Q Localize o **beneficiário** para acompanhar:

Pesquisar por **beneficiário**
 Pesquisar por **mapa**

NIS:
Nome:
Data de Nascimento:

Escolha entre 'NIS', 'Nome' ou 'Data de Nascimento'.

Pesquisar

[← Voltar](#)

APÓS CLICAR EM 'PESQUISA', O SISTEMA EXIBIRÁ A SEGUINTE TELA:

Acompanhamento Preencha as informações para localizar o beneficiário

Q Localize o **beneficiário** para acompanhar:

Pesquisar por **beneficiário**
 Pesquisar por **mapa**

NIS:

Nome:

Data de Nascimento:

Pesquisar

Resultado da pesquisa:

Legenda: Ajustar Colunas Copiar Colunas Imprimir Exportar Excel Acompanhar Acompanhamento Familiar

Pesquisar

Nome	Data de Nascimento	Sexo	NIS	Acompanhado ¹	Ações
				SEM INFORMAÇÃO	

Mostrando de 1 até 1 de 1 registros

Na coluna '**Acompanhado**', aparecerá uma dessas legendas.

Legenda: ¹ **SIM** - Acompanhado, **NÃO** - Não acompanhado com motivo de não acompanhamento, **SEM INFORMAÇÃO** - Não acompanhado

[← Voltar](#)

SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE

APARECERÁ A TELA ABAIXO, SE FOR SELECIONADA A OPÇÃO NO SLIDE ANTERIOR

Acompanhamento do **beneficiário**

Q Dados do beneficiário:

NIS:
Nome:
Data de Nascimento: Idade:
Sexo:
Endereço:

Q DATA DO ACOMPANHAMENTO:

Informe a data do acompanhamento: *

DD/MM/AAAA

 Para iniciar o acompanhamento informe a DATA DO ACOMPANHAMENTO

AO INFORMAR A DATA DO ACOMPANHAMENTO APARECERÁ O CAMPO 'BENEFICIÁRIO ACOMPANHADO'?

Acompanhamento do **beneficiário**

Dados do beneficiário:

NIS:
Nome:
Data de Nascimento: 24/04/89 Idade: 29 anos e 3 meses
Sexo: FEMININO
Endereço: QNP32 SN

Informações do acompanhamento

Beneficiário acompanhado? *

-SELECIONE-
-SELECIONE-
SIM
NÃO

DATA DO ACOMPANHAMENTO:

Informe a data do acompanhamento: *

DD/MM/AAAA

Agosto 2018

Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

Salvar Acompanhamento

[Voltar](#)

SUS  MINISTÉRIO DA SAÚDE

CASO SEJA MARCADO 'NÃO' EM 'BENEFICIÁRIO ACOMPANHADO?' CLIQUE EM UM DOS MOTIVOS POSSÍVEIS E DEPOIS EM 'SALVAR ACOMPANHAMENTO'

Acompanhamento do beneficiário

Dados do beneficiário:

NIS:
Nome:
Data de Nascimento: 24/04/89 Idade: 29 anos e 3 meses
Sexo: FEMININO
Endereço: QNP32 SN

DATA DO ACOMPANHAMENTO:

Informe a data do acompanhamento: *

DD/MM/AAAA

Informações do acompanhamento

Beneficiário acompanhado? *

NÃO

- 1- Beneficiário(a) ausente
- 2- Beneficiário(a) não faz parte da família / não reside no endereço
- 3- Beneficiário(a) mudou de município
- 4- Falecimento do(a) beneficiário(a)
- 5- Endereço incorreto / inexistente
- 36- Responsável/Beneficiário(a) foi informado(a) pessoalmente de que deveria comparecer à UBS para realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde, mas não o fez

[← Voltar](#)

CASO SEJA MARCADO 'SIM' EM 'BENEFICIÁRIO ACOMPANHADO?' APARECERÁ A TELA A SEGUIR. PREENCHA OS CAMPOS E CLIQUE EM 'SALVAR ACOMPANHAMENTO'

Acompanhamento do beneficiário

Q Dados do beneficiário:

NIS:
Nome:
Data de Nascimento: 05/04/2000 Idade: 21 anos e 9 meses
Sexo: FEMININO
Endereço: !

Q DATA DO ACOMPANHAMENTO:

Informe a data do acompanhamento: *

24/12/2021

Dados de Identificação

Informe o CNS do beneficiário: (Opcional)

Dados do Estabelecimento e Profissional

Estabelecimento (EAS): *

UBS 10 CEILANDIA

Profissional responsável pelo atendimento:

Informações Nutricionais

Não desejo informar peso e altura

Peso: kg

Digite o peso em quilos aqui!

Peso mínimo: 17.3 Peso máximo: 208.4

Altura: cm

Digite a altura em centímetros aqui!

Altura mínima: 123.9 Altura máxima: 203.3

Informações da Mulher

É gestante? *

-SELECIONE-

ACOMPANHAR BENEFICIÁRIO - BENEFICIÁRIA MULHER 'GESTANTE' OU 'NÃO GESTANTE'

Sistema Bolsa Família na Saúde Escolha uma das opções abaixo.

✓ Acesso rápido



Agrupar bairros



Gerenciar EAS do sistema



Vinculação de Famílias



Gerar mapas de acompanhamento



Acompanhar beneficiários



Relatórios gerenciais

Acompanhamento Preencha as informações para localizar o beneficiário

Q Localize o beneficiário para acompanhar:

- Pesquisar por beneficiário
- Pesquisar por mapa

Selecione 'Pesquisar por beneficiário ou 'Pesquisar por mapa'

- Pesquisar por beneficiário
- Pesquisar por mapa

NIS: Número Identificação Social

Nome: Nome do indivíduo a ser localizado

Data de Nascimento: DD/MM/YYYY

Pesquisar

OU

- Pesquisar por beneficiário
- Pesquisar por mapa

Código do Mapa: Código do mapa

Pesquisar



MINISTÉRIO DA SAÚDE

ATENTAR PARA:

1. A pesquisa de beneficiários pode ser feita por '**beneficiário**' ou por '**mapa**';
2. Existem campos de preenchimento obrigatório;
3. É possível registrar **novo acompanhamento** por meio do Sistema PBF na Saúde para mulheres que tenham **migrado** do e-SUS como '**não gestante**'. Para tanto, será necessário clicar em "Visualizar" e proceder a alteração de informação de "É gestante": "Não" para "É gestante": "Sim", e confirmar que a beneficiária esteve gestante na atual vigência. Em seguida, registrar todas as informações novamente e salvar o acompanhamento;
4. O Sistema PBF na Saúde somente receberá dados do e-SUS AB de 'mulheres gestantes' que tenham todos os **dados obrigatórios** preenchidos: **DUM e situação de pré-natal marcada como 'Sim'**;
 5. Se uma mulher for sinalizada como 'gestante' no e-SUS AB, mas não tem DUM e/ou situação de pré-natal marcada como 'Sim', os dados serão migrados como 'não-gestante';
6. Para fins de migração de dados do e-SUS AB para o Sistema PBF na Saúde, peso e altura **não** são informações obrigatórias para mulheres em idade fértil.

SELECIONE 'PESQUISAR POR BENEFICIÁRIO' OU 'PESQUISAR POR MAPA'

Acompanhamento Preencha as informações para localizar o beneficiário

Q Localize o **beneficiário** para acompanhar:

Pesquisar por **beneficiário**
 Pesquisar por **mapa**

Ao clicar em 'Pesquisa por beneficiário' aparecerá a tela a seguir:

Acompanhamento Preencha as informações para localizar o beneficiário

Q Localize o **beneficiário** para acompanhar:

Pesquisar por **beneficiário**
 Pesquisar por **mapa**

NIS:
Nome:
Data de Nascimento:

Escolha entre 'NIS', 'Nome' ou 'Data de Nascimento' e clique em 'Pesquisar'.

