



**CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DO Aedes**

BOLETIM DE SUPERVISÃO DO LIRAa

CRS: **Município:**

Data da supervisão:/...../..... **Hora:**.....

Nome do Agente Supervisionado:

Há quanto tempo atua no Programa: **Trabalho em execução:** LIRAa
(dias ou meses ou anos)

Município Infestado? Sim () **RG atualizado em:** **LIRAa:**.....
Não () (ano de atualização) (último realizado mês/ano)

Nº de ACEs conforme NT: **Nº de ACEs existentes:** **Nº ACEs em atividade:**.....

Apresentação do agente: Bom () Regular () S/Uniforme ()
(uniforme: calça, colete, boné, crachá, bota, etc.)

Equipamento do Agente: Bom () Regular () Incompleto ()
(material da bolsa)

Observações:

Supervisão da Inspeção de Focos: Direta () Indireta ()

Data do Boletim de Campo avaliado:/...../.....
Avaliação dos imóveis visitados:

IMÓVEL VISITADO	1º	2º	3º	4º	5º	6º
Nome do Bairro						
Nº do Estrato						
Nº do Quarteirão						
Tipo - TB ou O						
Ficha de visita - S/N						
Ficha atualizada - S/N						
Foco c/larva/pupa - S/N						
Coleta de amostra - S/N						

(TB= Terreno Baldio; O= Outros; S/N: S=sim; N=não)

Nome do Supervisor:..... Assinatura.....

Reservado para Prefeitura Municipal (carimbo e assinatura)