



Sorrir Sempre Faz Bem

Relatório de Atividades



Sumário

| | |
|--|----|
| 1. IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL..... | 3 |
| 2. DESCRIÇÃO DO SERVIÇO A SER OFERTADO..... | 3 |
| 3. RESUMO DE ATIVIDADES..... | 4 |
| 4. RESUMO DE ATIVIDADES | 11 |
| 5. IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR TÉCNICO DO SERVIÇO | 11 |



Mês 1 – Março 2022

1. IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

| |
|---|
| Nome da Organização: ASSOCIAÇÃO DOS FISSURADOS LÁBIOS PALATAIS DE SOROCABA E REGIÃO |
| Data de Constituição: 17/09/1989 |
| CNPJ: 60.110.863/0001-43 Data de inscrição no CNPJ: 27/10/1989 |
| Endereço: Rua Lygia Fante, nº. 128, Sala nº 01 |
| Cidade / UF: Sorocaba/SP Bairro: Alto da Boa Vista CEP: 18085-841 |
| Telefone: 15 3211-3697 - 996341193 Fax: Site / e-mail: www.afissore.org.br / afissore@afissore.org.br |
| Horário de funcionamento: segunda a quinta 08h00min às 17h45min – sexta 08h00min às 17h00min. |
| Dias da semana: segunda a sexta |
| Nome do Projeto: SORRIR SEMPRE FAZ BEM |

2. DESCRIÇÃO DO SERVIÇO A SER OFERTADO

O serviço está sendo desenvolvido ao longo de 12 meses, contemplando:

- Planejamento e divulgação;
- Triagem;
- Atendimento Humanizado – Odontológico e Nutricional;
- Educação, Prevenção e Promoção da Saúde Bucal;
- Lives e Transmissões;
- Simpósio de Enceramento;
- Acompanhamento de Indicadores de Gestão do Projeto, Índices de Satisfação, Monitoramento e Avaliação, Produção de Relatório de Atividades, Prestação de Conyos e Apresentação de Resultados.

Neste primeiro mês, conforme cronograma de execução do projeto, foram realizadas as atividades de:

- Planejamento e divulgação.
- Acompanhamento de Indicadores de Gestão do Projeto, Índices de Satisfação, Monitoramento e Avaliação, Produção de Relatório de Atividades, Prestação de Conyos e Apresentação de Resultados.



3. RESUMO DE ATIVIDADES

Após a aprovação do Projeto Sorrir Sempre Faz Bem pela Comissão de Projetos do CMDCA – Conselho Municipal da Criança e do Adolescente, a coordenação do projeto informou a todos os funcionários da AFISSORE que se iniciaria mais um projeto que irá beneficiar mais de 1.000 crianças e adolescentes de 0 a 18 anos da cidade de Sorocaba.

O Projeto Sorrir Sempre Faz Bem teve início em 02 de março de 2022., sendo que a equipe foi composta inicialmente, conforme o plano de trabalho, por coordenação e consultoria, a fim de atender a etapa de planejamento.

A coordenação convidou então a equipe técnica do projeto para uma primeira reunião de equipe, a fim de explicar todo o plano de trabalho aos profissionais que farão parte desta importante iniciativa. Os profissionais do Sorrir Sempre Faz Bem são dedicados, e estão ansiosos para começar os atendimentos no mês de abril.



Equipe de Profissionais Projeto Sorrir Sempre Faz Bem



Consultório Pronto para os atendimentos!

A coordenação do Projeto Sorrir Sempre Faz Bem também já iniciou os contatos com algumas entidades socioassistenciais de Sorocaba, entre elas o Educandário Bezerra de Menezes, o Cefas, o Lar Casa Bela, Associação Amo Éden, a Coeso, a Ação Comunitária Inhayba, entre outras, tendo cadastrada a entidade Educandário Bezerra de Menezes.