Pesquisar

SUS + MINISTÉRIO DA SAÚDE

The image shows a two-step process. The top screenshot shows the initial search options: 'Pesquisar por beneficiário' (highlighted with a red box and arrow) and 'Pesquisar por mapa'. A text box explains that clicking 'Pesquisa por beneficiário' leads to the next screen. The bottom screenshot shows the next screen with the 'Pesquisar por beneficiário' option selected (indicated by a blue dot and a red arrow). Below the search options are three input fields: 'NIS:', 'Nome:', and 'Data de Nascimento:'. A blue text box instructs the user to choose one of these and click the 'Pesquisar' button (highlighted with a red arrow). The interface includes a 'Voltar' button and a sidebar with various icons.

CLIQUE EM UM DOS CAMPOS EM DESTAQUE E REALIZE O ACOMPANHAMENTO DO BENEFICIÁRIO

Acompanhamento Preencha as informações para localizar o beneficiário

Q Localize o beneficiário para acompanhar:

Pesquisar por beneficiário
 Pesquisar por mapa

NIS:

Nome:

Data de Nascimento:

Pesquisar

Resultado da pesquisa: O acompanhamento pode ser feito por 'individual' ou por 'familiar'.

Legenda: Ajustar Colunas Copiar Colunas Imprimir Exportar Excel Acompanhar Acompanhamento Familiar

Nome	Data de Nascimento	Sexo	NIS	Acompanhado ¹	Ações
				SEM INFORMAÇÃO	

Legenda: ¹ **SIM** - Acompanhado, **NÃO** - Não acompanhado com motivo de não acompanhamento, **SEM INFORMAÇÃO** - Não acompanhado

Na coluna 'Acompanhado', aparecerá uma dessas legendas.

APÓS CLICAR NA AÇÃO 'ACOMPANHAR' POR MEIO DA 'PESQUISA POR BENEFICIÁRIO', APARECERÁ A SEGUINTE TELA:

Acompanhamento do **beneficiário**

Q Dados do beneficiário:

NIS:
Nome:
Data de Nascimento: 24/04/89 Idade: 29 anos e 3 meses
Sexo: FEMININO
Endereço: QNP32 SN

Q DATA DO ACOMPANHAMENTO:

Informe a data do acompanhamento: *
DD/MM/AAAA

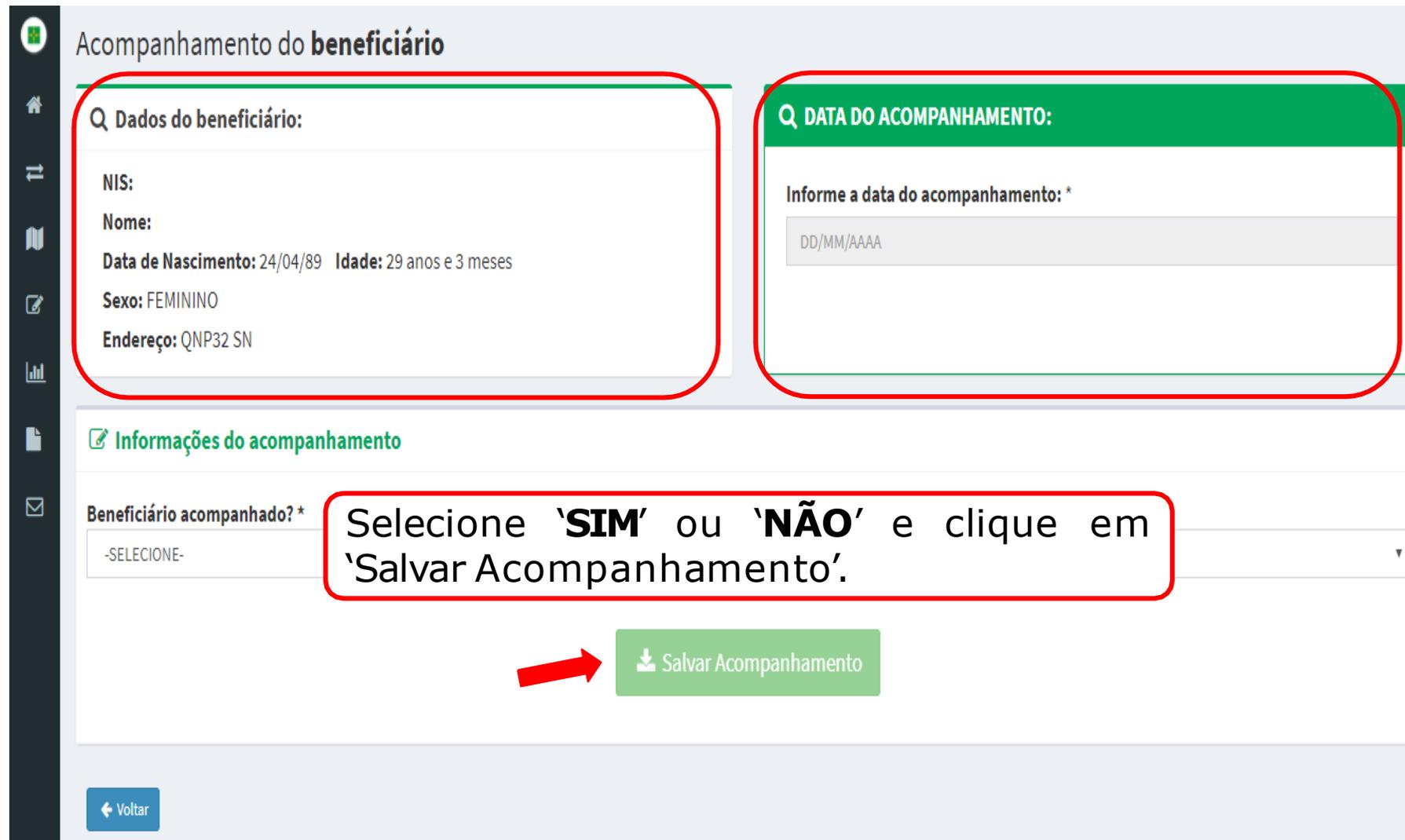
Informações do acompanhamento

Beneficiário acompanhado? *
-SELECIONE-

Selecione '**SIM**' ou '**NÃO**' e clique em 'Salvar Acompanhamento'.

 **Salvar Acompanhamento**

[← Voltar](#)



CASO SEJA MARCADO 'NÃO' EM 'BENEFICIÁRIO ACOMPANHADO?' CLIQUE EM UM DOS MOTIVOS POSSÍVEIS E DEPOIS EM 'SALVAR ACOMPANHAMENTO'

Acompanhamento do beneficiário

Dados do beneficiário:

NIS:
Nome:
Data de Nascimento: 24/04/89 Idade: 29 anos e 3 meses
Sexo: FEMININO
Endereço: QNP32 SN

DATA DO ACOMPANHAMENTO:

Informe a data do acompanhamento: *
DD/MM/AAAA

Informações do acompanhamento

Beneficiário acompanhado? *
NÃO

1- Beneficiário(a) ausente
2- Beneficiário(a) não faz parte da família / não reside no endereço
3- Beneficiário(a) mudou de município
4- Falecimento do(a) beneficiário(a)
5- Endereço incorreto / inexistente
36- Responsável/Beneficiário(a) foi informado(a) pessoalmente de que deveria comparecer à UBS para realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde, mas não o fez

[← Voltar](#)

CASO SEJA MARCADO 'SIM' EM 'BENEFICIÁRIO ACOMPANHADO'? APARECERÁ A TELA ABAIXO. PREENCHA OS CAMPOS SELECIONE 'SIM' OU 'NÃO' PARA 'É GESTANTE?' E CLIQUE EM 'SALVAR ACOMPANHAMENTO'

Acompanhamento do beneficiário

Q Dados do beneficiário:

NIS:
Nome:
Data de Nascimento: Idade:
Sexo: FEMININO
Endereço: |

Q DATA DO ACOMPANHAMENTO:

Informe a data do acompanhamento: *
24/12/2021

Dados de Identificação

Informe o CNS do beneficiário: (Opcional)
704008374788760

Dados do Estabelecimento e Profissional

Estabelecimento (EAS): *
UBS 10 CELANDIA

Profissional responsável pelo atendimento:

Informações Nutricionais

Não desejo informar peso e altura

Peso: kg
Digite o peso em quilos aqui
Peso mínimo: 17.1 Peso máximo: 208.4

Altura: cm
Digite a altura em centímetros aqui
Altura mínima: 123.9 Altura máxima: 203.3

Informações da Mulher

É gestante? *
SIM
NÃO

Salvar Acompanhamento

Lembrando que os campos com * são de preenchimento obrigatório.

