

ANEXO III



Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde
Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP _____
Divisão de Vigilância em Saúde

Capa de Lote - ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO:

Município: Rio de Janeiro

Nome do Estabelecimento: _____

Código: _____

Data a Entrega na DVS/CAP ____/____/____

QUANTIDADE DE DECLARAÇÕES ENTREGUES

Preenchidas	Hospitalar	
	Domiciliar	
Canceladas/Rasuradas		
Total de DNV		

Declarações referentes aos nascimentos em Ano _____

Nº. de declarações por Mês de Nascimento

Janeiro	
Fevereiro	
Março	
Abril	
Maio	
Junho	

Julho	
Agosto	
Setembro	
Outubro	
Novembro	
Dezembro	

Declarações referentes aos nascimentos em Anos Anteriores

ANO	MÊS	QUANT.

ANO	MÊS	QUANT.

Responsável pelo

Preenchimento: _____

Recebimento: _____

Cota Semanal/quinzenal estimada _____ **declarações**