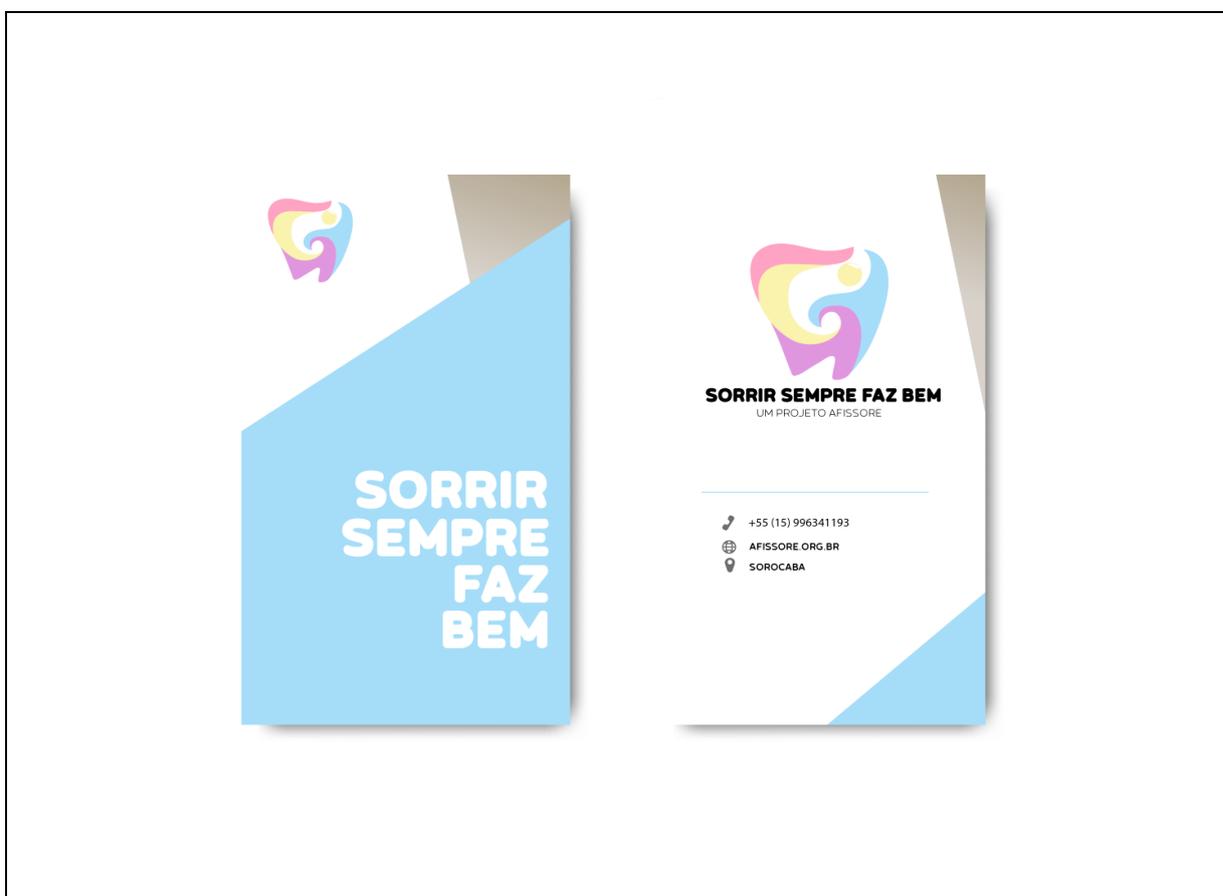


Foi elaborado pela consultoria o termo de parceria entre as partes.

Dentro desta etapa inicial de planejamento e divulgação, foram elaborados também alguns materiais gráficos para o início do projeto:



Placa para sala e consultório



Cartão de visita



AFISSORE

juntando motivos para sorrir

SORRIR SEMPRE FAZ BEM

UM PROJETO AFISSORE

Tratamento odontológico de qualidade para crianças e adolescentes de 0 a 18 anos.

100% GRATUITO.

SAIBA MAIS SOBRE O PROJETO:

(15) 99107-5735

Panflete frente

VENHA NOS VISITAR
E CONHECER NOSSOS PROJETOS

SORRIR SEMPRE FAZ BEM
UM PROJETO AFISSORE

RUA LYGIA FANTE, 128 - ALTO DA BOA VISTA
SOROCABA

Panflete verso



Foi elaborado ainda um material que é extremamente necessário para o Projeto Sorrir Sempre Faz Bem, a Anamnese., 3 (três).