SE A MULHER *NÃO ESTIVER GESTANTE*, SELECIONE '**NÃO**' EM '**É GESTANTE?**' E CLIQUE EM '**SALVAR ACOMPANHAMENTO**'

Acompanhamento do beneficiário

Dados do beneficiário:

NIS:
Nome:
Data de Nascimento: Idade:
Sexo: FEMININO
Endereço:

DATA DO ACOMPANHAMENTO:

Informe a data do acompanhamento: *
24/12/2021

Dados de Identificação

Informe o CNS do beneficiário: (Opcional)

Dados do Estabelecimento e Profissional

Estabelecimento (EAS): *
UBS 10 CEILANDIA

Profissional responsável pelo atendimento:

Informações Nutricionais

Não desejo informar peso e altura

Peso: kg
Digite o peso em quilos aqui
Peso mínimo: 17,1 Peso máximo: 208,4

Altura: cm
Digite a altura em centímetros aqui
Altura mínima: 123,9 Altura máxima: 203,3

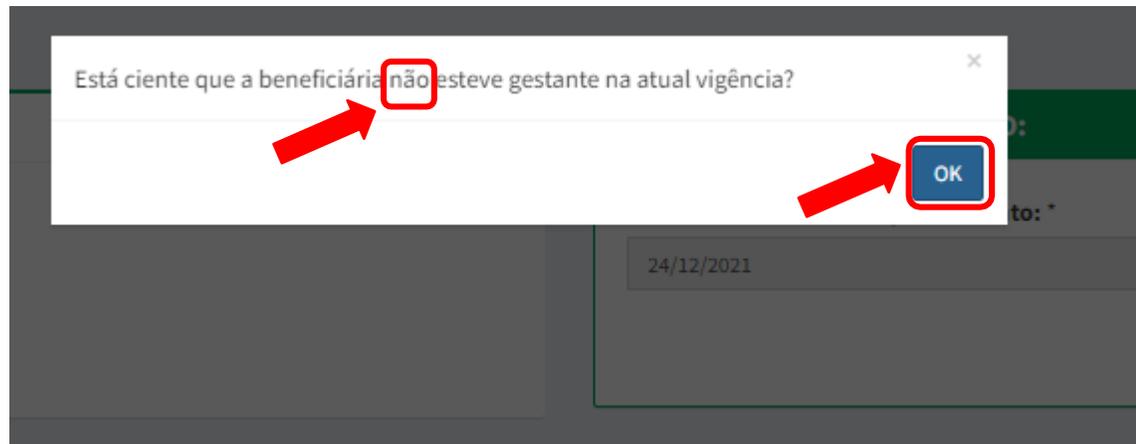
Informações da Mulher

É gestante? *
NÃO SIM NÃO

Salvar Acompanhamento

Lembrando que os campos com * são de preenchimento obrigatório.

NA TELA ABAIXO, CLIQUE EM 'OK'



SE A MULHER ESTIVER GESTANTE, SELECIONE 'SIM' EM 'É GESTANTE?' E CLIQUE EM 'SALVAR ACOMPANHAMENTO'

Acompanhamento do beneficiário

Dados do beneficiário:

NIS:
Nome:
Data de Nascimento: Idade:
Sexo: FEMININO
Endereço:

DATA DO ACOMPANHAMENTO:

Informe a data do acompanhamento: *
24/12/2021

Dados de Identificação

Informe o CNS do beneficiário: (Opcional)
704008374788760

Dados do Estabelecimento e Profissional

Estabelecimento (EAS): *
UBS 10 CEILANDIA

Profissional responsável pelo atendimento:

Informações Nutricionais

Não desejo informar peso e altura

Peso: kg
Digite o peso em quilos aqui
Peso mínimo: 17,1 Peso máximo: 208,4

Altura: cm
Digite a altura em centímetros aqui
Altura mínima: 123,9 Altura máxima: 203,3

Informações da Mulher

É gestante? *
SIM NÃO

Salvar Acompanhamento

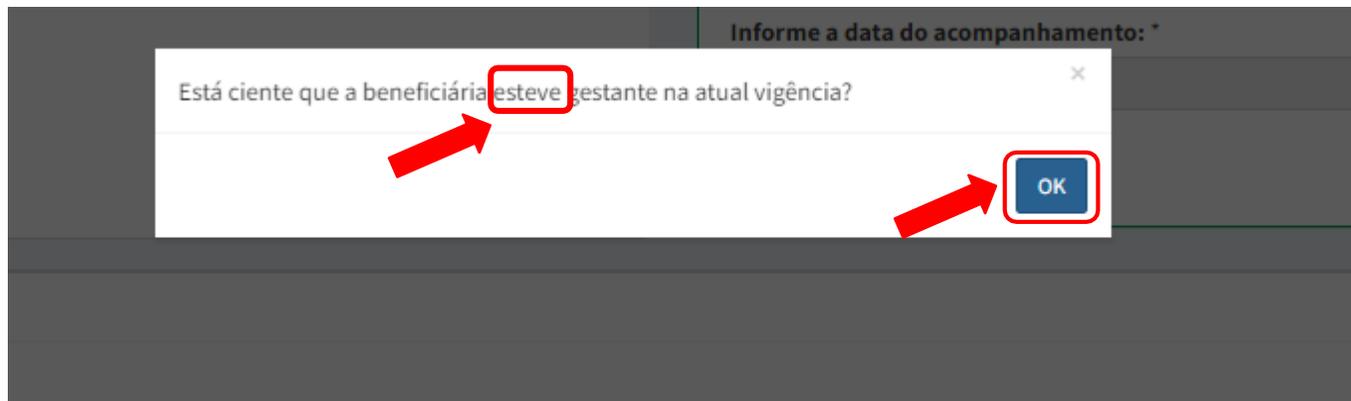
Lembrando que os campos com * são de preenchimento obrigatório.

NA TELA ABAIXO, CLIQUE EM 'OK'

Informe a data do acompanhamento: *

Está ciente que a beneficiária esteve gestante na atual vigência?

OK



AO SELECIONAR 'OK' (NO SLIDE ANTERIOR), APARECERÁ A TELA ABAIXO. AO PREENCHER TODOS OS CAMPOS OBRIGATÓRIOS E SELECIONAR 'TEVE ACESSO AO PRÉ-NATAL?' 'SIM', O ACOMPANHAMENTO ESTARÁ COMPLETO

Dados de Identificação

Informe o CNS do beneficiário: (Opcional)

Dados do Estabelecimento e Profissional

Estabelecimento (EAS): *

UBS 10 CEILANDIA

Profissional responsável pelo atendimento:

Informações Nutricionais

Não desejo informar peso e altura

Peso: kg

Digite o peso em quilos aqui!

Peso mínimo: 17.1 Peso máximo: 208.4

Altura: cm

Digite a altura em centímetros aqui!

Altura mínima: 123.9 Altura máxima: 203.3

Informações da Mulher

É gestante? *

SIM

DUM: *

DD/MM/AAAA

Teve acesso ao Pré-Natal? *

Lembrando que os campos com * são de preenchimento obrigatório.

A 'DUM' deve possuir um limite máximo de 42 semanas anteriores à 'data do acompanhamento'.

