



ESTADO DE SANTA CATARINA - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DA SERRA CATARINENSE
COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL
CIR - SERRA CATARINENSE

DELIBERAÇÃO Nº 63/CIR SERRA CATARINENSE/2025

COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL - CIR SERRA CATARINENSE, COM BASE NAS SUAS COMPETÊNCIAS REGIMENTAIS E NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES, EM REUNIÃO DA COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL DA SERRA CATARINENSE - NO DIA 09 DE OUTUBRO DE 2025, NO HORÁRIO DAS 08H30M, NO AUDITÓRIO DA SMS-LAGES;

RESOLVE:

APROVAR, A UTILIZAÇÃO PADRONIZADA DA CARTEIRINHA DA GESTANTE EM TODOS OS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DA SERRA CATARINENSE, ADOTANDO COMO REFERÊNCIA O MODELO JÁ IMPLEMENTADO PELO MUNICÍPIO DE LAGES.

A PADRONIZAÇÃO DESTE INSTRUMENTO, CONSIDERADO TECNICAMENTE ADEQUADO PARA REPLICAÇÃO REGIONAL, VISA QUALIFICAR E INTEGRAR AS AÇÕES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE, SENDO FUNDAMENTAL PARA ASSEGURAR A INTEGRALIDADE DO CUIDADO, A CONTINUIDADE DAS INFORMAÇÕES EM SAÚDE E A SEGURANÇA DA GESTANTE E DO RECÉM-NASCIDO DURANTE TODO O PERCURSO ASSISTENCIAL

LAGES, 09 DE OUTUBRO DE 2025.


Susana Zen
COORDENADORA CIR SERRA CATARINENSE
CPF: 773.846.799-15
DELIBERAÇÃO Nº 02/CIR SERRA/2025
SUSANA ZEN
COORDENADORA DA CIR SERRA CATARINENSE.

COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL
CIR - SERRA CATARINENSE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LAGES
Praça Leoberto Leal, nº 20 - CEP: 88501-310 - Contato: (049) 3251 - 7658/ 998331050
E-mail: cms@saudelages.sc.gov.br

CADERNETA DA GESTANTE



LOGO PREFEITURA
OU SMS

CALENDÁRIO DE CONSULTAS PRÉ NATAL

[illegible]

As consultas de pré-natal devem ser realizadas, no mínimo conforme o cronograma abaixo:

Até a 28ª semana de gestação	Da 28ª até a 36ª semana de gestação	Da 36ª até a 41ª semana de gestação
Mensalmente	Quinzenalmente	Semanalmente

TEMPO APROXIMADO DE GRAVIDEZ

1º trimestre	1º mês	4 semanas e meia
	2º mês	9 semanas
	3º mês	13 semanas e meia
2º trimestre	4º mês	18 semanas e meia
	5º mês	22 semanas
	6º mês	27 semanas e meia
3º trimestre	7º mês	31 semanas e meia
	8º mês	36 semanas
	9º mês	40 semanas e meia

IDENTIFICAÇÃO

CARTÃO SUS: _____

UBS: _____

NOME: _____ A: ____ MA: ____ FAM: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

OCUPAÇÃO _____

ENDEREÇO: _____ IDADE: _____

CIDADE: _____

TELEFONE: _____ BAIRRO: _____

EM CASO DE EMERGENCIA AVISAR: _____

TELEFONE: _____

HOSPITAL DE REFÊRENCIA:

() SUS _____

() PRIVADO OU CONVÊNIO: _____

PROFISSIONAIS QUE REALIZAM O PRÉ-NATAL:

DUM: _____ DPP: _____ () ÚNICA () GEMELAR
() BAIXO RISCO () ALTO RISCO () GESTAÇÃO PLANEJADA
G: _____ AB: _____ PC: _____ PN: _____
NASCIDOS VIVOS: _____ NASCIDOS MORTOS: _____
MENOR QUE 2,500g _____ MAIOR QUE 4,500g _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: _____

COMORBIDADES: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALERGIA: _____

HISTÓRIA ATUAL

() FUMO () DROGAS () ÁLCOOL () VIOLENCIA DOMÉSTICA
() HIV/AIDS () SIFILIS () TOXOPLASMOSE () INFECÇÕES URINÁRIAS
() ANEMIA () INC INSTMOCERVICAL () AMEAÇA PARTO PREMATURO
() OLIGO / POLIDRÂMNIO () RUP. PREM. MEMBRANA
() CIUR () PÓS DATISMO () HIPERTENSÃO ARTERIAL
() PRE-ECLAMPSIA/ECLAMP () DIABETES GESTACIONAL
() USO INSULINA () HEMORRAGIA 1º TRIM () HEMORRAGIA 2º TRIM
() HEMORRAGIA 3º TRIM () CARDIOPATIA

