

AMOR PERFEITO	Leishmaniose Visceral e Tegumentar			Leptospirose			Tracoma			Síndrome do Corrimento Cervical e Uretral			Condiloma Acuminado			Herpes Genital			Febre Tifoide		
	Ambulatorial (ESF, UPA)	Hospitalar	Referencia Hospitalar	Ambulatorial (ESF, UPA)	Hospitalar	Referencia Hospitalar	Ambulatorial (ESF, UPA)	Hospitalar	Referencia Hospitalar	Ambulatorial (ESF, UPA)	Hospitalar	Referencia Hospitalar	Ambulatorial (ESF, UPA)	Hospitalar	Referencia Hospitalar	Ambulatorial (ESF, UPA)	Hospitalar	Referencia Hospitalar	Ambulatorial (ESF, UPA)	Hospitalar	Referencia Hospitalar
Brejinho de Nazaré																					
Chapada da Natividade																					
Fátima																					
Ipueiras																					
Mateiros																					
Monte do Carmo																					
Natividade																					
Oliveira de Fátima																					
Pindorama do Tocantins																					
Ponte Alta do Tocantins																					
Porto Nacional																					
Santa Rosa do Tocantins																					
Silvanópolis																					
TOTAL																					

Instrucional para preenchimento:

1 - Todos os itens serão preenchidos com **S= Sim** e **N= Não**

Para atendimento Ambulatorial, considerar **SIM**, quando for realizado na ESF ou na UPA.

Para atendimento Hospitalar, considerar **SIM**, quando o Hospital for localizado em território municipal.

No caso de o tratamento ocorrer em Unidade Hospitalar Referenciada, informar o nome do Hospital e Município.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