 **Salvar Acompanhamento**

SUS 

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CASO SEJA MARCADO 'NÃO' EM 'TEVE ACESSO AO PRÉ-NATAL?' (NO SLIDE ANTERIOR) SELECIONE 'MOTIVO/OCORRÊNCIA', E CLIQUE EM 'SALVAR ACOMPANHAMENTO'

♀ **Informações da Mulher**

É gestante? *

SIM

DUM: *

DD/MM/AAAA

Teve acesso ao Pré-Natal? *

NÃO

Motivo / Ocorrência: *

-SELECIONE-

22 Condições de saúde que impedem a ida à UBS
23 Fatos que impedem o deslocamento/acesso à UBS (enchente, falta de transporte, violência no território, etc.)
24 Horário de atendimento na UBS inviável para o(a) responsável/beneficiário(a)
25 Responsável /Beneficiário(a) não cumpriu as condicionalidades por questões sociais, culturais, étnicos ou religiosas
27 Houve recusa em realizar o acompanhamento das condicionalidades dentro da rotina de Atenção Básica de Saúde
28 Indícios de situação de risco social tal como negligência, abuso sexual, violência intrafamiliar ou outras
29 Responsável/Beneficiário(a) afirma que não é mais do programa. 30- Falta de oferta de serviço de pré-natal

← Voltar

Salvar Acompanhamento

ATENÇÃO PARA:

1. O Sistema PBF na Saúde somente receberá dados do e-SUS AB de criança que tenha todos os **dados obrigatórios** devidamente preenchidos: '**Peso**', '**altura**' e '**situação vacinal em dia**';
2. Se uma criança teve o 'peso' e 'altura' registradas no e-SUS AB , mas a 'situação vacinal' não foi informada, ou vice-versa, ela **não terá seus dados migrados** para o Sistema PBF na Saúde.
3. Os **limites máximos e mínimos** de **Peso** e **Altura** para cada idade dos beneficiários do Sistema PBF na Saúde, no e-Gestor foram determinados de acordo com as regras do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (**SISVAN**).
4. O acompanhamento de beneficiários que estejam em outro município pode ser realizado normalmente no Sistema PBF na Saúde, no e-Gestor. Nesse caso, o acompanhamento contará para o **percentual de cobertura** do município no qual o beneficiário estiver **cadastrado no CadÚnico**.

ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS - APÓS CLICAR NA AÇÃO 'ACOMPANHAR' POR MEIO DA 'PESQUISA POR MAPA' OU DA 'PESQUISA POR BENEFICIÁRIO', APARECERÁ A SEGUINTE TELA:

Acompanhamento do beneficiário

Q Dados do beneficiário:

NIS: 111111111

Nome: AAA AAAAA AAAAA

Data de Nascimento: 16/11/2015 Idade: 3 anos e 3 meses

Sexo: FEMININO

Endereço: ZZZ ZZZZ ZZZZZZ ZZZZZZ

TELEFONE: 000010000000

Q DATA DO ACOMPANHAMENTO:

Informe a data do acompanhamento: *

DD/MM/AAAA

 Para iniciar o acompanhamento informe a DATA DO ACOMPANHAMENTO

CASO SEJA MARCADO 'NÃO' EM 'BENEFICIÁRIO ACOMPANHADO?' SELECIONE 'MOTIVO/OCORRÊNCIA', E CLIQUE EM 'SALVAR ACOMPANHAMENTO'

Acompanhamento do beneficiário

Q Dados do beneficiário:

NIS:

Nome:

Data de Nascimento: 22/12/2020 Idade: 1 anos e 0 meses

Sexo: MASCULINO

Endereço:

Q DATA DO ACOMPANHAMENTO:

Informe a data do acompanhamento: *

24/12/2021

✍ Informações do acompanhamento

Beneficiário acompanhado? *

NÃO

Motivo / Ocorrência: *

-SELECIONE-

- 1- Beneficiários(a) ausente
- 2- Beneficiário(a) não faz parte da família/não reside no endereço
- 3- Beneficiário(a) mudou de município
- 4- Falecimento do(a) beneficiário(a)
- 5- Endereço incorreto/inexistente
- 36- Responsável/beneficiário(a) foi informado pessoalmente de que deveria comparecer à UB para realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde, mas não o fez

📄 Salvar Acompanhamento

← Voltar

SE FOR SELECIONADO 'SIM' PARA 'INFORMAÇÕES NUTRICIONAIS' E 'VACINAÇÃO EM DIA', CLIQUE EM 'SALVAR ACOMPANHAMENTO' E O ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA ESTARÁ COMPLETO

Acompanhamento do beneficiário

Dados do beneficiário:

NIS:
Nome: C
Data de Nascimento: 22/12/2020 Idade: 1 anos e 0 meses
Sexo: MASCULINO
Endereço: C

DATA DO ACOMPANHAMENTO:

Informe a data do acompanhamento: *
24/12/2021

Dados de Identificação

Informe o CNS do beneficiário: (Opcional)

Dados do Estabelecimento e Profissional

Estabelecimento (EAS): *
UBS 10 CEILANDIA

Profissional responsável pelo atendimento:

Informações Nutricionais

Dado nutricional coletado? *
SIM

Peso: kg
Digite o peso em quilos aqui
Peso mínimo: 3.9 Peso máximo: 21.4

Altura: cm
Digite a altura em centímetros aqui
Altura mínima: 58.6 Altura máxima: 105.8

Informações da Criança

Vacinação em Dia? *
SIM

Lembrando que os campos com * são de preenchimento obrigatório.

Salvar Acompanhamento

CASO SEJA MARCADO 'NÃO' EM 'VACINAÇÃO EM DIA' SELECIONE 'MOTIVO/OCORRÊNCIA', E DEPOIS CLIQUE EM 'SALVAR ACOMPANHAMENTO'

Informações Nutricionais

Dado nutricional coletado? *

NÃO

Motivo / Ocorrência: *

-SELECIONE-

Informações da Criança

Vacinação em Dia? *

NÃO

Motivo / Ocorrência: *

-SELECIONE-

- 12 Condições de saúde que impedem a ida à UBS
- 13 Fatos que impedem o deslocamento/ acesso à UBS (enchente, falta de transporte, violência no território, etc.)
- 14 Horário de atendimento na UBS inviável para o(a) responsável/beneficiário(a)
- 15 Responsável /Beneficiário(a) não cumpriu as condicionalidades por questões sociais, culturais, étnicos ou religiosas
- 17 Houve recusa em realizar o acompanhamento das condicionalidades dentro da rotina de Atenção Básica de Saúde
- 18 Indícios de situação de risco social tal como negligência, abuso sexual, violência intrafamiliar ou outras
- 19 Responsável/Beneficiário(a) afirma que não é mais do programa.
- 20 Criança com condição específica de saúde que necessita de vacina especial (CRIE)
- 21 Falta de oferta de vacina ou de insumos necessários para vacinação (seringas, luvas, algodão, etc)

Salvar Acompanhamento

Voltar



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

SE OS DADOS DE PESO E ALTURA ESTIVEREM FORA DOS LIMITES PRECONIZADOS PELA 'OMS' PARA A IDADE DA CRIANÇA, APARECERÃO NA TELA AS SEGUINTE MENSAGENS:

TELEFONE: 985600163

Dados do Cartão Nacional de Saúde

Informe o CNS do beneficiário: (Opcional)

Informe o CNS

Dados do Cartão Nacional de Saúde

Informe o CNS do beneficiário: (Opcional)

Informe o CNS

Dados do Estabelecimento e Profissional

Estabelecimento (EAS): *

Peso está fora do limite permitido e esse dado não será migrado para o SISVAN.
Deseja confirmar esse peso?

Cancelar Sim

Altura está fora do limite permitido e esse dado não será migrado para o SISVAN.
Deseja confirmar essa altura?