EXAMES

	DATA	RESULTADO	DATA	RESULTADO	DATA	RESULTADO
ABO/RH						
ELEROF/HEMOG						
LEUCÓCITOS						
PLAQUETAS						
HEMOGLO						
HEMATOC						
GLICOSE JEJUM						
TOTAL 75G						
TSH/T4L						
TOXOPLAS IGM/ IGG						
TR SIF						
TR HIV						
TR HEP C						
TR HEP B						
CLAMIDIA						
GONOCOCO						
STREPTO						
HIV						

EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA

DATA	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
QUEIXAS						
IG/DUM						
PESO/IMC						
PA						
AFU						
BCF/MF						
EDEMA						
OBS.						

[illegible]

TRATAMENTO DE SIFILIS

1ªDOSE	2ªDOSE	3ªDOSE

VDRL DE BASE:

DATA: ____/____/____ RESULTADO: _____

VDRL DE SEGMENTO:

D.:____/____/____ R.:____ D.:____/____/____ R.:____ D.:____/____/____ R.:____

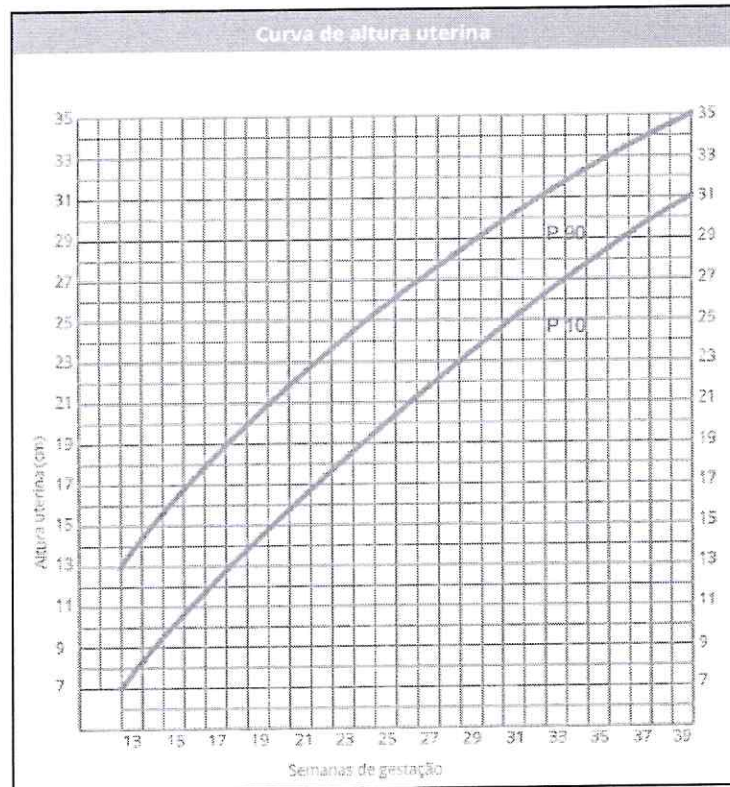
D.:____/____/____ R.:____ D.:____/____/____ R.:____ D.:____/____/____ R.:____

TRATAMENTO DO PARCEIRO

1ªDOSE	2ªDOSE	3ªDOSE

PARCIAL DE URINA + UROCULTURA

ROTINA DE 1º TRIM.	____/____/____	Parcial de urina: _____
		Urocultura: Negativa () Positiva () Tratamento: _____
CONTROLE DE CURA	____/____/____	Urocultura: Negativa () Positiva () Agente Bacteriano: _____ Tratamento: _____
OUTROS	____/____/____	
ROTINA DE 2º TRIM.	____/____/____	Parcial de urina: _____
		Urocultura: Negativa () Positiva () Tratamento: _____
CONTROLE DE CURA	____/____/____	Urocultura: Negativa () Positiva () Agente Bacteriano: _____ Tratamento: _____
OUTRO	____/____/____	



