

Agenda da AMS

**Pesquisa de Assistência
Médico-Sanitária - 2009**

AMS

Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária

2009

Agenda

Calendário - ano 2009-2010

JULHO 2009							AGOSTO 2009							SETEMBRO 2009							
D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	
			1	2	3	4				2	3	4	5				1	2	3	4	5
5	6	7	8	9	10	11	6	7	8	9	10	11	12	6	7	8	9	10	11	12	
12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15	13	14	15	16	17	18	19	
19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22	20	21	22	23	24	25	26	
26	27	28	29	30	31		23	24	25	26	27	28	29	27	28	29	30				
							30	31						30	31						

7 - Independência do Brasil

OUTUBRO 2009							NOVEMBRO 2009							DEZEMBRO 2009						
D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S
			1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14
11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
25	26	27	28	29	30	31	29	30						29	30	31				

12 - N. S. Aparecida

15 - Proclamação da República

25 - Natal

JANEIRO 2010							FEBREIRO 2010							MARÇO 2010						
D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S
			1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
3	4	5	6	7	8	9	7	8	9	10	11	12	13	7	8	9	10	11	12	13
10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20	14	15	16	17	18	19	20
17	18	19	20	21	22	23	21 ²⁴	22	23	24	25	26	27	21	22	23	24	25	26	27
24 ³¹	25	26	27	28	29	30	28	29	30	31				28	29	30	31			

1 - Confraternização Universal

16 - Carnaval

17 - Cinzas

ABRIL 2010							MAIO 2010							JUNHO 2010						
D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S
			1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14
11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
25	26	27	28	29	30		29	30	31					29	30	31				

2 - Páscoa

1 - Dia do Trabalho

29 - Aniversário IBGE

3 - Corpus Christi

Agenda da AMS

Esta agenda reúne as informações necessárias para o desempenho das tarefas do Agente durante o trabalho de coleta.

É uma forma simples e prática de organizar e programar as atividades diárias, além de conter informações sobre o andamento da coleta e resumir as ações junto a cada Agente de Pesquisa.

Cabe ao Supervisor da AMS lotado na agência de coleta ou na supervisão consultar a agenda regularmente e observar se os registros estão de acordo com as instruções do manual.

Endereços e Telefones úteis

UE do IBGE: _____

Chefe da Unidade: _____

UF: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Supervisor das Pesquisas Sociais

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Atendimento do IBGE

0800 721 8181

Outros Endereços e Telefones

Local: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Local: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Local: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Local: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Outros Endereços e Telefones

Local: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Local: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Local: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Local: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Outros Endereços e Telefones

Local: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Local: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Local: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Estabelecimento de Saúde

Nome: _____

Tipo de Formulário: Ambulatorial/Hospitalar SADT Simplificado

Tipo de Estabelecimento: Único Terceirizado Com terceirização

Número cadastral: _____ Nº de terceirizados:

CNPJ: _____

Endereço

Logradouro: _____

Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Estado: _____

Telefone: _____ FAX: _____

Responsável no Estabelecimento de Saúde

Nome: _____

E-mail: _____

Estabelecimentos Privados de Saúde

Responsável pelas informações financeiras

Nome: _____

CNPJ: _____

Logradouro: _____

Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Estado: _____

Telefone: _____ FAX: _____

E-mail: _____

Data da assinatura do recibo de autorização: _____

Anotações: _____

Estabelecimento de Saúde

Nome: _____

Tipo de Formulário:

Ambulatorial/Hospitalar SADT Simplificado

Tipo de Estabelecimento:

Único Terceirizado Com terceirização

Número cadastral: _____ Nº de terceirizados:

CNPJ: _____

Endereço

Logradouro: _____

Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Estado: _____

Telefone: _____ FAX: _____

Responsável no Estabelecimento de Saúde

Nome: _____

E-mail: _____

Estabelecimentos Privados de Saúde

Responsável pelas informações financeiras

Nome: _____

CNPJ: _____

Logradouro: _____

Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Estado: _____

Telefone: _____ FAX: _____

E-mail: _____

Data da assinatura do recibo de autorização: _____

Anotações: _____

_____**Estabelecimento de Saúde**

Nome: _____

Tipo de Formulário:

 Ambulatorial/Hospitalar SADT Simplificado

Tipo de Estabelecimento:

 Único Terceirizado Com terceirizaçãoNúmero cadastral: _____ Nº de terceirizados:

CNPJ: _____

Endereço

Logradouro: _____

Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Estado: _____

Telefone: _____ FAX: _____

Responsável no Estabelecimento de Saúde

Nome: _____

E-mail: _____

Estabelecimentos Privados de Saúde

Responsável pelas informações financeiras

Nome: _____

CNPJ: _____

Logradouro: _____

Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Estado: _____

Telefone: _____ FAX: _____

E-mail: _____

Data da assinatura do recibo de autorização: _____

Anotações: _____