Cancelar Sim

LIMITES DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS PRECONIZADOS PELA OMS PARA A IDADE DA CRIANÇA (FEMININO)

LIMITES MÍNIMOS E MÁXIMOS - DADOS ANTROPOMÉTRICOS								
Sexo	Idade (meses/ano)	Cálculo em meses	Cálculo em dias	Escore-z - 6 Estatura	Escore-z + 6 Estatura	Escore-z - 6 Peso	Escore-z + 5 Peso	Observações
F	0 mês	0	até 29 dias	38,0	65,4	0,9	7,8	Para esta fase da vida, foi considerado o índice Peso x Idade (escore-z -6 e +5) para estimar os valores limitrofes de peso, e o índice Altura x Idade (escore-z -6 e +6) para estimar os valores limitrofes de altura.
F	1 mês	1	30 a 59 dias	42,0	69,2	1,4	9,3	
F	2 meses	2	60 a 89 dias	44,8	72,4	1,9	10,5	
F	3 meses	3	90 a 119 dias	47,2	75,1	2,3	11,5	
F	4 meses	4	120 a 149 dias	49,1	77,4	2,6	12,4	
F	5 meses	5	150 a 179 dias	50,7	79,3	2,9	13,1	
F	6 meses	6	180 a 209 dias	52,1	81,2	3,1	13,8	
F	7 meses	7	210 a 239 dias	53,4	82,9	3,3	14,3	
F	8 meses	8	240 a 269 dias	54,5	84,6	3,4	14,9	
F	9 meses	9	270 a 299 dias	55,6	86,3	3,6	15,4	
F	10 meses	10	300 a 329 dias	56,7	87,9	3,7	15,9	
F	11 meses	11	330 a 359 dias	57,6	89,5	3,8	16,4	
F	12 meses	12	360 a 388 dias	58,6	89,5	3,9	16,4	
F	1 ano	12 meses e 1 dia a 23 meses	389 a 719 dias	58,6	105,8	3,9	21,4	
F	2 anos	24 a 35 meses	720 a ...	67,0	118,6	5,1	26,6	
F	3 anos	36 a 47 meses		72,9	129,3	6,0	32,5	
F	4 anos	48 a 59 meses		77,6	138,7	6,5	38,8	
F	5 anos	60 a 71 meses		80,9	145,9	6,9	44,7	
F	6 anos	72 a 83 meses		84,4	153,6	8,0	51,9	
F	7 anos	84 a 95 meses		88	161,3	8,6	60,8	
F	8 anos	96 a 107 meses		91,7	169,2	9,4	71,5	
F	9 anos	108 a 119 meses		95,8	177	10,3	83,7	
F	10 anos	120 a 131 meses		100,2	184,9	10,2	147,4	
F	11 anos	132 a 143 meses		105,1	192,3	11,5	169,3	
F	12 anos	144 a 155 meses		110,2	198	12,9	187,7	
F	13 anos	156 a 167 meses		114,7	201,5	14,4	200,2	
F	14 anos	168 a 179 meses		118,1	203	15,6	206,8	
F	15 anos	180 a 191 meses		120,4	203,3	16,4	208,4	
F	16 anos	192 a 203 meses		121,8	203,3	16,9	208,4	
F	17 anos	204 a 215 meses		122,7	203,3	17,1	208,4	
F	18 anos	216 a 227 meses		123,4	203,3	17,2	208,4	
F	19 anos	228 a 239 meses		123,9	203,3	17,1	208,4	
F	≥ 20 anos	≥ 240 meses		123,9	203,3	17,1	208,4	Para esta fase da vida, foram replicados os valores limitrofes aplicados para o último ano da adolescência.

LIMITES DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS PRECONIZADOS PELA OMS PARA A IDADE DA CRIANÇA (MASCULINO)

LIMITES MÍNIMOS E MÁXIMOS - DADOS ANTROPOMÉTRICOS								Observações
Sexo	Idade (meses/ano)	Cálculo em meses	Cálculo em dias	Escore-z - 6 Estatura	Escore-z + 6 Estatura	Escore-z - 6 Peso	Escore-z + 5 Peso	
M	0 mês	0	até 29 dias	38,5	66,4	0,9	8,1	Para esta fase da vida, foi considerado o índice Peso x Idade (escore-z -6 e +5) para estimar os valores limítrofes de peso, e o índice Altura x Idade (escore-z -6 e +6) para estimar os valores limítrofes de altura.
M	1 mês	1	30 a 59 dias	43,1	70,4	1,5	9,7	
M	2 meses	2	60 a 89 dias	46,4	73,7	2,1	10,9	
M	3 meses	3	90 a 119 dias	49,2	76,4	2,6	11,8	
M	4 meses	4	120 a 149 dias	51,4	78,6	3,0	12,5	
M	5 meses	5	150 a 179 dias	53,2	80,5	3,3	13,2	
M	6 meses	6	180 a 209 dias	54,8	82,2	3,6	13,8	
M	7 meses	7	210 a 239 dias	56,1	83,8	3,8	14,3	
M	8 meses	8	240 a 269 dias	57,3	85,4	3,9	14,8	
M	9 meses	9	270 a 299 dias	58,5	87,0	4,1	15,2	
M	10 meses	10	300 a 329 dias	59,6	88,5	4,2	15,7	
M	11 meses	11	330 a 359 dias	60,5	90,0	4,3	16,1	
M	12 meses	12	360 a 388 dias	61,5	90,0	4,4	16,1	
M	1 ano	12 meses e 1 dia a 23 meses	389 a 719 dias	61,5	106,2	4,4	20,9	
M	2 anos	24 a 35 meses	720 a ...	69,5	119,0	5,5	25,6	
M	3 anos	36 a 47 meses		74,5	129,2	6,2	30,2	
M	4 anos	48 a 59 meses		78,8	138,5	6,7	35,3	
M	5 anos	60 a 71 meses		82,1	145,5	7,2	40,3	
M	6 anos	72 a 83 meses		86,4	153,5	8,6	46,9	
M	7 anos	84 a 95 meses		90	161,2	9,7	55,1	
M	8 anos	96 a 107 meses		93,4	168,7	10,6	65,8	
M	9 anos	108 a 119 meses		96,5	176,0	11,4	79,2	
M	10 anos	120 a 131 meses		99,5	183,5	10,7	131,9	
M	11 anos	132 a 143 meses		102,7	191,6	11,6	156,8	
M	12 anos	144 a 155 meses		106,6	200,6	12,8	183,4	
M	13 anos	156 a 167 meses		111,5	209,3	12,9	207,6	
M	14 anos	168 a 179 meses		117	215,8	14,5	224,8	
M	15 anos	180 a 191 meses		122,1	219,5	18	233,6	
M	16 anos	192 a 203 meses		126,3	221	19,6	235,8	
M	17 anos	204 a 215 meses		129,3	221	20,8	235,8	
M	18 anos	216 a 227 meses		131,3	221	21,5	235,8	
M	19 anos	228 a 239 meses		132,7	221	21,9	235,8	
M	≥ 20 anos	≥ 240 meses		132,7	221	21,9	235,8	Para esta fase da vida, foram replicados os valores limítrofes aplicados para o último ano da adolescência.

'RELATÓRIOS GERENCIAIS' - PODEM SER ACESSADOS APÓS CLICAR NO 'ACESSO RÁPIDO' OU NA BARRA LATERAL À ESQUERDA

Sistema Bolsa Família na Saúde Escolha uma das opções abaixo.

✓ Acesso rápido



Agrupar bairros



Gerenciar EAS do sistema



Vinculação de Famílias



Gerar mapas de acompanhamento



Acompanhar beneficiários



Relatórios gerenciais



Relatórios Gerenciais Escolha um tipo de relatório.



Q Seleccione o Tipo de Relatório:



CONSOLIDADOS

SELECIONAR RELATÓRIO



INDIVIDUALIZADOS

SELECIONAR RELATÓRIO



ATENÇÃO PARA:

1. Os relatórios auxiliam o trabalho da gestão e acompanhamento das condicionalidades;
2. O **acesso** aos 'Relatórios Gerenciais' está disponível para '**gestores**' e '**técnicos municipais**' do Programa;
3. O '**Relatório Consolidado**' é de acesso público, portanto o gestor **não** deve logar o '**acesso restrito**' para realizar a consulta;
4. O '**Relatório Individualizado**' **só** pode ser acessado pelo '**acesso restrito**'.

'RELATÓRIOS CONSOLIDADOS'



- Por meio dos “Relatórios Consolidados” é possível estimar o quantitativo de acompanhamentos, descumprimentos, motivos/ocorrência de descumprimento ou de não acompanhamento;
- Essa ferramenta amplia participação social e propicia a atuação do controle social na garantia do acesso ao direito à saúde às famílias do PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA;
- Esses relatórios são estatísticos, não apresentam relações nominais dos beneficiários, públicos e podem ser gerados em Excel e em HTML;
- A atualização dos dados é semanal, permitindo que todo e qualquer cidadão monitore o desempenho dos municípios brasileiros no acompanhamento das condicionalidades de saúde.