SUPLEMENTAÇÃO DE SULFATO FEROSO () SIM () NÃO

SUPLEMENTAÇÃO DE ÁCIDO FÓLICO () SIM () NÃO

SUPLEMENTAÇÃO DE CARBONATO DE CALCIO () SIM () NÃO

VACINA ANTITETÂNICA

() IMUNIZADA A MENOS DE 5 ANOS

() IMUNIZADA A MAIS DE 5 ANOS

1ª DOSE _____

2ª DOSE _____

INFLUENZA: _____

VACINA dTpa 20 semanas _____

HEPATITE B

() IMUNIZADA

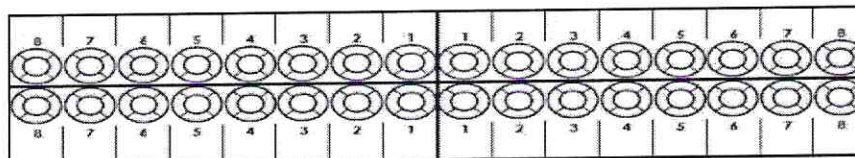
1ª DOSE _____

2ª DOSE _____

3ª DOSE _____

COVID 19: _____

ODONTOLOGIA



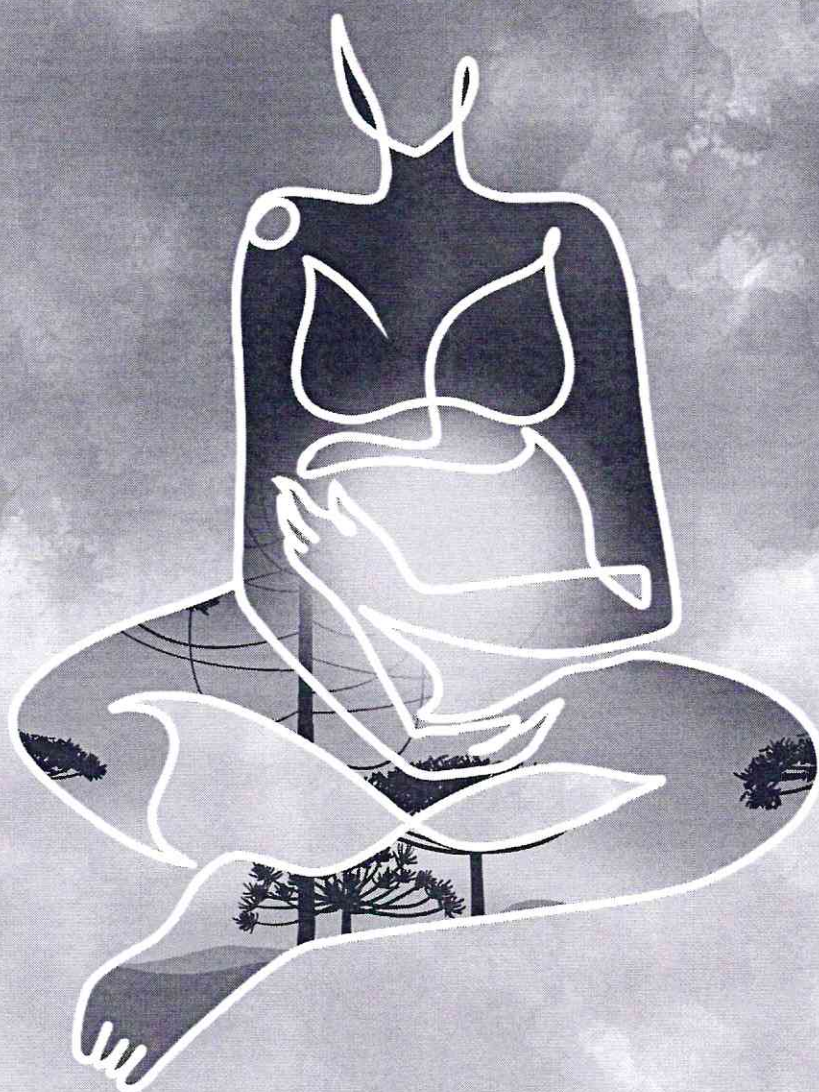
* - Mancha branca ativa	PF - Prótese fixa	O - Mancha branca inativa
A - Ausente	SP - Selamento provisório	Ae - Abrasão/erosão
Am - Amálgama	X - Extração indicada	Ca - Lesão cavitada ativa
Ci - Lesão cavitada inativa	RE - Restauração estética	E - Extraído
H - Higido	T - Traumatismo	M - Restauração metálica

PLANO DE TRATAMENTO: _____

[illegible]

NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA REFERÊNCIA (PARA O CIRURGIÃO DENTISTA):

[illegible]



Elaboração realizada pela Rede Alyne da
Secretaria Municipal de Saúde de Lages.