SORRIR SEMPRE FAZ BEM
UM PROJETO AFISSORE

ANAMNESE ODONTOLÓGICA

NOME DO PACIENTE: _____
DATA DE NASCIMENTO: _____
TELEFONE: _____
ENDEREÇO: _____
RG: _____
CPF: _____

1. Histórico dental:

Já foi ao dentista? () Sim () Não () Odontopediatra Última vez: ___/___/___

2. Histórico médico:

Estado de saúde atual: _____
Está em tratamento médico? Sim () Não () Qual? _____
Doenças gerais? Sim () Não () Qual? _____
Faz uso de algum medicamento? Sim () Não () Qual? _____
Já tomou anestesia odontológica? Sim () Não ()
Teve reação? Sim () Não () Qual? _____
Já fez cirurgia? Sim () Não ()
Tem alguma alergia? Sim () Não () Qual? _____
Hemorragia? Sim () Não ()

3. Hábitos bucais:

Faz a higiene bucal regularmente? Sim () Não ()
Usa fio dental? Sim () Não ()

Sorocaba, ___ de _____ de 2022

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL





AFISSORE

juntando motivos para sorrir



SORRIR SEMPRE FAZ BEM

UM PROJETO AFISSORE

ANAMNESE NUTRICIONAL 0 A 2 ANOS

Nome do Paciente: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____
Nome do Responsável: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Telefone: _____

Altura/Estatura: _____ Peso Atual: _____ Peso Habitual: _____ Peso Desejável: _____
Aleitamento materno: () SIM () NÃO Quanto tempo: _____
Aleitamento fórmula: () SIM () NÃO Qual? _____
Apetite: () ÓTIMO () BOM () REGULAR () RUIM () PÉSSIMO
Alergia ou Intolerância Alimentar: () SIM () NÃO Qual? _____
Aversão Alimentar: () SIM () NÃO Qual? _____
Preferências Alimentares: _____
Consumo de Líquidos: () SIM () NÃO Qual? _____

Refeições Diárias:
() Café da Manhã () Almoço () Jantar () Colação () Lanche tarde () Ceia

Antecedentes Familiares:
() Tabagismo () Etilismo () Obesidade () Hipertensão Arterial () Diabetes () Outros

Faz uso de algum medicamento: () SIM () NÃO Qual? _____

OBSERVAÇÕES: _____



AFISSORE

juntando motivos para sorrir



SORRIR SEMPRE FAZ BEM

UM PROJETO AFISSORE

ANAMNESE NUTRICIONAL 2 A 18 ANOS

Nome do Paciente: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____
Nome do Responsável: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Telefone: _____

Altura/Estatura: _____ Peso Atual: _____ Peso Habitual: _____ Peso Desejável: _____
Aleitamento materno: () SIM () NÃO Quanto tempo: _____
Aleitamento fórmula: () SIM () NÃO Qual? _____
Apetite: () ÓTIMO () BOM () REGULAR () RUIM () PÉSSIMO
Alergia ou Intolerância Alimentar: () SIM () NÃO Qual? _____
Aversão Alimentar: () SIM () NÃO Qual? _____
Preferências Alimentares: _____
Consumo de Líquidos: () SIM () NÃO Qual? _____

Refeições Diárias:
() Café da Manhã () Almoço () Jantar () Colação () Lanche tarde () Ceia

Está em tratamento médico: () SIM () NÃO Qual? _____
Faz uso de algum medicamento: () SIM () NÃO Qual? _____
Atividade Física () SIM () NÃO Qual? _____ Frequência: _____

Antecedentes Familiares:
() Tabagismo () Etilismo () Obesidade () Hipertensão Arterial () Diabetes () Outros

OBSERVAÇÕES: _____



Anamnese é uma entrevista realizada pelo profissional de saúde, isto é, a primeira etapa de qualquer consulta médica. Ela consiste em uma entrevista prévia para ouvir o paciente e entender quais são suas queixas, sintomas e histórico médico. Por isso, ela pode ser considerada a base de qualquer diagnóstico.

4. RESUMO DE ATIVIDADES

Em anexo, segue o **RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO OBJETO**, com as metas e resultados referentes ao 1º mês de execução do projeto.

5. IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR TÉCNICO DO SERVIÇO

Nome completo: Bruna Alessandra

Telefone para contato: (15) 3211-3697 (15)98179-9504

E-mail Coordenador: coordenador@afissore.org.br

Sorocaba, 09 de abril de 2022.

EMANUELA OLIVEIRA DE ALMEIDA BARROS
Presidente