AO SELECIONAR A OPÇÃO 'RELATÓRIOS CONSOLIDADOS' FAÇA OS FILTROS DESEJADOS E CLIQUE EM 'GERAR'

Relatório Consolidado

SELECIONE AS OPÇÕES PARA CONSULTA

Última Atualização: 11/01/2022. (informações atualizadas semanalmente)

Público para visualização:

Opções de Consulta:

Visualizar unidade geográfica em **apenas uma vigência**

Visualizar unidade geográfica em uma **série histórica** (várias vigências)

Vigência*:

Para a vigência atual a listagem dos beneficiários leva em conta apenas os de perfis obrigatórios.

Unidade Geográfica:

BRASIL

REGIÃO

ESTADO

MUNICÍPIOS

DSEI

Informações a serem exibidos no relatório:

Consolidado de cobertura das condicionalidades de saúde

Consolidado de motivo de descumprimento e não acompanhamento

Consolidado de informações importadas do e-SUS AB

Consolidado de informações de gestantes do SISPRENATAL

'RELATÓRIOS INDIVIDUALIZADOS'



- Os “Relatórios Individualizados” auxiliam na gestão do acompanhamento dos beneficiários e na identificação dos integrantes em situação de descumprimento da condicionalidade;
- Esses relatórios são individualizados, com informações nominais dos beneficiários, de acesso restrito ao município, e podem ser gerados em Excel e em HTML.

AO SELECIONAR A OPÇÃO '**RELATÓRIOS INDIVIDUALIZADOS**', FAÇA OS FILTROS DESEJADOS E CLIQUE EM '**GERAR**'

Relatório Individualizado

RELATÓRIOS INDIVIDUALIZADOS DE COBERTURA DAS CONDICIONALIDADES:

Público para visualização:

SELECIONE O PÚBLICO

Opções de Consulta:

Visualizar beneficiários(as) em **apenas uma vigência**

Visualizar beneficiário(a) em uma **série histórica** (várias vigências)

Vigência*:

Para a vigência atual a listagem dos beneficiários leva em conta apenas os de perfis obrigatórios.

SELECIONE A VIGÊNCIA

Filtros:

Por NIS

Por Bairro

Por EAS

Gerar

[← Voltar](#)



INTEGRAÇÃO e-SUS e SISTEMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE

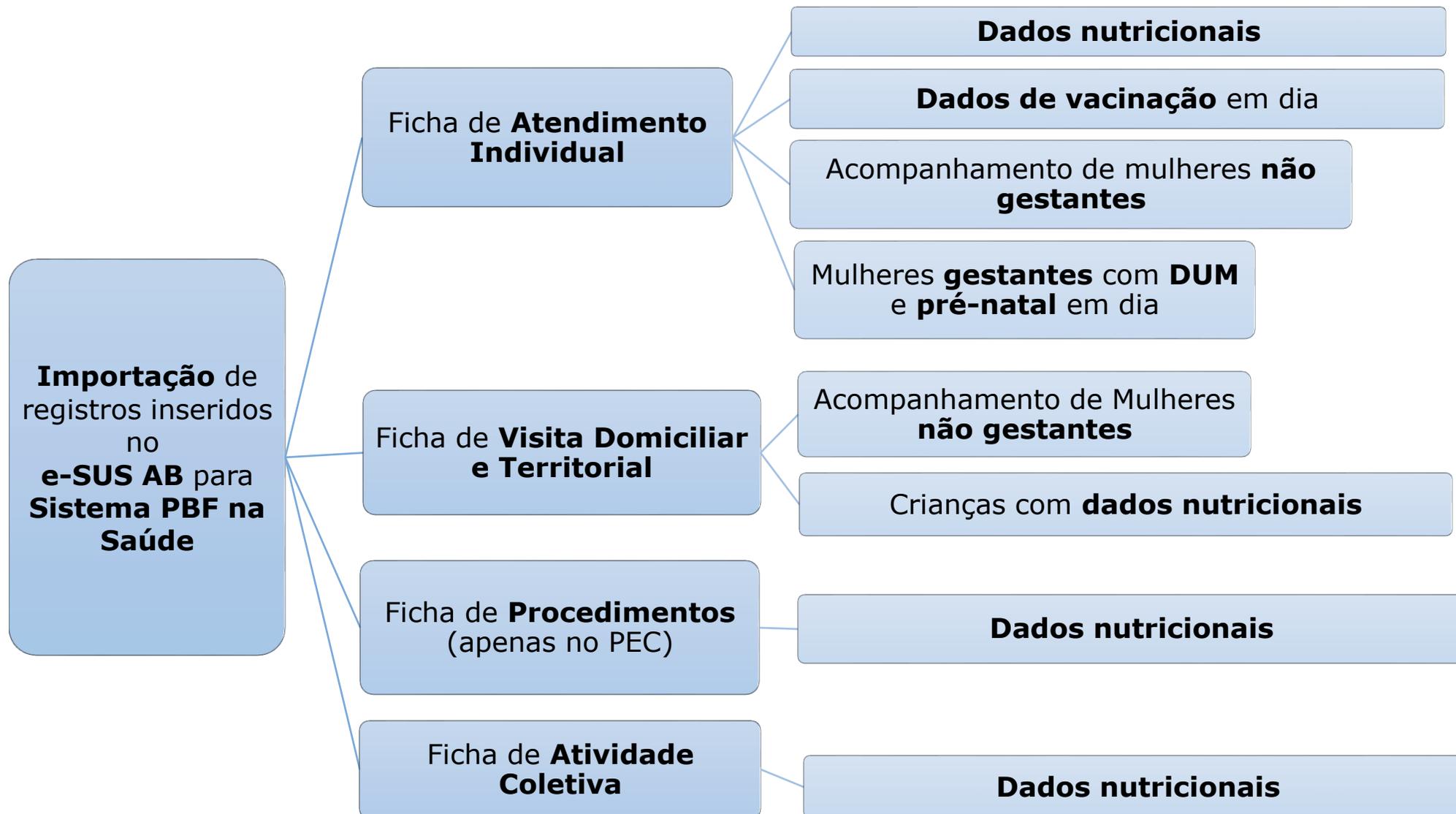
ATENTAR PARA:

1. **Não** é possível **editar** dados cadastrais de beneficiários no Sistema PBF na Saúde;
2. Somente **são migrados** os dados preenchidos no período de acompanhamento da **vigência** corrente;
3. Os municípios devem enviar a base do e-SUS AB para o Ministério da Saúde, observando as datas estabelecidas em Portaria específica;
4. É necessário manter atualizado o envio de dados do e-SUS AB para o Ministério da Saúde para que os acompanhamentos sejam considerados;
5. Para que haja a migração dos dados do e-SUS AB para o Sistema PBF na Saúde é necessário localizar o beneficiário pelo Cartão Nacional de Saúde (CNS);

ATENÇÃO PARA:

6. Nem todos beneficiários a serem acompanhados tem o CNS registrado na base de dados do Sistema PBF na Saúde. Atualmente, **só** temos o **CNS** dos **beneficiários** que possuem **CPF** no **CadÚnico**;
7. **Não** é possível migrar os dados registrados no e-SUS AB para os beneficiários que **não** tenham **CNS** na base do **Sistema PBF na Saúde**;
8. Para aumentar a quantidade de CNS na base de dados do Sistema PBF na Saúde, é necessário que o município preencha o campo CNS na tela de acompanhamento;
9. Somente é possível **novo acompanhamento** a partir dos dados de **gestação**;
10. Dados do '**PEC**', assim como da '**Ficha de Atendimento Individual**' **migram** para o Sistema PBF na Saúde';
11. Caso o profissional verifique a não migração do e-SUS para o Sistema PBF na Saúde, o gestor responsável deverá lançar um novo acompanhamento no e-SUS para que assim consiga a migração para o Sistema PBF na Saúde.

IMPORTAÇÃO DOS REGISTROS DO E-SUS AB PARA O SISTEMA PBF NA SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL – DADOS QUE SÃO MIGRADOS PARA O SISTEMA PBF NA SAÚDE

- CNS do Profissional, CBO, CNES, INE, data de atendimento;
- CNS ou CPF do cidadão;
- Avaliação antropométrica (peso e altura);
- Vacinação;
- DUM;
- Pré-natal.

