

Check List - Operação Goiás Contra o Aedes
(unicamente para controle do gestor, preenchimento não obrigatório)

OBM: _____

Endereço de Email: : _____

Comandante do Incidente: _____

Município: _____

Ciclo de Referência: _____

Ano da Mobilização: _____

Autoridades Presentes [PREFEITO]: () SIM () Não

Autoridades Presentes [SECRETÁRIO DE SAÚDE]

: () SIM () Não

Bombeiros (Total): _____

Bombeiros (Em campo): _____

Agentes de Combate à Endemia (Total Existente no Município): _____

Agentes de Combate à Endemia (Em campo): _____

Agentes de Comunitário de Saúde (Total Existente no Município): _____

Agentes de Comunitário de Saúde (Em campo): _____

Forças Armadas (Total): _____

Forças Armadas (Em campo) : _____

Regional de saúde (total): _____

Regional de saúde (Em campo): _____

Secretaria Municipal de Saúde (Total): _____

Secretaria Municipal de Saúde (Em Campo): _____

Voluntários (Total): _____

Voluntários (Em Campo): _____

Outros (Total): _____

Outros (Em Campo): _____

N. de Viaturas do CBMGO: _____

N. de veículos da Prefeitura: _____

N. de veículos diversos: _____

Etanol (Litros): _____

Etanol (Valor): _____

Gasolina (Litros): _____

Gasolina (Valor): _____

Diesel (Litros): _____

Diesel (Valor): _____

Diárias (quantidade): _____

Diárias (Valor): _____

PSE da Mobilização (Valor): _____

Outros Gastos (Valor): _____

Outros Gastos (Especificar): _____

Observações Pertinentes: _____
