



**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)