SAÚDE  ATENÇÃO PRIMÁRIA		FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL										DIGITADO POR:		DATA: / /	
												CONFERIDO POR:		FOLHA Nº:	
CNS DO PROFISSIONAL*		CBO*		CNES*		INE*		DATA*							
CNS DO PROFISSIONAL		CBO		CNES		INE		/ /							
Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
TURNO*		000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
Nº PRONTUÁRIO															
CNS OU CPF DO CIDADÃO															
Data de nascimento*		Dia/mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
		Ano													
Sexo* (F) Feminina (M) Masculino		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Local de atendimento* (ver legenda)															
Tipo atendimento* Demanda Espontânea	Consulta Agendada Programada/Cuidado Contínuo														
	Consulta Agendada														
	Escuta Inicial/Orientação														
	Consulta no Dia														
	Atendimento de Urgência														
Atenção Domiciliar	Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD		
Racionalidade em saúde (ver legenda)															
Avaliação antropométrica	Perímetro cefálico (cm)														
	Peso (kg)														
	Altura (cm)														
Vacinação em dia?		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	
Criança	Alimentação materna (ver legenda)														
	DUM														
		Dia/Mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
		Ano													
Gestante	Gravidez Planejada	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	
	Idade Gestacional (semanas)														
	Gestas Prévias/Partos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Condição avaliada*	Asma														
	Desnutrição														
	Diabetes														
	DPOC														
	Hipertensão arterial														
	Obesidade														
	Pré-natal														
	Pneumocultura														
	Puerpério (até 42 dias)														

FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL – DADOS QUE SÃO MIGRADOS PARA O SISTEMA PBF NA SAÚDE

- Avaliação antropométrica (peso e altura).

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Motivo da visita*	Acompanhamento	Pessoa em reabilitação ou com deficiência	<input type="checkbox"/>																					
	Pessoa com hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com DPOC/enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com outras doenças crônicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sintomáticos respiratórios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tabagista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Domiciliados/Acamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Condições de vulnerabilidade social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Condicionalidades do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Controle ambiental/vetorial	Ação educativa	<input type="checkbox"/>																					
		Imóvel com foco	<input type="checkbox"/>																					
		Ação mecânica	<input type="checkbox"/>																					
		Tratamento focal	<input type="checkbox"/>																					
	Egresso de Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Convite atividades coletivas/campanha de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientação/prevenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antropometria	Peso (kg)																							
	Altura (cm)																							
Desfecho*	Visita realizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Visita recusada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

FICHA DE PROCEDIMENTOS (apenas no PEC)

Dados que **migram** do e-SUS para o Sistema PBF na Saúde:

- CNS do Profissional, CBO, CNES, INE, data do procedimento;
- CNS ou CPF do cidadão; e
- Avaliação antropométrica (peso e altura).

		FICHA DE PROCEDIMENTOS										DIGITADO POR: _____ DATA: / /			
												CONFERIDO POR: _____ FOLHA Nº: _____			
CNS DO PROFISSIONAL* _____		CBO* _____	CNES* _____		INE* _____	DATA* / /									
Nº _____		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
TURNO* <input type="radio"/> D <input type="radio"/> N <input type="radio"/> M		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nº PRONTUÁRIO _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CNS OU CPF DO CIDADÃO _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento* Dia/mês / / Ano		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Sexo* <input type="radio"/> F Feminino <input type="radio"/> M Masculino		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Local de atendimento Escuta inicial/orientação		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acupuntura com inserção de agulhas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administração de vitamina A		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cateterismo vesical de alívio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cauterização química de pequenas lesões		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia de unha (cantoplastia)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado de estomas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curativo especial		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drenagem de abscesso		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eletrocardiograma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coleta de citopatológico de colo uterino		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exame de Fundo de olho (Fundoscopia)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exame do pé diabético		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exérese/biópsia/punção de tumores superficiais de pele		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infiltração em cavidade sinovial		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remoção de corpo estranho subcutâneo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retirada de cerume		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retirada de pontos de cirurgias		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sutura simples		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Procedimentos/Pequenas cirurgias*	Código do SIGTAP <small>(registre o código na vertical)</small>	<input type="checkbox"/>													
	Código do SIGTAP <small>(registre o código na vertical)</small>	<input type="checkbox"/>													
	Código do SIGTAP <small>(registre o código na vertical)</small>	<input type="checkbox"/>													
	Código do SIGTAP <small>(registre o código na vertical)</small>	<input type="checkbox"/>													

Procedimentos consolidados		
Total no período	Aferição de PA	<input type="checkbox"/>
	Aferição de temperatura	<input type="checkbox"/>
	Curativo simples	<input type="checkbox"/>
	Coleta de material para exame laboratorial	<input type="checkbox"/>
	Glicemia capilar	<input type="checkbox"/>
	Medição de altura	<input type="checkbox"/>
Medição de peso	<input type="checkbox"/>	

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
 Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)
 08 - Instituição/Abrijo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa
 *Campo obrigatório

O dado não é individualizado no CDS

FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

		FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA		DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*		CBO*	CNES*	INE*	DATA*: / /
TURNO: * () () () ()		CNS DO PROFISSIONAL		CBO***	
LOCAL DE ATIVIDADE Nº INEP (ESCOLA/CRECHE) _____ CNES _____ OUTRA LOCALIDADE: _____					
Nº DE PARTICIPANTES* _____		Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS _____			
ATIVIDADE (opção única)*			TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***		
01 Reunião de equipe 02 Reunião com outras equipes de saúde 03 Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social			01 Questões administrativas/Funcionamento 02 Processos de trabalho 03 Diagnóstico do território/Monitoramento do território 04 Planejamento/Monitoramento das ações da equipe 05 Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular 06 Educação Permanente 07 Outros		
ATIVIDADE (opção única)*					
04 Educação em saúde 05 Atendimento em grupo 06 Avaliação/Procedimento coletivo 07 Mobilização social					
PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)		TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)		PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)	
01 Comunidade em geral 02 Criança 0 a 3 anos 03 Criança 4 a 5 anos 04 Criança 6 a 11 anos 05 Adolescente 06 Mulher 07 Gestante 08 Homem 09 Familiares 10 Idoso 11 Pessoas com doenças crônicas 12 Usuário de tabaco 13 Usuário de álcool 14 Usuário de outras drogas 15 Pessoas com sofrimento ou transtorno mental 16 Profissional de educação 17 Outros		01 Ações de combate ao Aedes aegypti 02 Agravos negligenciados 03 Alimentação saudável 04 Autocuidado de pessoas com doenças crônicas 05 Cidadania e direitos humanos 06 Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas 07 Envelhecimento/climatério/andropausa/etc 08 Plantas medicinais/fitoterapia 09 Prevenção da violência e promoção da cultura da paz 10 Saúde ambiental 11 Saúde bucal 12 Saúde do trabalhador 13 Saúde mental 14 Saúde sexual e reprodutiva 15 Semana saúde na escola 16 Outros		01 Antropometria 02 Aplicação tópica de flúor 03 Desenvolvimento da linguagem 04 Escovação dental supervisionada 05 Práticas corporais e atividade física 06 PNCT Sessão 1 07 PNCT Sessão 2 08 PNCT Sessão 3 09 PNCT Sessão 4 10 Saúde auditiva 11 Saúde ocular 12 Verificação da situação vacinal 13 Outras 14 Outro procedimento coletivo Código do SIGTAP _____	

Dados que **migram** do e-SUS para o Sistema PBF na Saúde:

- CNS do Profissional, CBO, CNES, INE, data da atividade coletiva;
- CNS ou CPF do cidadão; e
- Avaliação antropométrica (peso e altura).

Nº	CNS DO CIDADÃO***	DATA DE NASCIMENTO**	SEXO**	AVALIAÇÃO ALTERADA	PESO (kg)	ALTURA (cm)	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
							Cesou o hábito de fumar	Abandonou o grupo
1		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35		/ /	() ()	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legenda: Opção múltipla de escolha. Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
 *Campo obrigatório
 **Campo obrigatório ao informar lista de participantes
 ***Campo com obrigatoriedade condicionada

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO (PEC)

PEC - TREINAMENTO

PEC > Atendimento: > Prontuário > SOAP

- FOLHA DE ROSTO
- SOAP**
- PROBLEMAS / CONDIÇÕES E ALERGIAS
- ACOMPANHAMENTO
- ANTECEDENTES
- HISTÓRICO
- DADOS CADASTRAIS
- FINALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

SUBJETIVO

B **I** **U** [List] [List] [List] [List] **T**

Motivo da

CIAP2

Notas

Confirma

CIAP2	Descrição	Notas
Nenhum item encontrado		

Obs.: Devem constar no PEC: **CNES** da unidade de saúde, código de equipe (**INE**) e **data** de atendimento.

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO - CONTINUAÇÃO

OBJETIVO

B *I* U

Mulher

DUM

Nenhuma DUM

Antropometria:

Perímetro

cm

Peso

kg

Altura

cm

IMC

--

Sinais

Pressão

/

mmHg

Frequência

mpm

Frequência

bpm

Temperatura

°C

Saturação de O₂

%

Vacinação em

Sim Não

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO - CONTINUAÇÃO

Neste campo é registrado a avaliação do cidadão feito pelo profissional de saúde, considerando o raciocínio clínico baseado na análise dos blocos "Subjetivo" e "Objetivo". Na **Avaliação** podem ser registradas as hipóteses de diagnóstico e/ou diagnóstico codificado.

<https://cgiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/docs/PEC>

Exames solicitados e / ou

Solicitado	Avaliado	Nome do exam	Resultado
Nenhum item encontrado com o critério selecionado			

Adicionar

AVALIAÇÃO

B *I* U

Problema e / ou condição

CIAP2

Notas

Inserir na lista de problema / condição como

Confirmar

CIAP2	Descrição da CIAP	Nota
Nenhum item encontrado		

IMPORTAÇÃO DOS REGISTROS DO E-SUS PARA O SISTEMA PBF NA SAÚDE

O QUE FAZER CASO UMA GESTANTE TENHA ACOMPANHAMENTO MIGRADO DO **E-SUS** COMO **NÃO GESTANTE?** A partir da 2ª vigência de 2019, passou a ser possível registrar **novo acompanhamento**, caso a beneficiária esteja gestante. **Somente** é possível novo acompanhamento a partir dos dados de **gestação**.

Clique em "VISUALIZAR" e altere a informação de '**É GESTANTE?': 'NÃO'** para '**É GESTANTE?': 'SIM'**', e confirme que a beneficiária esteve gestante na atual vigência. Em seguida, **registre todas as informações novamente** e salve o acompanhamento.



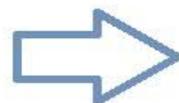
MARIA

Obrigatório

NIS: 12312312312

Nascimento:	01/01/1991
Data do acompanhamento:	20/08/2019
Acompanhado no sistema:	e-SUS AB

Visualizar



MARIA

Obrigatório Gestante

NIS: 12312312312

Nascimento:	01/01/1991
Data do acompanhamento:	20/08/2019
Acompanhado no sistema:	BOLSA FAMÍLIA
Localizado no sistema:	e-SUS AB

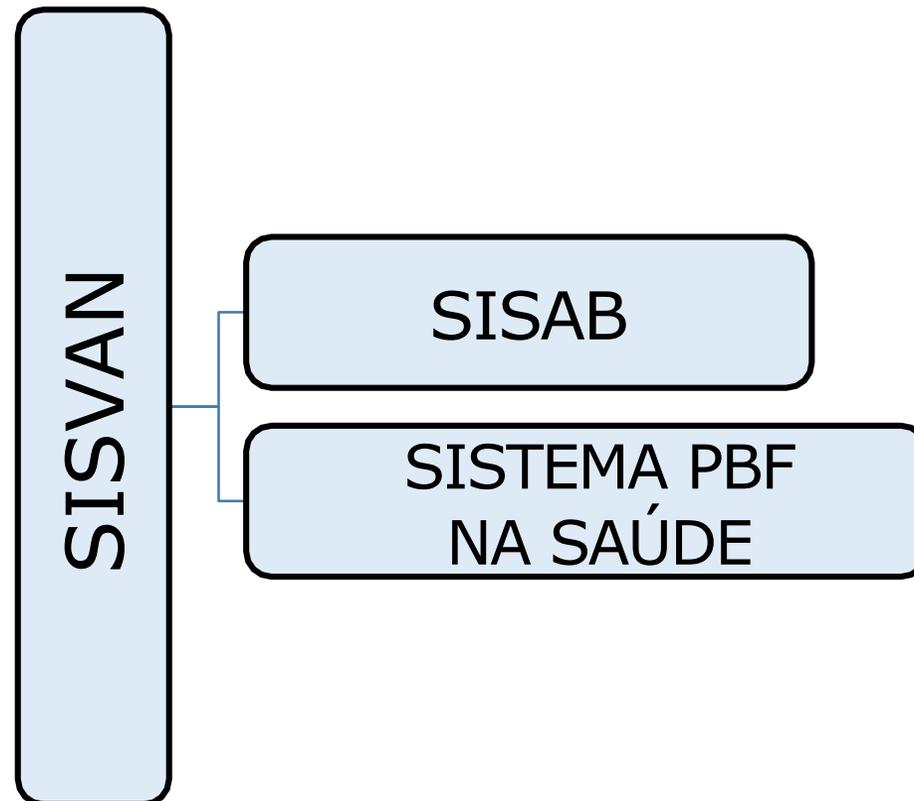
Editar



Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN

SISVAN

Todos os registros individualizados **com a devida identificação** (CNS ou CPF, registrados tanto no SISAB quanto no Sistema PBF na Saúde), **são integrados** à base nacional do SISVAN.





DOCUMENTOS PBF

ATENÇÃO PARA:

1. Em '**Documentos e Manuais Técnicos**' estão relacionadas as publicações referentes ao PBF, inclusive as legislações afetas à área da Saúde;
2. Em '**Perguntas Frequentes**' estão as informações gerais sobre o PBF, além das respostas à perguntas frequentes encaminhadas ao MS pelos gestores dos estados e dos municípios.**

Trata-se de um material **imprescindível para as equipes que realizam os acompanhamentos e os registros das condicionalidades da saúde.

OS DOCUMENTOS PODEM SER ACESSADOS AO CLICAR EM 'DOCUMENTOS' OU NA BARRA LATERAL À ESQUERDA

The screenshot displays the PBF (Programa Bolsa Família) interface. At the top left, the text 'PBF' is followed by a hamburger menu icon. In the top right corner, there is a search icon and the text 'Acesso Restrito'. Below the header, the main content area features a banner for 'Programa Bolsa Família na Saúde' with the text 'Acesse o EAD Bolsa Família na Saúde na Saúde no UniverSUS' and 'Ambiente Virtual de Aprendizagem para profissionais que atuam no SUS'. A red arrow points to a document icon in the left sidebar. Below the banner, there are two sections: 'O que é?' (What is it?) and 'Como funciona?' (How does it work?). At the bottom, there are three navigation buttons: 'Documentos' (Documents), 'Perguntas Frequentes' (Frequently Asked Questions), and 'Acesso Restrito' (Restricted Access). The 'Documentos' button is highlighted with a red border.

PBF

Acesso Restrito

Programa Bolsa Família na Saúde

Acesse o EAD Bolsa Família na Saúde na Saúde no UniverSUS
Ambiente Virtual de Aprendizagem para profissionais que atuam no SUS

O que é?

Como funciona?

Documentos
Consulte os documentos disponíveis. [Clique aqui.](#)

Perguntas Frequentes
Dúvidas sobre o sistema? [Clique aqui.](#)

Acesso Restrito
Acesso restrito do Sistema. [Clique aqui.](#)

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS
Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde – DEPPROS
Coordenação-Geral de Equidade e Determinantes Sociais em Saúde – CGEDESS

(61) 3315-9033/9024
bfasaude@saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE