



## **EDITAL DE PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 026/2019**

### **LICITAÇÃO EXCLUSIVA PARA MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE**

Abertura: **08 de julho de 2019**

Horário: **09.00 horas**

Local: **Rua João Moreira nº 1707**

Tipo: **MENOR PREÇO POR ITEM**

**O MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS-RS**, torna público, que fará realizar licitação exclusiva, na modalidade **PREGÃO PRESENCIAL**, do tipo **MENOR PREÇO POR ITEM**, objetivando o **REGISTRO DE PREÇOS para eventual Aquisição de material gráfico**, conforme descrito neste edital e seus anexos, nas dependências da Prefeitura Municipal na Sala de Licitações, localizada a Rua João Moreira nº 1707, Centro, nesta cidade. Os envelopes contendo a Proposta de Preços e os Documentos de Habilitação definidos neste Edital deverão ser entregues ao Pregoeiro e integrantes da Equipe de Apoio, nomeados pela Portaria nº 347/2019, no endereço supracitado no dia **08/07/2019 às 09.00 horas**, quando será realizada a sessão pública de abertura. O processo será regido pelas disposições legais e condições estabelecidas no presente Edital, pelas normas gerais da Lei n.º 10.520 de 17/07/2002, do Decreto Municipal nº 907/2018 de 14 de agosto de 2018, do Decreto Municipal nº 908/2018, de 14 de agosto de 2018, Lei complementar 123/2006 (alterada pela Lei Complementar nº 147/2014), com aplicação subsidiária da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações posteriores e as condições deste Edital.

#### **1. DO OBJETO:**

1.1- Constitui o objeto do presente Edital o **Registro de Preços** para eventual **Aquisição Parcelada de Material Gráfico**, conforme especificações constantes no **ANEXO I**, parte integrante deste edital, **onde somente poderão participar do certame Microempresas e Empresas de Pequeno Porte**, conforme redação da Lei Complementar nº 123/2006(alterada pela LC nº 147/2014). A comprovação de enquadramento na referida norma se dará mediante apresentação, **fora dos envelopes**, no momento do credenciamento, de **declaração firmada por contador, de que se enquadra no artigo 3º da Lei Complementar 123/2006 como microempresa ou empresa de pequeno porte (Anexo VI). A falta da Declaração de Enquadramento impossibilitará a participação da empresa no certame.**

1.2 - A detentora da Ata de Registro, quando da solicitação pela Administração deverá atender às seguintes exigências:



1.2.1 - Entregar os produtos no seguinte endereço: **Os materiais deverão ser entregues no almoxarifado da Prefeitura Municipal sito a Rua João Moreira 1707, Centro, no horário das 8.00 hs às 11.30 hs e das 13.30 hs às 16.30 hs, de segundas às sextas-feiras, na cidade de São Francisco de Assis- RS, sem ônus de frete, carga e descarga para a Administração Municipal.**

1.2.2 - **Em nenhuma hipótese serão aceitos e recebidos pela Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis, materiais diferentes do exigido nesta licitação.**

1.2.3 - A empresa vencedora deverá fornecer qualquer quantidade solicitada pelo Município, não podendo, portanto, estipular em sua proposta de preços, cota mínima ou máxima para remessa do produto, sendo respeitadas as quantidades máximas de transporte, terrestre ou pluvial, inerentes ao objeto do presente processo licitatório.

1.3 - A existência de preços registrados não obriga a Administração a firmar contratações que deles poderão advir, facultando-se a realização específica para a contratação pretendida, sendo assegurada ao beneficiário do Registro de Preços a preferência de fornecimento em igualdade de condições.

## **2. LOCAL, DATA E HORÁRIO DE RECEBIMENTO E DE ABERTURA DOS ENVELOPES**

2.1 - Para participação no certame, a licitante, além de atender ao disposto no item 7 deste edital, deverá apresentar a sua proposta de preço e documentos de habilitação em dois envelopes distintos, lacrados, não transparentes, identificados, respectivamente, como de nº 1 e nº 2, para o que se sugere a seguinte inscrição:

**AO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS-RS  
EDITAL DE PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 026/2019  
ENVELOPE Nº 01 - PROPOSTA DE PREÇOS  
PROPONENTE (NOME COMPLETO)  
TELEFONE  
E-MAIL.**

**AO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS-RS  
EDITAL DE PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 026/2019  
ENVELOPE Nº 02 - DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO  
PROPONENTE (NOME COMPLETO)  
TELEFONE  
E-MAIL.**



2.2 – A abertura desta licitação ocorrerá no dia **08 de julho de 2019, às 09.00 horas**, na Sala de Licitações, sito à Rua João Moreira nº 1707, Centro, nesta cidade, quando os interessados deverão apresentar os envelopes nº 01-Proposta de Preços e nº 02-Documentos de Habilitação ao Pregoeiro, bem como a **declaração, fora dos envelopes acima mencionados**, dando ciência de que **cumpre plenamente os requisitos de habilitação estabelecidos no presente Edital (Anexo II)**.

2.3 – Quando os envelopes forem enviados pelos Correios ou outro meio que não seja juntamente com o seu representante legal, deverão os mesmos estar de posse do Pregoeiro no horário estabelecido neste Edital para abertura da licitação, sob pena de não participar desta, bem como deverão estar em companhia da declaração de cumprimento aos requisitos de habilitação (Anexo II).

2.4 - Poderão participar deste Pregão os interessados que atenderem todas as exigências deste edital e seus anexos.

2.5- Os licitantes arcarão com todos os custos decorrentes da elaboração e apresentação de suas propostas;

2.6 - Não será admitida nesta licitação a participação de empresas que:

2.6.1- Sejam concordatárias ou estejam em processo de falência, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação;

2.6.2- Que estejam com o direito de licitar e contratar com a Administração Pública suspenso ou que por esta tenham sido declaradas inidôneas;

2.6.3- Que estejam reunidas em consórcio e sejam controladas, coligadas ou subsidiárias entre si ou ainda, qualquer que seja sua forma de constituição e encontrem-se participando concomitantemente do processo licitatório.

2.6.4- Pessoas impedidas nos termos do artigo 9º da Lei 8.666/93, no que couber.

### **3. DA REPRESENTAÇÃO E DO CREDENCIAMENTO:**

3.1. O licitante deverá apresentar-se para credenciamento junto ao Pregoeiro, diretamente ou através de seu representante que, devidamente identificado e credenciado por meio legal, será o único admitido a intervir no procedimento licitatório, no interesse do representado.

3.2. A documentação referente **ao credenciamento** deverá ser apresentada **"fora dos envelopes"**.

3.3. O credenciamento será efetuado da seguinte forma:

a) se dirigente, proprietário, sócio ou assemelhado da empresa proponente, deverá apresentar:



a.1) cópia do respectivo Estatuto, Contrato Social em vigor ou Declaração de Empresa Individual, devidamente registrado; em se tratando de sociedade comercial, e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documento de eleição de seus administradores; no caso de sociedade civil, inscrição do ato constitutivo, acompanhado de prova de diretoria em exercício; em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, decreto de autorização, no qual estejam expressos seus poderes para exercer direitos e assumir obrigações em decorrência de tal investidura e para prática de todos os demais atos inerentes ao certame.

b) se representante legal, deverá apresentar:

b.1) instrumento público ou particular de procuração, este com a firma do outorgante devidamente reconhecida, em que conste o nome da empresa outorgante, bem como de todas as pessoas com poderes para a outorga de procuração, e, também, o nome do outorgado, constando ainda, a indicação de amplos poderes para dar lance(s) em licitação pública; ou

b.2) termo de credenciamento (conforme modelo no Anexo III deste edital) outorgando o representante legal do licitante, comprovando a existência dos necessários poderes para formulação de propostas e para prática de todos os demais atos inerentes ao certame.

**ATENÇÃO:** Em qualquer um dos casos (b.1 ou b.2), deverá ser acompanhado do ato de investidura do(s) outorgante(s) como dirigente(s) da empresa (contrato social, declaração de empresa individual, etc).

**c) Para todos os casos de credenciamento (a.1, b.1 e b.2) é obrigatória a apresentação de cópia autenticada de documento de identificação com foto do representante legal. Ademais, não será aceita cópia de qualquer documento sem a devida autenticação.**

3.4. Caso o contrato social ou o estatuto determine que mais de uma pessoa deva assinar o credenciamento para o representante da empresa, a falta de qualquer uma delas invalida o documento para os fins deste procedimento licitatório.

3.5. Para exercer os direitos de ofertar lances e/ou manifestar intenção de recorrer, é obrigatória a presença da licitante ou de seu representante em todas as sessões públicas referentes à licitação.

3.6. As cooperativas que tenham auferido, no ano calendário anterior, receita bruta até o limite de 3.600.000,00 (três milhões e seiscentos mil reais), gozarão dos benefícios previstos nos art. 42 a 45 da Lei Complementar 123, de 14 de dezembro de 2006, disciplinados neste edital, conforme o disposto no art. 34, da Lei 11.488, de 15 de junho de 2007, desde que também apresentem, **fora dos envelopes**, no momento do credenciamento, declaração, firmada por contador, de que se enquadram no limite de receita referido acima.

**Obs: Todos os documentos exigidos no presente instrumento convocatório poderão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por tabelião, por publicação em órgão da imprensa oficial ou por servidores autorizados integrantes da Secretaria Geral pertencente à Secretaria de Administração da Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis-RS à vista dos originais. Os documentos extraídos de sistema informatizado (Internet) ficam**



dispensados de autenticação, ficando sujeitos à verificação da sua autenticidade pela Equipe de Apoio.

#### **4. DO RECEBIMENTO E ABERTURA DOS ENVELOPES:**

4.1. No dia, hora e local, mencionados no preâmbulo deste edital, na presença dos licitantes e demais pessoas presentes à sessão pública do pregão, o pregoeiro, inicialmente, receberá os envelopes nº 01 – PROPOSTA DE PREÇOS e nº 02 – DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO.

4.2. Uma vez encerrado o prazo para a entrega dos envelopes acima referidos, não será aceita a participação de nenhuma licitante retardatária.

4.3. O pregoeiro realizará o credenciamento das interessadas, as quais deverão:

a) comprovar, por meio de instrumento próprio, poderes para formulação de ofertas e lances verbais, bem como para a prática dos demais atos do certame;

b) apresentar, ainda, declaração de que cumprem plenamente os requisitos de habilitação.

#### **5. PROPOSTA FINANCEIRA:**

5.1. A Proposta Financeira (Anexo I) deverá ser preferencialmente datilografada ou impressa eletronicamente em papel com identificação da empresa, em 01 (uma) via redigida em linguagem clara, sem emendas, rasuras ou entrelinhas, identificada e assinada na última página e rubricada nas demais pelo representante legal da proponente, a ser entregue em envelope devidamente fechado e rubricado no lacre, contendo, na parte externa e frontal, as indicações mencionadas no item 2.1 deste Edital.

5.2. Na Proposta de Preços deverá constar:

5.2.1. Razão social da empresa, CNPJ e endereço completo .

5.2.2. Declaração expressa de prazo de validade da proposta, não inferior a 90 (noventa) dias, contados a partir da data de abertura do presente processo licitatório.

5.2.3. Descrição completa do produto ofertado, em conformidade e nas condições deste Edital.

5.2.4. Preço unitário, indicado em moeda corrente nacional.

5.2.4.1. Serão considerados, para fins de julgamento, os valores constantes no preço até, no máximo, duas casas decimais após a vírgula, sendo desprezadas as demais, se houver, também em eventual contratação.



5.2.4.2. Todos os insumos que compõem o preço, tais como as despesas com impostos, taxas, frete, seguros, carga e descarga, seguridade social, pessoal e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente na execução do objeto desta licitação, correrão por conta do proponente.

5.3. Não serão consideradas as propostas que deixarem de atender, no todo ou em parte, quaisquer das disposições deste edital, que sejam omissas ou apresentem irregularidades insanáveis, bem como aquelas manifestamente inexequíveis, presumindo-se como tais, as que contiverem valores irrisórios ou excessivos, ou aquelas que ofertarem alternativas.

**5.4. A apresentação da proposta implicará na plena aceitação, por parte do proponente, de todas as condições estabelecidas neste edital e seus anexos.**

## **6. DO JULGAMENTO DAS PROPOSTAS:**

6.1. Verificada a conformidade com os requisitos estabelecidos neste edital, a autora da oferta de valor mais baixo e as das ofertas com preços até 10% (dez por cento) superiores àquela poderão fazer novos lances, verbais e sucessivos, na forma dos itens subsequentes, até a proclamação da vencedora.

6.2. Não havendo, pelo menos, 03 (três) ofertas nas condições definidas no sub-item anterior, poderão as autoras das melhores propostas, até o máximo de 03 (três), oferecer novos lances, verbais e sucessivos, quaisquer que sejam os preços oferecidos em suas propostas escritas.

6.3. No curso da sessão, as autoras das propostas que atenderem aos requisitos dos itens anteriores serão convidadas, individualmente, a apresentarem novos lances, verbais e sucessivos, em valores distintos e decrescentes, a partir da autora da proposta classificada de maior preço até a proclamação da vencedora.

6.4. Caso duas ou mais propostas iniciais apresentem preços maiores iguais, será realizado sorteio para determinação da ordem de oferta dos lances.

6.5. A oferta dos lances deverá ser efetuada no momento em que for conferida a palavra à licitante, obedecida à ordem prevista nos itens 6.3 e 6.4.

6.5.1. Dada a palavra à licitante, esta disporá de 45s (quarenta e cinco segundos) para apresentar nova proposta. Este tempo poderá ser modificado pelo Pregoeiro durante a sessão, sempre que for constatada esta necessidade, objetivando que os proponentes tenham tempo suficiente para calcular seus novos preços.

6.6. É vedada a oferta de lance com vista ao empate.



6.7. Não poderá haver desistência dos lances já ofertados, sujeitando-se a proponente desistente às penalidades constantes no item 13 deste edital.

6.8. O desinteresse em apresentar lance verbal, quando convocada pelo pregoeiro, implicará na exclusão da licitante da etapa competitiva e, conseqüentemente, no impedimento de apresentar novos lances, sendo mantido o último preço apresentado pela mesma, que será considerado para efeito de ordenação das propostas.

6.9. Caso não seja ofertado nenhum lance verbal, será verificada a conformidade entre a proposta escrita de menor preço unitário e o valor estimado para a contratação, podendo o pregoeiro negociar diretamente com a proponente para que seja obtido preço melhor.

6.10. O encerramento da etapa competitiva dar-se-á quando, convocadas pelo pregoeiro, as licitantes manifestarem seu desinteresse em apresentar novos lances.

6.11. Encerrada a etapa competitiva e ordenadas as ofertas, de acordo com o menor preço apresentado, o pregoeiro verificará a aceitabilidade da proposta de valor mais baixo, comparando-a com os valores consignados em planilha de custos, decidindo motivadamente a respeito.

6.12. Após a aplicação no disposto nos itens anteriores, referentes a critério de desempate, se existir mais de um licitante com propostas idênticas, será dada preferência aos bens/serviços, pela ordem:

- a) produzidos no país;
- b) produzidos ou prestados por empresas brasileiras; e
- c) produzidos ou prestados por empresas que invistam em pesquisa e no desenvolvimento de tecnologia no país.

6.13. No caso de persistir a equivalência dos valores apresentados pelas empresas, será realizado sorteio entre elas para que se identifique aquela que primeiro poderá apresentar melhor oferta.

6.14. A classificação dar-se-á pela ordem crescente de preços propostos e aceitáveis. Será declarada vencedora a licitante que ofertar o menor preço unitário, desde que a proposta tenha sido apresentada de acordo com as especificações deste edital e seja compatível com o preço de referência estimado.

6.15. Serão desclassificadas as propostas que:

- a) não atenderem às exigências contidas no objeto desta licitação;
- b) forem omissas em pontos essenciais, de modo a ensejar dúvidas;
- c) afrontem qualquer dispositivo legal vigente, bem como as que não atenderem aos requisitos do item 5;



d) contiverem opções de preços alternativos ou que apresentarem preços manifestamente inexequíveis.

6.15.1. Quaisquer inserções na proposta que vierem modificar, extinguir ou criar direitos, sem previsão no edital, serão tidas como inexistentes, aproveitando-se a proposta no que não for conflitante com o instrumento convocatório.

6.16. Não serão consideradas, para julgamento das propostas, vantagens não previstas no edital.

6.17. Da sessão pública do pregão será lavrada ata circunstanciada, contendo, sem prejuízo de outros, o registro das licitantes credenciadas, as propostas escritas e verbais apresentadas, na ordem de classificação, a análise da documentação exigida para habilitação e os recursos interpostos.

6.18. A sessão pública não será suspensa, salvo motivo excepcional, devendo todas e quaisquer informações acerca do objeto serem esclarecidas previamente junto a Unidade de Licitações deste Município, conforme sub-item 14.1 deste edital.

6.19. Caso haja necessidade de adiamento da sessão pública, será marcada nova data para continuação dos trabalhos, devendo ficar intimadas, no mesmo ato, os licitantes presentes.

## **7. DA HABILITAÇÃO:**

7.1. Para fins de habilitação neste pregão, a licitante deverá apresentar, dentro do ENVELOPE Nº 02, os seguintes documentos:

7.1.1. Declaração que atende ao disposto no artigo 7.º, inciso XXXIII, da Constituição Federal, conforme o modelo do Decreto Federal n.º 4.358/02-Declaração de Proteção ao Trabalho do Menor(Anexo IV);

7.1.1.1. Declaração de que a empresa não foi considerada inidônea para licitar ou contratar com a Administração Pública e de inexistência de fatos supervenientes impeditivos para a sua participação no presente processo licitatório(Anexo V).

### **7.1.2. HABILITAÇÃO JURÍDICA:**

a) Registro comercial, no caso de empresa individual;

b) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;



c) Inscrição do constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício;

d) Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir.

**OBSERVAÇÃO - As empresas que apresentarem os documentos referidos neste subitem para fins de credenciamento FICAM DISPENSADAS DE APRESENTÁ-LOS DENTRO DO ENVELOPE DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO.**

#### **7.1.3. REGULARIDADE FISCAL:**

a) Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes do Estado ou Município se houver relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividades;

b) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal (Certidão Negativa de Débito de Tributos e Contribuições Federais expedida pela Secretaria da Receita Federal e Certidão Negativa de Débitos quanto à dívida ativa da União, expedida pela Procuradoria Geral), comprovando também a ausência de débitos previdenciários, dentro do seu período de validade; (O contribuinte que possuir a Certidão Específica Previdenciária e a Certidão Conjunta PGFN/RFB, dentro da sua validade nelas indicados, poderá apresentá-las conjuntamente. Entretanto, se possuir apenas uma das certidões ainda no prazo de validade, terá que emitir a certidão que entrou em vigência em 03 de novembro de 2014 e abrange todos os créditos tributários federais administrados pela RFB e PGFN);

c) Prova de regularidade com a Fazenda Estadual, relativa à sede ou domicílio do proponente, dentro da sua validade;

d) Prova de regularidade com a Fazenda Municipal, relativa à sede ou domicílio do proponente, dentro da sua validade;

e) Prova de regularidade (CRF) junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), dentro da sua validade;

f) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);

#### **7.1.4. REGULARIDADE TRABALHISTA:**



a) Prova de Inexistência de Débitos Inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante apresentação da CNDT, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, dentro da sua validade;

#### **7.1.5. QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA:**

a) Certidão negativa do cartório judicial de distribuição do foro da sede da proponente, de que não existe contra si pedido de falência, com data de emissão não superior a (60) sessenta dias da realização da presente licitação;

#### **7.1.6. CAPACIDADE TÉCNICA:**

a) Atestado comprobatório de aptidão para fornecimento de bem compatível em características com o objeto licitado, expedido por pessoa jurídica de direito público ou privado com base em fornecimento anterior;

b) Declaração formal, sob as penas da lei, firmada pelo representante legal da licitante, de que possui condições de fornecer, durante o prazo de validade do registro de preços, produto(s) de igual(is) característica(s) ao(s) que se encontra(m) descrito(s) no Anexo deste Edital, em quantidades compreendidas entre as informadas como mínimas e máximas. (Anexo VII);

7.2. Para as empresas cadastradas no Município, a documentação poderá ser substituída pelo Certificado de Registro Cadastral, desde que seu objeto social comporte o produto licitado e o registro cadastral esteja dentro do prazo de validade. Caso algum dos documentos obrigatórios (todos os exigidos acima) esteja faltando ou com o prazo de validade expirado, a licitante deverá regularizá-lo junto ao Setor de Licitações ou anexá-lo, como complemento ao certificado apresentado, sob pena de inabilitação.

7.3 Se houver restrição em qualquer um dos documentos de regularidade fiscal, previstos no item 7.1.3, deste edital, a licitante terá sua habilitação condicionada à apresentação de nova documentação, que comprove a sua regularidade em **(05) cinco dias úteis**, a da sessão em que foi declarada como vencedora do certame.

7.3.1. O prazo de que trata o item anterior é prorrogável uma única vez, por igual período, a critério da Administração Pública, para a regularização da documentação, pagamento ou parcelamento do débito e emissão de eventuais certidões negativas ou positivas com efeito de certidão negativa.

7.3.2. Ocorrendo a situação prevista no item 7.3, a sessão do pregão será suspensa, podendo o pregoeiro fixar, desde logo, a data em que se dará continuidade ao certame, ficando os licitantes já intimados a comparecer ao ato público, a fim de acompanhar o julgamento da habilitação.

7.3.3. O benefício de que trata o item 7.3 não eximirá a microempresa, a empresa de pequeno porte e a cooperativa, da apresentação de todos os documentos, ainda que apresentem alguma restrição.



7.3.4. A não regularização da documentação, no prazo fixado no item 7.3, implicará na inabilitação do licitante e a adoção do procedimento previsto no item 8.2, sem prejuízo das penalidades previstas no item 13.1, alínea a, deste edital.

7.4. O envelope de documentação que não for aberto ficará em poder do pregoeiro pelo prazo de (30) trinta dias, a contar da homologação da licitação, devendo a licitante retirá-lo, após aquele período, no prazo de (05) cinco dias, sob pena de inutilização do envelope.

## **8. DA ADJUDICAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO:**

8.1. Constatado o atendimento das exigências fixadas no edital, a licitante que ofertar o menor preço será declarada vencedora, sendo-lhe adjudicado o objeto do certame.

8.2. Em caso de desatendimento às exigências habilitatórias, o pregoeiro inabilitará a licitante e examinará as ofertas subsequentes e qualificação das licitantes, na ordem de classificação e, assim, sucessivamente, até a apuração de uma que atenda ao edital, sendo a respectiva licitante declarada vencedora, ocasião em que o pregoeiro poderá negociar diretamente com a proponente para que seja obtido preço melhor.

8.3. Encerrado o julgamento das propostas e da habilitação, o pregoeiro proclamará a vencedora e, a seguir, proporcionará aos licitantes a oportunidade para manifestarem a intenção de interpor recurso, esclarecendo que a falta dessa manifestação expressa, imediata e motivada, importará na decadência do direito de recorrer por parte da licitante.

8.4. Homologado o resultado da licitação, o órgão gerenciador, respeitada a ordem de classificação e a quantidade de fornecedores a serem registrados, convocará os interessados para assinatura da Ata de Registro de Preços que, depois de cumpridos os requisitos de publicidade, terá efeito de compromisso de fornecimento nas condições estabelecidas.

8.5. A contratação com os fornecedores registrados, após a indicação pelo órgão gerenciador do Registro de Preços, será formalizada pelo órgão interessado, por intermédio da emissão prévia de nota de empenho de despesa.

## **9. DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS:**

9.1. Tendo o licitante manifestado motivadamente, na sessão pública do pregão, a intenção de recorrer, esta terá o prazo de 03 (três) dias corridos para apresentação das razões de recurso.

9.2. Constará na ata da sessão à síntese das razões de recurso apresentadas, bem como o registro de que todas as demais licitantes ficaram intimadas para, querendo, manifestarem-se sobre as razões do recurso no prazo de 03 (três) dias corridos, após o término do prazo da recorrente, proporcionando-se, a todas, vista imediata do processo.



9.3. A manifestação expressa da intenção de interpor recurso e da motivação, na sessão pública do pregão, são pressupostos de admissibilidade dos recursos.

9.4. O recurso será dirigido à autoridade superior, por intermédio daquela que praticou o ato recorrido, a qual poderá, no prazo de (05) cinco dias úteis, reconsiderar sua decisão ou fazê-lo subir, acompanhado de suas razões, devendo, neste caso, a decisão ser proferida dentro do prazo de (05) cinco dias úteis, contado da subida do recurso, sob pena de responsabilidade daquele que houver dado causa à demora.

## **10. DA IMPUGNAÇÃO DO ATO CONVOCATÓRIO:**

10.1. Qualquer cidadão poderá solicitar esclarecimentos, providências ou impugnar os termos do presente edital por irregularidade, protocolizando o pedido até (02) dois dias úteis antes data fixada para a realização do Pregão, no Protocolo desta Prefeitura, situado a Rua João Moreira, nº 1707, nesta cidade, cabendo a autoridade superior decidir sobre a petição no prazo de vinte e quatro horas.

10.2. Decairá do direito de impugnar os termos do presente edital o proponente que não apontar as falhas ou irregularidades supostamente existentes no edital até o (2º) segundo dia útil que anteceder a data de realização do Pregão. Sendo intempestiva, a comunicação do suposto vício não suspenderá o curso do certame.

10.3. A impugnação feita tempestivamente pela proponente não a impedirá de participar do processo licitatório, ao menos até o trânsito em julgado da decisão a ela pertinente. Acolhida a petição contra o ato convocatório, será designada nova data para a realização do certame, sendo corrigido o ato convocatório.

## **11. DAS CONDIÇÕES E FORMAS DE PAGAMENTO:**

11.1. O pagamento será efetuado em até (15) quinze dias após o mês subsequente ao mês da compra, entrega e conferência das quantidades solicitadas pelo Município;

11.2. O fornecedor apresentará a nota fiscal-e referente ao material solicitado, ao serviço financeiro do Município.

11.3. Para pagamento, a empresa deverá apresentar ao Departamento de Contabilidade da Secretaria Municipal de Fazenda, localizada na Rua 13 de Janeiro nº 570, a nota fiscal-e e/ou fatura do(s) produto(s) entregue(s) de acordo com o respectivo empenho, devendo ser emitida em nome do Município de São Francisco de Assis e conter o número do empenho correspondente



11.4. Além da nota fiscal-e e/ou fatura do(s) produto(s) entregue(s), a(s) empresa(s) deverá (ão) apresentar e manter atualizados (**durante a validade do registro**) os seguintes documentos:

11.4.1. Prova de regularidade para com a Fazenda Federal (Certidão Negativa de Débito de Tributos e Contribuições Federais expedida pela Secretaria da Receita Federal e Certidão Negativa de Débitos quanto à dívida ativa da União, expedida pela Procuradoria Geral), comprovando também a ausência de débitos previdenciários, dentro do seu período de validade; (O contribuinte que possuir a Certidão Específica Previdenciária e a Certidão Conjunta PGFN/RFB, dentro da sua validade nelas indicados, poderá apresentá-las conjuntamente. Entretanto, se possuir apenas uma das certidões ainda no prazo de validade, terá que emitir a certidão que entrou em vigência em 03 de novembro de 2014 e abrange todos os créditos tributários federais administrados pela RFB e PGFN); dentro de seu período de validade;

11.4.2. Prova de regularidade com o FGTS (CRF – Certificado de Regularidade de Situação, expedido pela Caixa Econômica Federal), dentro da sua validade;

11.4.3. Prova de regularidade com a Fazenda Municipal, relativa à sede ou domicílio do proponente, dentro da sua validade;

11.4.4. Prova de Inexistência de Débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante apresentação da CNDT, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, dentro da sua validade.

## **12. DA ENTREGA E DO PRAZO:**

12.1. O prazo de entrega será no máximo (10) dez dias úteis, a partir do recebimento da Nota de Empenho e confirmação de pedido. O fornecedor apresentará a nota fiscal, de acordo com o solicitado pela Secretaria, ao serviço Financeiro do Município. A empresa fornecedora fará constar na Nota Fiscal a data e hora em que a entrega dos produtos foi feita, além da identificação de quem procedeu ao recebimento dos produtos.

12.2. A entrega será feita no almoxarifado da Prefeitura Municipal de segundas às sextas – feiras no horário das 8.00 hs às 11.30 hs e das 13.30 hs às 16.30 hs, sito a Rua João Moreira nº 1707, sempre na quantidade solicitada pelo Município, mediante apresentação da Autorização de Fornecimento da respectiva Secretaria, a quem caberá conferi-lo e lavrar Termo de Recebimento Provisório, para efeito de posterior verificação da conformidade do mesmo com as exigências do edital, sem ônus de frete, carga e descarga para a Administração Municipal.

**12.3. Toda e qualquer entrega de materiais fora do estabelecido neste edital será imediatamente notificada à licitante vencedora que ficará obrigada a substituí-los, o que fará prontamente, ficando entendido que correrão por sua conta e risco tais substituições, sendo aplicadas também, as sanções previstas neste edital.**



**12.4. Caso o objeto não esteja de acordo com as especificações exigidas, qualquer uma das Diversas Secretarias da Administração Municipal não o aceitará e lavrará termo circunstanciado do fato, que deverá ser encaminhado à autoridade superior, sob pena de responsabilidade.**

12.5. Na hipótese da não aceitação do objeto, o mesmo deverá ser retirado pelo fornecedor no prazo de 5 (cinco) dias contados da notificação da não aceitação, para reposição no prazo máximo de (10) dez dias úteis.

12.6. A Secretaria terá o prazo máximo de até (05) cinco dias para processar a conferência do que foi entregue, lavrando o termo de recebimento definitivo ou notificando a DETENTORA DA ATA para substituição do objeto entregue em desacordo com as especificações.

12.7. O recebimento provisório ou definitivo não exclui a responsabilidade da DETENTORA DA ATA pela perfeita execução do Empenho, ficando a mesma obrigada a substituir, no todo ou em parte, o objeto do Empenho, se a qualquer tempo se verificarem vícios, defeitos ou incorreções.

### **13. DAS PENALIDADES:**

13.1. Pelo inadimplemento das obrigações, seja na condição de participante do pregão ou de contratante, as licitantes, conforme a infração, estarão sujeitas às seguintes penalidades:

a) Advertência por escrito:

b) deixar de apresentar a documentação exigida no certame: suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 02(dois) anos e multa de 10% sobre o valor estimado da contratação;

c) manter comportamento inadequado durante o pregão: afastamento do certame e suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 02 (dois) anos;

d) deixar de manter a proposta (recusa injustificada para contratar): suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 05 (cinco) anos e multa de 10% sobre o valor estimado da contratação;

e) executar o contrato com irregularidades, passíveis de correção durante a execução e sem prejuízo ao resultado: advertência;

f) executar o contrato com atraso injustificado, até o limite de 10 (dez) dias, após os quais será considerado como inexecução contratual: multa diária de 0,5% sobre o valor atualizado do contrato;



g) inexecução parcial do contrato: suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 03(três) anos e multa de 8% sobre o valor correspondente ao montante não adimplido do contrato; Se não for cumprido o prazo de entrega total de 05(cinco) dias será imputada multa correspondente, bem como as demais penalidades;

h) inexecução total do contrato: suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 05(cinco) anos e multa de 10% sobre o valor atualizado do contrato;

i) causar prejuízo material resultante diretamente de execução contratual: declaração de inidoneidade cumulada com a suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração Pública pelo prazo de 05(cinco) anos e multa de 10 % sobre o valor atualizado do contrato.

13.2. As penalidades serão registradas no cadastro da contratada, quando for o caso.

13.3. Nenhum pagamento será efetuado pela Administração enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação financeira que for imposta ao fornecedor em virtude de penalidade ou inadimplência contratual.

#### **14. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:**

14.1. Quaisquer informações ou dúvidas de ordem técnica, bem como aquelas decorrentes de interpretação do edital, deverão ser solicitadas por escrito, ao Município de São Francisco de Assis, Setor de Licitações, sito na Rua João Moreira, nº 1707, ou pelo telefone (55) 3252 3257, no horário compreendido entre as 8.00 hs até às 13.00 horas ou pelo e-mail [pmlicit@bol.com.br](mailto:pmlicit@bol.com.br), preferencialmente, com antecedência mínima de (03) três dias úteis da data marcada para recebimento dos envelopes.

14.2. Os questionamentos recebidos e as respectivas respostas com relação ao presente pregão encontrar-se-ão à disposição de todos os interessados no Município de São Francisco de Assis, Setor de Licitações, sito na Rua João Moreira, nº 1707, Centro.

14.3. Ocorrendo decretação de feriado ou qualquer fato superveniente que impeça realização de ato do certame na data marcada, será publicada nova data.

14.4. Para agilização dos trabalhos, solicita-se que as licitantes façam constar na documentação o seu endereço, e-mail e o número de telefone.

14.5. Todos os documentos exigidos no presente instrumento convocatório poderão ser apresentados em original ou por qualquer processo de cópia autenticada por tabelião ou, ainda, por servidor da Secretaria Geral da Administração do Município de São Francisco de Assis. Os



documentos extraídos de sistemas informatizados (Internet) ficam dispensados de autenticação, portanto ficarão sujeitos à verificação da sua autenticidade pela Equipe de Apoio.

14.6. A proponente que vier a ser contratada ficará obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, por conveniência da Administração, dentro do limite permitido pelo artigo 65, § 1º, da Lei nº 8.666/93, sobre o valor inicial contratado.

14.7. Após a apresentação da proposta, não caberá desistência, salvo por motivo justo decorrente de fato superveniente e aceito pelo pregoeiro.

14.8. A Administração poderá revogar a licitação por razões de interesse público, devendo anulá-la por ilegalidade, em despacho fundamentado, sem a obrigação de indenizar (art. 49 da Lei Federal nº 8.666/93).

14.9. Fica eleito o Foro da Comarca de São Francisco de Assis-RS para dirimir quaisquer litígios oriundos da licitação e do contrato dela decorrente, com expressa renúncia a outro qualquer, por mais privilegiado que seja.

14.10. A não utilização do registro de preços será admitida no interesse da Administração e nos casos em que as aquisições se revelarem antieconômicas ou naquelas em que se verificarem irregularidades que possam levar ao cancelamento do registro de preços.

14.10.1. Poderão utilizar os preços registrados oriundos deste processo de licitação, os órgãos desta Administração a seguir relacionados: Todas as Secretarias da Administração Municipal poderão se valer do Registro de Preços.

14.11. A ata de Registro de Preços poderá sofrer alterações, obedecidas às disposições contidas no artigo 65 da Lei nº. 8.666/93 e alterações.

14.12. Os recursos orçamentários, para fazer frente às futuras aquisições decorrentes da presente licitação, serão alocados quando da emissão das Notas de Empenho.

14.13. O Edital e a minuta da Ata de Registro de Preços foram aprovados pela Assessoria Jurídica do Município, nos termos do parágrafo único do artigo 38 da Lei n.º 8.666/93 e alterações.

## **15. DO PRAZO DE VALIDADE DO REGISTRO DE PREÇOS:**

15.1. A validade dos preços registrados será de (12) doze meses, contado a partir da assinatura da Ata de Registro de Preços.



15.2. Ressalva de que, no prazo de validade deste registro, a Administração poderá não contratar.

#### **16. DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS:**

16.1. O modelo de Ata de Registro de Preços, a ser assinada com a(s) empresa(s) vencedora(s) da licitação encontra-se anexa ao processo, fazendo parte integrante do mesmo (Anexo VIII).

16.2. Na Ata de Registro de Preços estão definidos os critérios para atualização dos preços registrados e as penalidades em caso de inexecução total ou parcial da mesma ou da ordem de fornecimento (nota de empenho).

16.3. A Ata de Registro de Preços deverá ser assinada pelo representante legal, diretor, sócio da empresa ou procurador devidamente acompanhado, respectivamente, do contrato social ou procuração, e cédula de identidade para ambas as hipóteses.

16.4. O prazo para assinatura da Ata de Registro de Preços **será de (05) cinco dias úteis, contados a partir do recebimento da notificação enviada pelo Município (correspondência com aviso de recebimento)**, podendo ser prorrogado por igual período, desde que solicitado por escrito, durante o seu transcurso e ocorra motivo justificado e aceito pela Administração. **Pela recusa em assinar a ATA, dentro do prazo estabelecido, será imputada a multa de 10% (dez por cento) sobre o valor proposto, ao licitante vencedor.**

#### **17. DOS EMPENHOS:**

17.1. O compromisso de fornecimento estará caracterizado após o recebimento da nota de empenho, que será emitido de acordo com o valor constante na Ata de Registro de Preços ou em seus Aditivos.

17.2. A emissão do(s) empenho(s) será(ão) autorizada(s) pelo titular da pasta à qual pertencer à unidade requisitante, ou pela autoridade por ele delegada.

17.3. Na nota de empenho irá constar, **obrigatoriamente**, o número do processo licitatório que deu origem ao registro de preços, o tipo e a quantidade do material solicitado, valor(es), local(ais) e prazo de entrega (quando não especificados no edital ou na Ata de Registro de Preços).

#### **18. DO CONTROLE DOS PREÇOS REGISTRADOS:**



18.1. O Setor de Compras realizará durante o prazo de vigência da Ata de Registro de Preços, pesquisas periódicas de preços, com a finalidade de obter os valores praticados no mercado para os itens objeto da presente licitação.

18.2. Quando os preços registrados se apresentarem superiores aos praticados pelo mercado (conforme pesquisa realizada), o órgão gerenciador deverá:

- a) convocar o fornecedor, visando à negociação para redução de preços e sua adequação ao praticado no mercado;
- b) frustrada a negociação, o fornecedor será liberado do compromisso assumido; e
- c) convocar os demais fornecedores, visando a igual oportunidade de negociação.

18.3. Não havendo êxito nas negociações, o órgão gerenciador deverá proceder à revogação da Ata de Registro de Preços, adotando as medidas cabíveis para obtenção da contratação mais vantajosa.

#### **19. DOS ANEXOS:**

19.1- Fazem parte deste processo como anexos:

19.2. **ANEXO I** – MODELO DE PROPOSTA FINANCEIRA

19.3. **ANEXO II** – MODELO DE DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO AOS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO

19.4. **ANEXO III** – MODELO DE CARTA DE CREDENCIAMENTO

19.5. **ANEXO IV** – MODELO DE DECLARAÇÃO EM CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NO INCISO V DO ARTIGO 27 E XVIII AO ART. 78 DA LEI Nº. 8.666/93 (DECLARAÇÃO DE PROTEÇÃO DO TRABALHO DO MENOR)

19.6. **ANEXO V** – MODELO DE DECLARAÇÃO DE INIDONEIDADE

19.7. **ANEXO VI** – MODELO DE DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA **OU** EMPRESA DE PEQUENO PORTE

19.8. **ANEXO VII** - DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE FORNECIMENTO DOS PRODUTOS

19.9. **ANEXO VIII** – MINUTA DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

19.10. **ANEXO IX** - TERMO DE REFERENCIA

19.11. **MODELOS DOS ITENS**

GABINETE DO PREFEITO, em 24 de junho de 2019.

RUBEMAR PAULINHO SALBEGO  
PREFEITO MUNICIPAL

Aprovo o presente Edital de acordo com as normas gerais da Lei n.º 10.520 de 17/07/2002, do Decreto Municipal n.º 907/2018 de 14 de agosto de 2018, do Decreto Municipal n.º 908/2018, de 14 de agosto de 2018, Lei complementar 123/2006 (alterada pela Lei Complementar n.º 147/2014), com aplicação subsidiária da Lei Federal n.º 8.666/93 e suas alterações posteriores e as condições deste Edital.

Visto:



**ANEXO I**  
**MODELO DE PROPOSTA FINANCEIRA**  
**PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 026/2019**

À Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis-RS  
A/C Sr. Pregoeiro

EMPRESA: \_\_\_\_\_, CNPJ: \_\_\_\_\_, TELEFONE: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_, VALIDADE DA PROPOSTA: \_\_\_\_\_ DIAS. *(não inferior a (60) sessenta dias).*

Item	Produtos	Unidade	Quant. Mín.	Quant. Máx.	Preço Unitário
<b>Diversas Secretarias</b>					
1.	Folha timbrada A4- Resma de 500 folhas. <b>(Anexo 01)</b>	Resma	38	155	
2.	Pasta de material Couchê plastificada, timbrada em material resistente e gramatura mínima 300 gramas, na cor branca ou azul, tamanho 34x24cm. <b>(Anexo 02)</b>	Unidade	31	700	
3.	Pasta de material Couchê plastificada, timbrada em material resistente e gramatura mínima 180 gramas, na cor branca, tamanho 48x33cm. <b>(Anexo 03)</b>	Unidade	560	1.150	
4.	Pasta de cartolina azul, para processo, medindo 33cm x 24cm. <b>(Anexo 04)</b>	Unidade	330	1.500	
5.	Envelope timbrado na cor branca, com a logomarca da Adm. Municipal, tamanho 24cm x 34cm. <b>(Anexo 05)</b>	Unidade	182	820	
6.	Envelope timbrado na cor Branca, medindo 11cm x 22 cm. <b>(Anexo 06)</b>	Unidade	260	540	
7.	Envelope timbrado na cor Branca, tamanho 25cm x 18cm. <b>(Anexo 07)</b>	Unidade	111	550	
8.	Envelope timbrado na cor Branca, tamanho 23 cm x 11,5 cm, conforme modelo em anexo. <b>(Anexo 08)</b>	Unidade	51	400	
9.	Bloco de memorando timbrado em 02 vias carbonadas sendo a 1ª primeira via Branca e a 2ª via cor amarela, dimensões 14cm x 20cm, blocos com 50 jogos, a partir de 001. <b>(Anexo 09)</b>	Bloco	49	460	
10.	Bloco de memorando, tamanho 18cm x 14 cm, com 50 folhas, 02 vias, carbonada, com numeração a partir do nº 151, com destaque. <b>(Anexo 10)</b>	Bloco	03	10	
11.	Bloco de requerimento de diárias com 02 vias carbonadas, sendo a 1ª via branca e a 2ª via amarela, dimensões 11,5 cm x 20 cm, bloco de 50 jogos, com numeração a partir do 0001. <b>(Anexo 11)</b>	Bloco	163	563	
12.	Bloco de autorização timbrado, com 02 vias, sendo a 1ª via na cor branca e 2ª via na cor rosa, em papel carbonado, devendo constar "ADM 2017/2020", bloco de 50 jogos, numerados a partir do 0001, tamanho 14,5cm x 13cm, 02 vias com destaque. <b>(Anexo 12)</b>	Bloco	63	285	



13.	Bloco de abastecimento com 02 vias carbonada, sendo a 1ª via branca e a 2ª via rosa, bloco com 50 jogos, com numeração a partir do nº 0001. Dimensões 14,5 cm x 11,5 cm. <b>(Anexo 13)</b>  <b>OBS 01:</b> deverá ser acrescentado no campo "Combustível" o item "Gasolina Aditivada", bem como o item "Gasolina" deverá ser alterado para "Gasolina Comum" <b>OBS 02:</b> Deverá ser acrescentado no cabeçalho o brasão do município, conforme modelo anexo. <b>OBS 03:</b> Deverá constar na capa a sequência de numeração compreendida no bloco.	Bloco	163	810	
<b>Secretaria Geral da Administração</b>					
14.	Cartões de anotação tamanho 15x10cm. <b>(Anexo 14)</b>	Unidade	40	100	
<b>Setor Pessoal</b>					
15.	Ficha Funcional (tamanho 48 x 33 cm) conforme modelo anexo. <b>(Anexo 15)</b>	Unidade	100	300	
<b>Almoxarifado</b>					
16.	Ficha de controle de estoque do almoxarifado, dimensões 21.5cm x 12cm. <b>(Anexo 16)</b>	Unidade	01	200	
17.	Talão para requisição do almoxarifado, sendo uma folha na cor branca e outra na cor rosa, em papel carbonado, numeração a partir do 0001, com 50 jogos nas dimensões de 21.5cm x 11cm. <b>(Anexo 17)</b>	Unidade	01	100	
<b>Secretaria Municipal da Agricultura e Meio Ambiente</b>					
18.	Certificado de serviço de inspeção Municipal – SIM com 02 vias carbonadas (uma branca e uma azul), com destaque, com 100 folhas, numeração a partir do n.º 501. <b>(Anexo 18)</b>	Unidade	10	40	
19.	Pasta cartolina 48 cm x 33 cm, com logomarca da Administração. <b>(Anexo 19)</b>	Unidade	51	400	
<b>Secretaria Municipal da Fazenda</b>					
20.	Ficha aluguel carneira em papel cartão, medindo 22 cm de largura x 16 cm de altura, na cor branca. <b>(Anexo 20)</b>	Unidade	50	300	
21.	Pasta Receita medindo 22 cm de largura x 16 cm de altura, 180 gramas, na cor branca. <b>(Anexo 21)</b>	Unidade	30	500	
22.	Pasta Despesas, medindo 24 cm de largura x 32,5 cm de altura, 180 gramas, na cor bege. <b>(Anexo 22)</b>	Unidade	30	500	
23.	Bloco de abastecimento com 02 vias carbonada, sendo a 1ª via branca e a 2ª via amarela, bloco com 50 jogos, com numeração a partir do nº 1.051. Dimensões 14,5 cm x 11,5 cm. <b>(Anexo 23)</b>  <b>OBS 01:</b> deverá ser acrescentado no campo "Combustível" o item "Gasolina Aditivada",	Bloco	01	05	



	<p>bem como o item "Gasolina" deverá ser alterado para "Gasolina Comum"</p> <p><b>OBS 02:</b> Deverá ser acrescentado no cabeçalho o brasão do município, conforme modelo anexo.</p> <p><b>OBS 03:</b> Deverá constar na capa a sequência de numeração compreendida no bloco.</p>				
24.	Blocos com 50 jogos de Guias de Arrecadação em 03 vias carbonada, em 03(três) vias sendo a 1ª via branca, 2ª via rosa e a 3ª via amarela, medindo 21,5 cm de largura x 11,5 cm de altura. <b>(Anexo 24)</b>	Bloco	10	300	
<b>Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social</b>					
25.	Bloco para solicitação para esgotamento de poço negro, com 02 vias, 01 cor branca e outra amarela, bloco com 50 jogos, numerados a partir do 0001, tamanho 20x80 cm. <b>(Anexo 25)</b>	Bloco	05	15	
26.	Bloco para solicitação para 2ª via de documento, com 02 vias, 01 cor branca e outra amarela, bloco com 50 jogos, numerados a partir do 0001, tamanho 20 x 08 cm. <b>(Anexo 26)</b>	Bloco	05	15	
27.	Agenda personalizada com mola branca metalizada contendo 100 folhas brancas, 75g/m <sup>2</sup> , medindo 14 x 21 cm. <b>(Anexo 27)</b>	Unidade	50	300	
<b>Secretaria Municipal de Educação e Cultura</b>					
28.	Pasta "ficha funcional do servidor", confeccionada em papel couchê, plastificada, timbrada, gramatura mínima 300 gr/m <sup>2</sup> , cor branca, dimensões 24cm x 34cm. <b>(Anexo 29)</b>	Unidade	01	150	
29.	Etiqueta autoadesiva, impressão colorida, material polietileno, dimensões 8cm x 5cm. <b>(Anexo 30)</b>	Unidade	01	1.000	
30.	Certificado, confeccionado em papel couchê, gramatura mínima 300 gr/m, impressão colorida em folha A4, 210 x 297 mm, cor branca. <b>(Anexo 31)</b>	Unidade	01	1.000	
<b>Secretaria Municipal de Habitação Indústria e Comercio</b>					
31.	Envelope branco com timbre, grande, medindo 38 cm x 28,5 cm. <b>(Anexo 32)</b>	Unidade	50	200	
<b>Secretaria Municipal de Saúde</b>					
32.	Adesivo - CAPs, colorido, dimensões: 05cm x 03cm. <b>(Anexo 33)</b>	Unidade	500	2.000	
33.	Adesivo - Dia Mundial da Saúde Mental, colorido, dimensões: 8,5cm x 10cm. <b>(Anexo 34)</b>	Unidade	500	2.000	
34.	Adesivo - Setembro Amarelo, colorido, dimensões: 07cm x 07cm. <b>(Anexo 35)</b>	Unidade	500	2.000	
35.	Alvará Sanitário, dimensões: 19cm x 30cm, papel 180g. <b>(Anexo 36)</b>	Unidade	250	1.000	
36.	APAC - Laudo para Solicitação e Autorização de Atendimento Ambulatorial,	Unidade	1.500	6.000	



	colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 37)</b>				
37.	Auto de Infração, uma folha branca, outra folha verde e outra amarela, todas em papel carbonado, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 38)</b>	Unidade	250	1.000	
38.	Boletim Campo Laboratório, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 39)</b>	Unidade	500	2.000	
39.	Boletim de Produção Ambulatorial - BPA Consolidado, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 40)</b>	Unidade	500	1.000	
40.	Boletim de Reconhecimento - Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue - PCFAD, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 41)</b>	Unidade	500	2.000	
41.	Cadastro Domiciliar e Territorial, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 42)</b>	Unidade	5.000	20.000	
42.	Cadastro Individual, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 43)</b>	Unidade	5.000	20.000	
43.	Cartão da Mulher, frente e verso, papel 180g, dimensões: 10cm x 21,5cm. <b>(Anexo 44)</b>	Unidade	500	2.000	
44.	Cartão de Hipertensos e Diabéticos, frente e verso, papel 180g, dimensões: 20cm x 10cm. <b>(Anexo 45)</b>	Unidade	500	2.000	
45.	Cartão de Saúde Mental, frente e verso, colorido, papel 180g, dimensões: 20cm x 10cm. <b>(Anexo 46)</b>	Unidade	500	2.000	
46.	Cartão de Vacina, frente e verso, colorido, papel 180g, dimensões: 15cm x 10,5cm. <b>(Anexo 47)</b>	Unidade	1.500	6.000	
47.	Cartão do Dentista - Saúde Bucal, frente e verso, dimensões: 07cm x 07cm, papel 180g. <b>(Anexo 48)</b>	Unidade	1.000	4.000	
48.	Cartão Nacional do SUS, papel 250g, colorido, dimensões: 8,5cm x 5,4cm. <b>(Anexo 49)</b>	Unidade	2.500	10.000	
49.	Carteira de Gestante, frente e verso, papel 180g, dimensões: 22cm x 31cm. <b>(Anexo 50)</b>	Unidade	500	2.000	
50.	Check List - Ficha de Avaliação do Domicílio, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 51)</b>	Unidade	2.000	8.000	
51.	Check-list do Centro de Materiais e Esterilização, frente e verso, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 52)</b>	Unidade	500	2.000	
52.	Consentimento Informado do Paciente - Tele-ECG Digital, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 53)</b>	Unidade	500	2.000	
53.	Escala de Coelho, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 54)</b>	Unidade	1.500	6.000	
54.	Ficha de Cadastro - Sisvan, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 55)</b>	Unidade	1.000	4.000	
55.	Ficha de Acolhimento - CAPs, cada pagina	Unidade	1.000	4.000	



	em folha separada, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 56)</b>				
56.	Ficha de Anamnese - Academia da Saúde Popular, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 57)</b>	Unidade	500	2.000	
57.	Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA), com dimensões: 21cm x 15cm. <b>(Anexo 58)</b>	Unidade	100.000	400.000	
58.	Ficha de Atendimento Ambulatorial Continuado (FAA Continuado), com dimensões: 21cm x 15cm. <b>(Anexo 59)</b>	Unidade	50.000	200.000	
59.	Ficha de Atendimento Individual, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 60)</b>	Unidade	2.500	10.000	
60.	Ficha de Atendimento Odontológico Individual, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 61)</b>	Unidade	1.000	4.000	
61.	Ficha de Atividade Coletiva, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 62)</b>	Unidade	1.000	4.000	
62.	Ficha de Cadastramento da Gestante, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 63)</b>	Unidade	500	2.000	
63.	Ficha de Cirurgias, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 64)</b>	Unidade	1.000	4.000	
64.	Ficha de Controle da Doença de Chagas - Diário de Pesquisa e Borrifação, dimensões: 21cm x 17cm. <b>(Anexo 65)</b>	Unidade	500	2.000	
65.	Ficha de Encaminhamento para o Ambulatório de HAS e DM do HRSM, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 66)</b>	Unidade	1.000	4.000	
66.	Ficha de Gestante, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 67)</b>	Unidade	500	2.000	
67.	Ficha de Identificação de Artrópodos - FIA, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 68)</b>	Unidade	500	2.000	
68.	Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil - Identificação de Possível Óbito Materno - MIF, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 69)</b>	Unidade	500	2.000	
69.	Ficha de Investigação de Óbito Materno - Entrevista Domiciliar - M3, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 70)</b>	Unidade	500	2.000	
70.	Ficha de Investigação de Óbito Materno - Hospital - M2, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 71)</b>	Unidade	500	2.000	
71.	Ficha de Investigação de Óbito Materno - Serviço de Saúde Ambulatorial - M1, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 72)</b>	Unidade	500	2.000	
72.	Ficha de Investigação de Óbito Materno - Síntese - Conclusões e Recomendações - M5, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 73)</b>	Unidade	500	2.000	
73.	Ficha de Monitoramento Semanal - Dengue, colorido, dimensões: 21cm x 30cm.	Unidade	1.500	6.000	



	<b>(Anexo 74)</b>				
74.	Ficha de Notificação Acidentes por Animais Peçonhentos - Sinan, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 75)</b>	Unidade	500	2.000	
75.	Ficha de Notificação AIDS - Sinan, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 76)</b>	Unidade	500	2.000	
76.	Ficha de Procedimentos, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 77)</b>	Unidade	1.000	4.000	
77.	Ficha de Referência Contra Referência - Municipal, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 78)</b>	Unidade	2.500	10.000	
78.	Ficha de Referência e Contra Referência - HUSM, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 79)</b>	Unidade	2.500	10.000	
79.	Ficha de Vacinação, papel 180g, dimensões: 10,5cm x 15cm. <b>(Anexo 80)</b>	Unidade	2.500	10.000	
80.	Ficha de Visita - Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue, papel 180g, dimensões: 11cm x 16cm. <b>(Anexo 81)</b>	Unidade	1.000	4.000	
81.	Ficha de Visita - Programa Estadual de Vigilância e Controle do Aedes, colorido, papel 180g, dimensões: 9,5cm x 13cm. <b>(Anexo 82)</b>	Unidade	1.000	4.000	
82.	Ficha de Visita (controle da dengue), colorido, descrição: com o verso imantado, dimensões: 07cm x 08cm. <b>(Anexo 83)</b>	Unidade	1.500	6.000	
83.	Ficha de Visita Domiciliar e Territorial, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 84)</b>	Unidade	2.000	8.000	
84.	Ficha Hiperdia - Cadastro do Hipertenso e/ou Diabético, colorido dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 85)</b>	Unidade	1.000	4.000	
85.	Ficha Marcadores Alimentar - Sisvan, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 86)</b>	Unidade	500	2.000	
86.	Fichas de Monitoramento Semanal, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 87)</b>	Unidade	1.000	4.000	
87.	Folder - Dengue pode Matar, frente e verso, colorido, papel reciclado, dimensões: 21 cm x 30cm. <b>(Anexo 88)</b>	Unidade	1.500	6.000	
88.	Folder Dengue - Ainda dá Tempo de Combater o Mosquito, colorido, papel reciclado, dimensões: 15 cm x 21cm. <b>(Anexo 89)</b>	Unidade	1.500	6.000	
89.	Folder Vigilância Ambiental em Saúde, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 90)</b>	Unidade	1.000	4.000	
90.	FORMSUS - Armadilhas, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 91)</b>	Unidade	1.000	4.000	
91.	FORMSUS LIRAA-LIA, frente e verso, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 92)</b>	Unidade	1.000	4.000	
92.	Formulário de Cadastro - Sisvan, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm.	Unidade	1.000	4.000	



	<b>(Anexo 93)</b>				
93.	Formulário de Solicitação de Exame- Procedimento, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 94)</b>	Unidade	1.000	4.000	
94.	Formulário de Visitas aos Imóveis - AB, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 95)</b>	Unidade	1.000	4.000	
95.	Formulário de Visitas Diárias aos Imóveis - Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia Formulário de Visitas Diárias aos Imóveis, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 96)</b>	Unidade	1.500	6.000	
96.	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Cardiologia Adulto, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 97)</b>	Unidade	500	2.000	
97.	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Neurologia Adulto, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 98)</b>	Unidade	500	2.000	
98.	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Catarata Adulto, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 99)</b>	Unidade	500	2.000	
99.	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Córnea, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 100)</b>	Unidade	500	2.000	
100.	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Deslocamento de Retina, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 101)</b>	Unidade	500	2.000	
101.	GERCON - Solicitação para consulta especializada em Oftalmologia Geral Adulto, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 102)</b>	Unidade	500	2.000	
102.	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Glaucoma, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 103)</b>	Unidade	500	2.000	
103.	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Pediátrica, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 104)</b>	Unidade	500	2.000	
104.	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Retinopatia Diabética, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 105)</b>	Unidade	500	2.000	
105.	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 106)</b>	Unidade	1.000	4.000	
106.	Instrumento SAE, cada página em folha separada, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 107)</b>	Unidade	1.000	4.000	
107.	Laudo para Solicitação e Autorização de Atendimento Ambulatorial, dimensões: 21cm x 17cm. <b>(Anexo 108)</b>	Unidade	500	2.000	
108.	Laudo Testes Rápidos HIV-Sífilis-Hepatites,	Unidade	500	2.000	



	dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 109)</b>				
109.	Lista de Viagem, frente e verso, papel 180g, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 110)</b>	Unidade	750	3.000	
110.	Marcadores de Consumo - Sisvan, colorido, dimensões: 21 x 30cm. <b>(Anexo 111)</b>	Unidade	500	2.000	
111.	Pasta Cartolina, na cor amarelo, azul, branco, laranja, verde ou vermelho, papel 180g, dimensões: 24cm x 33cm. <b>(Anexo 112)</b>	Unidade	3.000	12.000	
112.	Programa Nacional de Controle da dengue - PNCD - Registro Diário do Serviço Antivetorial, frente e verso, colorido dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 113)</b>	Unidade	1.000	4.000	
113.	Programa Nacional de Controle da Dengue - PNCD - Vigilância Entomológica - Armadilhas, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 114)</b>	Unidade	1.000	4.000	
114.	Prontuário do Dentista - Saúde Bucal, frente e verso, papel 180g, dimensões: 21,5cm x 14cm. <b>(Anexo 115)</b>	Unidade	500	2.000	
115.	Prontuário Médico, frente e verso, papel 180g, dimensões: 20,5cm x 23,5cm. <b>(Anexo 116)</b>	Unidade	5.000	20.000	
116.	Protocolo de Atendimento TCC, frente e verso, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 117)</b>	Unidade	500	2.000	
117.	PTS - Plano Terapêutico Singular, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 118)</b>	Unidade	500	2.000	
118.	RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 119)</b>	Unidade	1.000	4.000	
119.	Receituário comum c/100 fls, dimensões: 14,5cm x 21cm. <b>(Anexo 120)</b>	Bloco	250	1.000	
120.	Receituário Controle Especial, bloco c/ 100 fls, dimensões: 14,5cm x 21cm. <b>(Anexo 121)</b>	Bloco	250	1.000	
121.	Receituário de Plantão c/100 fls Verde, dimensões: 14,5cm x 21cm. <b>(Anexo 12)</b>	Bloco	200	800	
122.	Relatório de Viagem, frente e verso, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 123)</b>	Unidade	1.500	6.000	
123.	Requisição de Exame Citopatológico, colorido, frente e verso, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 124)</b>	Unidade	1.000	4.000	
124.	Requisição de Mamografia, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 125)</b>	Unidade	1.000	4.000	
125.	Requisição de Exames, bloco c/100 fls, dimensões: 21cm x 14,5cm. <b>(Anexo 126)</b>	Bloco	250	1.000	
126.	Resumo do Boletim de Campo e Laboratório - LIRAA, colorido, dimensões: 14,5cm x 15cm. <b>(Anexo 127)</b>	Unidade	500	2.000	
127.	Resumo Semanal do Serviço Antivetorial - PE, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 128)</b>	Unidade	1.000	4.000	
128.	Serviço de Aconselhamento e Testagem, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 129)</b>	Unidade	500	2.000	
129.	SINAN Hanseníase, dimensões: 21cm x	Unidade	500	2.000	



	30cm. <b>(Anexo 130)</b>				
130.	SINAN Tuberculose, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 131)</b>	Unidade	500	2.000	
131.	Sistematização da Assistência de Enfermagem - CAPs, cada página em folha separada, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 132)</b>	Unidade	500	2.000	
132.	Talão de Memorando, uma folha branca e outra amarela, em papel carbonado, com 50 jogos, com numeração a partir de 0001, dimensões: 14,5cm x 21cm. <b>(Anexo 133)</b>	Unidade	25	100	
133.	Talão de Requerimento de Diária, com numeração a partir de 0001, uma folha branca e outra amarela, em papel carbonado, com 50 jogos, com dimensões: 20cm x 11,5cm. <b>(Anexo 134)</b>	Unidade	100	400	
134.	Teste Rápido para Detecção de Anticorpos para HIV, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 135)</b>	Unidade	500	2.000	
135.	Teste Rápido para Detecção de Anticorpos para Sífilis, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 136)</b>	Unidade	500	2.000	
136.	Folha Ponto de Operário, tamanho 33 cm X 24 cm - Anexo 24	Bloco	10	200	
137.	Bloco de passagens de Ônibus Urbano, tamanho 18 cm X 8 Cm, de 50 folhas, 02 vias , com numeração a partir do nbº 001, com destaque	Bloco	10	500	

Declaramos que estamos de acordo com os termos do edital e acatamos suas determinações, bem como, informamos que nos preços propostos estão inclusos todos os custos, como de fretes, carga e descarga, impostos, obrigações entre outros.

Localidade e data:

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Identificação do Representante Legal da Proponente



**ANEXO II**

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO AOS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO**

**PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 026/2019**

(Nome \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ empresa)  
\_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, Sediada \_\_\_\_\_, declara, sob as penas da lei, que cumpre plenamente os requisitos de habilitação estabelecidos no presente edital do Pregão Presencial para Registro de Preços nº 026/2019, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Localidade e data:

Assinatura  
Identificação do declarante



### ANEXO III

#### MODELO DE CARTA DE CREDENCIAMENTO

#### PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 026/2019

Empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, sediada na \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo(a) Sr(a) \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade (RG) \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) na \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, detentor de amplos poderes para nomeação de representante para que lhe faça às vezes para fins licitatório, confere-os à \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade (RG) \_\_\_\_\_, e inscrito(a) no CPF sob nº \_\_\_\_\_, com o fim específico de representar a outorgante perante a Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis, no Pregão Presencial para Registro de Preços nº 026/2019, podendo assim retirar editais, propor seu credenciamento e oferta em lances verbais em nome da representada e ainda assinar atas, contratos de fornecimento de materiais ou prestação de serviços, firmar compromissos, enfim, todos aqueles atos que se fizerem necessários para o bom e fiel cumprimento do presente mandato.

Localidade e data:

\_\_\_\_\_  
Outorgante (firma reconhecida)

\_\_\_\_\_  
Outorgado



#### ANEXO IV

**MODELO DE DECLARAÇÃO EM CUMPRIMENTO AO DISPOSTO NO INCISO V DO ARTIGO 27 e XVIII DO ART. 78 DA LEI Nº 8.666/93(DECLARAÇÃO DE PROTEÇÃO DO TRABALHO DO MENOR).**

#### **PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 026/2019**

#### **DECLARAÇÃO**

Empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a).....portador(a) da Carteira de Identidade nº.....e do CPF nº....., **DECLARA**, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: ( ) emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz .

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

Localidade e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura  
Identificação do Representante Legal da Proponente

(Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima)





## ANEXO V

### MODELO DE DECLARAÇÃO DE INIDONEIDADE

#### PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 026/2019

#### DECLARAÇÃO

Empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, estabelecida na Rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal, declara que sua empresa não foi considerada INIDÔNEA para licitar ou contratar com a Administração Pública, nos termos do inciso IV, do artigo 87 da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores, bem como em cumprimento ao que dispõe o parágrafo 2º do artigo 32 da referida lei. Declaro também, que comunicarei qualquer fato superveniente à entrega dos documentos de habilitação, de acordo com as exigências do Edital de Pregão Presencial para Registro de Preços nº 026/2019 da Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis - RS.

Localidade e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura  
Identificação do Representante Legal da Proponente



## ANEXO VI

### MODELO DE DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA (ME) OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE (EPP)

#### PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 026/2019

#### DECLARAÇÃO

A empresa (Razão Social da Licitante), CNPJ (número), sediada na Rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, (Bairro/Cidade), por intermédio de seu representante Contábil, DECLARA expressamente, sob as penalidades cabíveis, que:

a) Encontra-se enquadrada como (marcar no campo correspondente):

(  ) Microempresa, conforme inciso I do artigo 3º da Lei Complementar 123/2006 e suas alterações posteriores;

(  ) Empresa de Pequeno Porte, conforme inciso II do artigo 3º da Lei Complementar 123/2006 e suas alterações posteriores;

b) Não se encontra enquadrada em nenhum dos impedimentos previstos no § 4º do Artigo 3º LC 123/06;

c) Tem conhecimento dos Artigos 42 a 49 da Lei Complementar 123/2006 (alterada pela LC 147/2014), estando ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores impeditivas de tal habilitação, em cumprimento ao art. 32, §2º, da Lei nº 8.666/93.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente.

Localidade e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Identificação do Representante Legal da proponente

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Identificação do Representante Contábil da Proponente  
(Obrigatoriamente deve ser assinada pelo Contador)

**Obs:** Esta declaração deverá ser entregue ao Pregoeiro, no momento do credenciamento e deverá **estar fora dos envelopes** (Proposta de Preços e Documentos de Habilitação) exigidos nesta licitação.



## ANEXO VII

### PREGÃO PRESENCIAL REGISTRO DE PREÇOS Nº 026/2019

#### MODELO DE DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE FORNECIMENTO DOS PRODUTOS

NOME DA EMPRESA \_\_\_\_\_, CNPJ nº \_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_ portador da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, sediada \_\_\_\_\_ (Endereço Completo) \_\_\_\_\_, declara, sob as penas da lei, de possui condições de fornecer, durante o prazo de validade do Pregão Presencial para Registro de Preços nº 026/2019, produto(s) de igual(is) característica(s) ao(s) que se encontra(m) descrito(s) no Anexo I deste Edital, em quantidades compreendidas entre as informadas como mínimas e máximas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.



**ANEXO VIII**  
**MINUTA DA ATA DE PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 026/2019**

O Município de São Francisco de Assis-RS, neste ato representado por seu Prefeito, Sr. RUBEMAR PAULINHO SALBEGO, brasileiro, portador da carteira de identidade RG nº \_\_\_\_\_ inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado **MUNICÍPIO**, e a empresa \_\_\_\_\_, estabelecida na \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, CNPJ nº \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo Sr(a) \_\_\_\_\_, portador da carteira de identidade RG nº \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, doravante denominada **PROMITENTE FORNECEDORA**, O processo será regido pelas disposições legais e condições estabelecidas no presente Edital, pelas normas gerais da Lei n.º 10.520 de 17/07/2002, do Decreto Municipal nº 907/2018 de 14 de agosto de 2018, do Decreto Municipal nº 908/2018, de 14 de agosto de 2018, Lei complementar 123/2006 (alterada pela Lei Complementar nº 147/2014), com aplicação subsidiária da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações posteriores, demais normas legais aplicáveis e considerando o resultado da licitação modalidade **PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 026/2019**, conforme consta do processo administrativo próprio, firmam a presente Ata de Registro de Preços, obedecidas às disposições da Lei nº 8.666/93, suas alterações posteriores e as condições seguintes:

**CLÁUSULA I - DO OBJETO E DO VALOR**

1.1 - Através da presente ata ficam registrados os seguintes preços, referentes aos itens constantes no anexo I, para futuras aquisições pela Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis.

Item	Produtos	Unidade	Quant. Mín.	Quant. Máx.	Preço Unitário
<b>Diversas Secretarias</b>					
1.	Folha timbrada A4- Resma de 500 folhas. <b>(Anexo 01)</b>	Resma	38	155	
2.	Pasta de material Couchê plastificada, timbrada em material resistente e gramatura mínima 300 gramas, na cor branca ou azul, tamanho 34x24cm. <b>(Anexo 02)</b>	Unidade	31	700	
3.	Pasta de material Couchê plastificada, timbrada em material resistente e gramatura mínima 180 gramas, na cor branca, tamanho 48x33cm. <b>(Anexo 03)</b>	Unidade	560	1.150	
4.	Pasta de cartolina azul, para processo, medindo 33cm x 24cm. <b>(Anexo 04)</b>	Unidade	330	1.500	
5.	Envelope timbrado na cor branca, com a logomarca da Adm. Municipal, tamanho 24cm x 34cm. <b>(Anexo 05)</b>	Unidade	182	820	
6.	Envelope timbrado na cor Branca, medindo 11cm x 22 cm. <b>(Anexo 06)</b>	Unidade	260	540	
7.	Envelope timbrado na cor Branca, tamanho 25cm x 18cm. <b>(Anexo 07)</b>	Unidade	111	550	
8.	Envelope timbrado na cor Branca, tamanho 23 cm x 11,5 cm, conforme modelo em anexo.	Unidade	51	400	



	<b>(Anexo 08)</b>				
9.	Bloco de memorando timbrado em 02 vias carbonadas sendo a 1ª primeira via Branca e a 2ª via cor amarela, dimensões 14cm x 20cm, blocos com 50 jogos, a partir de 001. <b>(Anexo 09)</b>	Bloco	49	460	
10.	Bloco de memorando, tamanho 18cm x 14 cm, com 50 folhas, 02 vias, carbonada, com numeração a partir do nº 151, com destaque. <b>(Anexo 10)</b>	Bloco	03	10	
11.	Bloco de requerimento de diárias com 02 vias carbonadas, sendo a 1ª via branca e a 2ª via amarela, dimensões 11,5 cm x 20 cm, bloco de 50 jogos, com numeração a partir do 0001. <b>(Anexo 11)</b>	Bloco	163	563	
12.	Bloco de autorização timbrado, com 02 vias, sendo a 1ª via na cor branca e 2ª via na cor rosa, em papel carbonado, devendo constar "ADM 2017/2020", bloco de 50 jogos, numerados a partir do 0001, tamanho 14,5cm x 13cm, 02 vias com destaque. <b>(Anexo 12)</b>	Bloco	63	285	
13.	Bloco de abastecimento com 02 vias carbonada, sendo a 1ª via branca e a 2ª via rosa, bloco com 50 jogos, com numeração a partir do nº 0001. Dimensões 14,5 cm x 11,5 cm. <b>(Anexo 13)</b>  <b>OBS 01:</b> deverá ser acrescentado no campo "Combustível" o item "Gasolina Aditivada", bem como o item "Gasolina" deverá ser alterado para "Gasolina Comum" <b>OBS 02:</b> Deverá ser acrescentado no cabeçalho o brasão do município, conforme modelo anexo. <b>OBS 03:</b> Deverá constar na capa a sequência de numeração compreendida no bloco.	Bloco	163	810	
	<b>Secretaria Geral da Administração</b>				
14.	Cartões de anotação tamanho 15x10cm. <b>(Anexo 14)</b>	Unidade	40	100	
	<b>Setor Pessoal</b>				
15.	Ficha Funcional (tamanho 48 x 33 cm) conforme modelo anexo. <b>(Anexo 15)</b>	Unidade	100	300	
	<b>Almoxarifado</b>				
16.	Ficha de controle de estoque do almoxarifado, dimensões 21.5cm x 12cm. <b>(Anexo 16)</b>	Unidade	01	200	
17.	Talão para requisição do almoxarifado, sendo uma folha na cor branca e outra na cor rosa, em papel carbonado, numeração a partir do 0001, com 50 jogos nas dimensões de 21.5cm x 11cm. <b>(Anexo 17)</b>	Unidade	01	100	
	<b>Secretaria Municipal da Agricultura e Meio Ambiente</b>				



18.	Certificado de serviço de inspeção Municipal – SIM com 02 vias carbonadas (uma branca e uma azul), com destaque, com 100 folhas, numeração a partir do n.º 501. <b>(Anexo 18)</b>	Unidade	10	40	
19.	Pasta cartolina 48 cm x 33 cm, com logomarca da Administração. <b>(Anexo 19)</b>	Unidade	51	400	
<b>Secretaria Municipal da Fazenda</b>					
20.	Ficha aluguel carneira em papel cartão, medindo 22 cm de largura x 16 cm de altura, na cor branca. <b>(Anexo 20)</b>	Unidade	50	300	
21.	Pasta Receita medindo 22 cm de largura x 16 cm de altura, 180 gramas, na cor branca. <b>(Anexo 21)</b>	Unidade	30	500	
22.	Pasta Despesas, medindo 24 cm de largura x 32,5 cm de altura, 180 gramas, na cor bege. <b>(Anexo 22)</b>	Unidade	30	500	
23.	Bloco de abastecimento com 02 vias carbonada, sendo a 1ª via branca e a 2ª via amarela, bloco com 50 jogos, com numeração a partir do n.º 1.051. Dimensões 14,5 cm x 11,5 cm. <b>(Anexo 23)</b>  <b>OBS 01:</b> deverá ser acrescentado no campo “Combustível” o item “Gasolina Aditivada”, bem como o item “Gasolina” deverá ser alterado para “Gasolina Comum”  <b>OBS 02:</b> Deverá ser acrescentado no cabeçalho o brasão do município, conforme modelo anexo.  <b>OBS 03:</b> Deverá constar na capa a sequência de numeração compreendida no bloco.	Bloco	01	05	
24.	Blocos com 50 jogos de Guias de Arrecadação em 03 vias carbonada, em 03(três) vias sendo a 1ª via branca, 2ª via rosa e a 3ª via amarela, medindo 21,5 cm de largura x 11,5 cm de altura. <b>(Anexo 24)</b>	Bloco	10	300	
<b>Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social</b>					
25.	Bloco para solicitação para esgotamento de poço negro, com 02 vias, 01 cor branca e outra amarela, bloco com 50 jogos, numerados a partir do 0001, tamanho 20x80 cm. <b>(Anexo 25)</b>	Bloco	05	15	
26.	Bloco para solicitação para 2ª via de documento, com 02 vias, 01 cor branca e outra amarela, bloco com 50 jogos, numerados a partir do 0001, tamanho 20 x 08 cm. <b>(Anexo 26)</b>	Bloco	05	15	
27.	Agenda personalizada com mola branca metalizada contendo 100 folhas brancas,	Unidade	50	300	



	75g/m <sup>2</sup> , medindo 14 x 21 cm. <b>(Anexo 27)</b>				
<b>Secretaria Municipal de Educação e Cultura</b>					
28.	Pasta "ficha funcional do servidor", confeccionada em papel couchê, plastificada, timbrada, gramatura mínima 300 gr/m <sup>2</sup> , cor branca, dimensões 24cm x 34cm. <b>(Anexo 29)</b>	Unidade	01	150	
29.	Etiqueta autoadesiva, impressão colorida, material polietileno, dimensões 8cm x 5cm. <b>(Anexo 30)</b>	Unidade	01	1.000	
30.	Certificado, confeccionado em papel couchê, gramatura mínima 300 gr/m, impressão colorida em folha A4, 210 x 297 mm, cor branca. <b>(Anexo 31)</b>	Unidade	01	1.000	
<b>Secretaria Municipal de Habitação Indústria e Comercio</b>					
31.	Envelope branco com timbre, grande, medindo 38 cm x 28,5 cm. <b>(Anexo 32)</b>	Unidade	50	200	
<b>Secretaria Municipal de Saúde</b>					
32.	Adesivo - CAPs, colorido, dimensões: 05cm x 03cm. <b>(Anexo 33)</b>	Unidade	500	2.000	
33.	Adesivo - Dia Mundial da Saúde Mental, colorido, dimensões: 8,5cm x 10cm. <b>(Anexo 34)</b>	Unidade	500	2.000	
34.	Adesivo - Setembro Amarelo, colorido, dimensões: 07cm x 07cm. <b>(Anexo 35)</b>	Unidade	500	2.000	
35.	Alvará Sanitário, dimensões: 19cm x 30cm, papel 180g. <b>(Anexo 36)</b>	Unidade	250	1.000	
36.	APAC - Laudo para Solicitação e Autorização de Atendimento Ambulatorial, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 37)</b>	Unidade	1.500	6.000	
37.	Auto de Infração, uma folha branca, outra folha verde e outra amarela, todas em papel carbonado, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 38)</b>	Unidade	250	1.000	
38.	Boletim Campo Laboratório, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 39)</b>	Unidade	500	2.000	
39.	Boletim de Produção Ambulatorial - BPA Consolidado, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 40)</b>	Unidade	500	1.000	
40.	Boletim de Reconhecimento - Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue - PCFAD, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 41)</b>	Unidade	500	2.000	
41.	Cadastro Domiciliar e Territorial, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 42)</b>	Unidade	5.000	20.000	
42.	Cadastro Individual, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 43)</b>	Unidade	5.000	20.000	
43.	Cartão da Mulher, frente e verso, papel 180g, dimensões: 10cm x 21,5cm. <b>(Anexo 44)</b>	Unidade	500	2.000	
44.	Cartão de Hipertensos e Diabéticos, frente e verso, papel 180g, dimensões: 20cm x 10cm. <b>(Anexo 45)</b>	Unidade	500	2.000	



45.	Cartão de Saúde Mental, frente e verso, colorido, papel 180g, dimensões: 20cm x 10cm. <b>(Anexo 46)</b>	Unidade	500	2.000	
46.	Cartão de Vacina, frente e verso, colorido, papel 180g, dimensões: 15cm x 10,5cm. <b>(Anexo 47)</b>	Unidade	1.500	6.000	
47.	Cartão do Dentista - Saúde Bucal, frente e verso, dimensões: 07cm x 07cm, papel 180g. <b>(Anexo 48)</b>	Unidade	1.000	4.000	
48.	Cartão Nacional do SUS, papel 250g, colorido, dimensões: 8,5cm x 5,4cm. <b>(Anexo 49)</b>	Unidade	2.500	10.000	
49.	Carteira de Gestante, frente e verso, papel 180g, dimensões: 22cm x 31cm. <b>(Anexo 50)</b>	Unidade	500	2.000	
50.	Check List - Ficha de Avaliação do Domicílio, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 51)</b>	Unidade	2.000	8.000	
51.	Check-list do Centro de Materiais e Esterilização, frente e verso, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 52)</b>	Unidade	500	2.000	
52.	Consentimento Informado do Paciente - Tele-ECG Digital, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 53)</b>	Unidade	500	2.000	
53.	Escala de Coelho, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 54)</b>	Unidade	1.500	6.000	
54.	Ficha de Cadastro - Sisvan, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 55)</b>	Unidade	1.000	4.000	
55.	Ficha de Acolhimento - CAPs, cada pagina em folha separada, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 56)</b>	Unidade	1.000	4.000	
56.	Ficha de Anamnese - Academia da Saúde Popular, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 57)</b>	Unidade	500	2.000	
57.	Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA), com dimensões: 21cm x 15cm. <b>(Anexo 58)</b>	Unidade	100.000	400.000	
58.	Ficha de Atendimento Ambulatorial Continuado (FAA Continuado), com dimensões: 21cm x 15cm. <b>(Anexo 59)</b>	Unidade	50.000	200.000	
59.	Ficha de Atendimento Individual, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 60)</b>	Unidade	2.500	10.000	
60.	Ficha de Atendimento Odontológico Individual, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 61)</b>	Unidade	1.000	4.000	
61.	Ficha de Atividade Coletiva, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 62)</b>	Unidade	1.000	4.000	
62.	Ficha de Cadastramento da Gestante, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 63)</b>	Unidade	500	2.000	
63.	Ficha de Cirurgias, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 64)</b>	Unidade	1.000	4.000	
64.	Ficha de Controle da Doença de Chagas - Diário de Pesquisa e Borrifação, dimensões: 21cm x 17cm. <b>(Anexo 65)</b>	Unidade	500	2.000	
65.	Ficha de Encaminhamento para o Ambulatório	Unidade	1.000	4.000	



	de HAS e DM do HRSM, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 66)</b>				
66.	Ficha de Gestante, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 67)</b>	Unidade	500	2.000	
67.	Ficha de Identificação de Artrópodos – FIA, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 68)</b>	Unidade	500	2.000	
68.	Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil – Identificação de Possível Óbito Materno – MIF, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 69)</b>	Unidade	500	2.000	
69.	Ficha de Investigação de Óbito Materno – Entrevista Domiciliar – M3, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 70)</b>	Unidade	500	2.000	
70.	Ficha de Investigação de Óbito Materno – Hospital – M2, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 71)</b>	Unidade	500	2.000	
71.	Ficha de Investigação de Óbito Materno – Serviço de Saúde Ambulatorial – M1, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 72)</b>	Unidade	500	2.000	
72.	Ficha de Investigação de Óbito Materno – Síntese – Conclusões e Recomendações – M5, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 73)</b>	Unidade	500	2.000	
73.	Ficha de Monitoramento Semanal – Dengue, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 74)</b>	Unidade	1.500	6.000	
74.	Ficha de Notificação Acidentes por Animais Peçonhentos – Sinan, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 75)</b>	Unidade	500	2.000	
75.	Ficha de Notificação AIDS – Sinan, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 76)</b>	Unidade	500	2.000	
76.	Ficha de Procedimentos, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 77)</b>	Unidade	1.000	4.000	
77.	Ficha de Referência Contra Referência - Municipal, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 78)</b>	Unidade	2.500	10.000	
78.	Ficha de Referência e Contra Referência - HUSM, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 79)</b>	Unidade	2.500	10.000	
79.	Ficha de Vacinação, papel 180g, dimensões: 10,5cm x 15cm. <b>(Anexo 80)</b>	Unidade	2.500	10.000	
80.	Ficha de Visita - Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue, papel 180g, dimensões: 11cm x 16cm. <b>(Anexo 81)</b>	Unidade	1.000	4.000	
81.	Ficha de Visita – Programa Estadual de Vigilância e Controle do Aedes, colorido, papel 180g, dimensões: 9,5cm x 13cm. <b>(Anexo 82)</b>	Unidade	1.000	4.000	
82.	Ficha de Visita (controle da dengue), colorido, descrição: com o verso imantado, dimensões: 07cm x 08cm. <b>(Anexo 83)</b>	Unidade	1.500	6.000	



83.	Ficha de Visita Domiciliar e Territorial, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 84)</b>	Unidade	2.000	8.000	
84.	Ficha Hiperdia - Cadastro do Hipertenso e/ou Diabético, colorido dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 85)</b>	Unidade	1.000	4.000	
85.	Ficha Marcadores Alimentar - Sisvan, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 86)</b>	Unidade	500	2.000	
86.	Fichas de Monitoramento Semanal, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 87)</b>	Unidade	1.000	4.000	
87.	Folder - Dengue pode Matar, frente e verso, colorido, papel reciclado, dimensões: 21 cm x 30cm. <b>(Anexo 88)</b>	Unidade	1.500	6.000	
88.	Folder Dengue - Ainda dá Tempo de Combater o Mosquito, colorido, papel reciclado, dimensões: 15 cm x 21cm. <b>(Anexo 89)</b>	Unidade	1.500	6.000	
89.	Folder Vigilância Ambiental em Saúde, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 90)</b>	Unidade	1.000	4.000	
90.	FORMSUS - Armadilhas, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 91)</b>	Unidade	1.000	4.000	
91.	FORMSUS LIRAA-LIA, frente e verso, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 92)</b>	Unidade	1.000	4.000	
92.	Formulário de Cadastro - Sisvan, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 93)</b>	Unidade	1.000	4.000	
93.	Formulário de Solicitação de Exame- Procedimento, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 94)</b>	Unidade	1.000	4.000	
94.	Formulário de Visitas aos Imóveis - AB, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 95)</b>	Unidade	1.000	4.000	
95.	Formulário de Visitas Diárias aos Imóveis - Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia Formulário de Visitas Diárias aos Imóveis, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 96)</b>	Unidade	1.500	6.000	
96.	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Cardiologia Adulto, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 97)</b>	Unidade	500	2.000	
97.	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Neurologia Adulto, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 98)</b>	Unidade	500	2.000	
98.	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Catarata Adulto, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 99)</b>	Unidade	500	2.000	
99.	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Córnea, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 100)</b>	Unidade	500	2.000	
100.	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Deslocamento de Retina, colorido, dimensões: 21cm x 30cm.	Unidade	500	2.000	



	<b>(Anexo 101)</b>				
101.	GERCON – Solicitação para consulta especializada em Oftalmologia Geral Adulto, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 102)</b>	Unidade	500	2.000	
102.	GERCON – Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Glaucoma, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 103)</b>	Unidade	500	2.000	
103.	GERCON – Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Pediátrica, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 104)</b>	Unidade	500	2.000	
104.	GERCON – Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Retinopatia Diabética, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 105)</b>	Unidade	500	2.000	
105.	GERCON – Solicitação para Consulta Especializada, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 106)</b>	Unidade	1.000	4.000	
106.	Instrumento SAE, cada página em folha separada, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 107)</b>	Unidade	1.000	4.000	
107.	Laudo para Solicitação e Autorização de Atendimento Ambulatorial, dimensões: 21cm x 17cm. <b>(Anexo 108)</b>	Unidade	500	2.000	
108.	Laudo Testes Rápidos HIV-Sífilis-Hepatites, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 109)</b>	Unidade	500	2.000	
109.	Lista de Viagem, frente e verso, papel 180g, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 110)</b>	Unidade	750	3.000	
110.	Marcadores de Consumo – Sisvan, colorido, dimensões: 21 x 30cm. <b>(Anexo 111)</b>	Unidade	500	2.000	
111.	Pasta Cartolina, na cor amarelo, azul, branco, laranja, verde ou vermelho, papel 180g, dimensões: 24cm x 33cm. <b>(Anexo 112)</b>	Unidade	3.000	12.000	
112.	Programa Nacional de Controle da dengue - PNCD - Registro Diário do Serviço Antiveterial, frente e verso, colorido dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 113)</b>	Unidade	1.000	4.000	
113.	Programa Nacional de Controle da Dengue - PNCD - Vigilância Entomológica - Armadilhas, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 114)</b>	Unidade	1.000	4.000	
114.	Prontuário do Dentista - Saúde Bucal, frente e verso, papel 180g, dimensões: 21,5cm x 14cm. <b>(Anexo 115)</b>	Unidade	500	2.000	
115.	Prontuário Médico, frente e verso, papel 180g, dimensões: 20,5cm x 23,5cm. <b>(Anexo 116)</b>	Unidade	5.000	20.000	
116.	Protocolo de Atendimento TCC, frente e verso, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 117)</b>	Unidade	500	2.000	
117.	PTS - Plano Terapêutico Singular, dimensões:	Unidade	500	2.000	



	21cm x 30cm. <b>(Anexo 118)</b>				
118.	RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 119)</b>	Unidade	1.000	4.000	
119.	Receituário comum c/100 fls, dimensões: 14,5cm x 21cm. <b>(Anexo 120)</b>	Bloco	250	1.000	
120.	Receituário Controle Especial, bloco c/ 100 fls, dimensões: 14,5cm x 21cm. <b>(Anexo 121)</b>	Bloco	250	1.000	
121.	Receituário de Plantão c/100 fls Verde, dimensões: 14,5cm x 21cm. <b>(Anexo 12)</b>	Bloco	200	800	
122.	Relatório de Viagem, frente e verso, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 123)</b>	Unidade	1.500	6.000	
123.	Requisição de Exame Citopatológico, colorido, frente e verso, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 124)</b>	Unidade	1.000	4.000	
124.	Requisição de Mamografia, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 125)</b>	Unidade	1.000	4.000	
125.	Requisição de Exames, bloco c/100 fls, dimensões: 21cm x 14,5cm. <b>(Anexo 126)</b>	Bloco	250	1.000	
126.	Resumo do Boletim de Campo e Laboratório - LIRAA, colorido, dimensões: 14,5cm x 15cm. <b>(Anexo 127)</b>	Unidade	500	2.000	
127.	Resumo Semanal do Serviço Antivetorial - PE, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 128)</b>	Unidade	1.000	4.000	
128.	Serviço de Aconselhamento e Testagem, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 129)</b>	Unidade	500	2.000	
129.	SINAN Hanseníase, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 130)</b>	Unidade	500	2.000	
130.	SINAN Tuberculose, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 131)</b>	Unidade	500	2.000	
131.	Sistematização da Assistência de Enfermagem - CAPs, cada página em folha separada, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 132)</b>	Unidade	500	2.000	
132.	Talão de Memorando, uma folha branca e outra amarela, em papel carbonado, com 50 jogos, com numeração a partir de 0001, dimensões: 14,5cm x 21cm. <b>(Anexo 133)</b>	Unidade	25	100	
133.	Talão de Requerimento de Diária, com numeração a partir de 0001, uma folha branca e outra amarela, em papel carbonado, com 50 jogos, com dimensões: 20cm x 11,5cm. <b>(Anexo 134)</b>	Unidade	100	400	
134.	Teste Rápido para Detecção de Anticorpos para HIV, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 135)</b>	Unidade	500	2.000	
135.	Teste Rápido para Detecção de Anticorpos para Sífilis, dimensões: 21cm x 30cm. <b>(Anexo 136)</b>	Unidade	500	2.000	
136.	Folha Ponto de Operário, tamanho 33 cm X 24 cm - Anexo 24	Bloco	10	200	



137.	Bloco de passagens de Ônibus Urbano, tamanho 18 cm X 8 Cm, de 50 folhas, 02 vias, com numeração a partir do nbº 001, com destaque	Bloco	10	500	
------	---	-------	----	-----	--

1.2 – As quantidades constantes nesta Ata de Registro de Preços poderão não ser adquiridas pelo Município. Quando adquiridas, serão fornecidas pela empresa acima identificada, mediante emissão e recebimento pela **PROMITENTE FORNECEDORA** da NOTA DE EMPENHO (válida como ordem de fornecimento), de acordo com o disposto na presente Ata e no edital que a originou, podendo o fornecimento ser parcial ou total, de acordo com as necessidades do Município, respeitadas as quantidades máximas de carga para transporte terrestre ou pluvial, do objeto acima descrito.

### CLÁUSULA II - DA VALIDADE DO REGISTRO DE PREÇOS

2.1 – A presente Ata de Registro de Preços terá validade de 12(doze) meses, contado a partir da data da assinatura.

2.2 – Nos termos do art. 15, §4º da Lei Federal nº 8.666/93, alterada pela Lei Federal nº 8.883/94, durante o prazo de validade desta Ata de Registro de Preços, o Município de São Francisco de Assis não será obrigado à aquisição, exclusivamente por seu intermédio, dos materiais referidos na Cláusula I, podendo utilizar, para tanto, outros meios, desde que permitidos em lei, sem que, desse fato, caiba recurso ou indenização de qualquer espécie à empresa detentora.

2.3 – Em cada aquisição decorrente desta Ata, serão observadas, quanto ao preço, as cláusulas e condições constantes do Edital do Pregão Presencial para Registro de Preços nº 026/2019, que a precedeu e integra o presente instrumento de compromisso, independente de transcrição, por ser de pleno conhecimento das partes.

### CLÁUSULA III - DAS CONDIÇÕES E FORMAS DE PAGAMENTO

3.1 - O pagamento será efetuado em até (15) quinze dias após o mês subsequente ao mês da compra, entrega e conferência das quantidades solicitadas pelo Município;

3.2. O fornecedor apresentará a nota fiscal-e referente ao material solicitado, ao serviço financeiro do Município.

3.3. Para pagamento, a empresa deverá apresentar ao Departamento de Contabilidade da Secretaria Municipal de Fazenda, localizada na Rua 13 de Janeiro nº 570, a nota fiscal-e e/ou fatura do(s) produto(s) entregue(s) de acordo com o respectivo empenho, devendo ser emitida em nome do Município de São Francisco de Assis e conter o número do empenho correspondente

3.4. Além da nota fiscal-e e/ou fatura do(s) produto(s) entregue(s), a(s) empresa(s) deverá (ão) apresentar e manter atualizados (**durante a validade do registro**) os seguintes documentos:

3.4.1. Prova de regularidade para com a Fazenda Federal (Certidão Negativa de Débito de Tributos e Contribuições Federais expedida pela Secretaria da Receita Federal e Certidão Negativa de Débitos quanto à dívida ativa da União, expedida pela Procuradoria Geral), comprovando também a ausência de débitos previdenciários, dentro do seu período de validade; (O contribuinte que possuir a Certidão Específica Previdenciária e a Certidão Conjunta PGFN/RFB, dentro da sua validade nelas indicados, poderá apresentá-las conjuntamente. Entretanto, se possuir apenas uma das certidões ainda no prazo de validade, terá que emitir a certidão que entrou em vigência em 03 de novembro de 2014 e abrange todos os créditos tributários federais administrados pela RFB e PGFN); dentro de seu período de validade;

3.4.2. Prova de regularidade com o FGTS (CRF – Certificado de Regularidade de Situação, expedido pela Caixa Econômica Federal), dentro da sua validade;

3.4.3. Prova de regularidade com a Fazenda Municipal, relativa à sede ou domicílio do proponente, dentro da sua validade;



3.4.4. Prova de Inexistência de Débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante apresentação da CNDT, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, dentro da sua validade.

**3.5 – O CNPJ da Detentora da Ata constante na nota fiscal e na fatura deverá ser o mesmo da documentação apresentada no procedimento licitatório.**

3.6 – Nenhum pagamento será efetuado a Detentora da Ata enquanto pendente de liquidação de quaisquer obrigações financeiras que lhe foram impostas, em virtude de penalidades ou inadimplência, sem que isso gere direito ao pleito de reajustamento de preços ou correção monetária.

#### **CLÁUSULA IV – DA ENTREGA E DO PRAZO**

4.1 - O prazo de entrega será no máximo (10) feez dias úteis a partir do recebimento da Nota de Empenho e confirmação de pedido.

4.2 – A empresa fornecedora deverá constar na Nota Fiscal a data e hora em que a entrega dos produtos foi feita, além da identificação de quem procedeu ao recebimento dos produtos.

4.3 – A entrega será feita **no almoxarifado da Prefeitura Municipal de segundas a sextas – feiras no horário das 8.00 hs às 11.30 hs e das 13.30 hs às 16.30 hs, sito a Rua João Moreira nº 1707**, sempre na quantidade solicitada pelo Município, mediante apresentação da Autorização de Fornecimento da respectiva Secretaria, a quem caberá conferi-lo e lavrar Termo de Recebimento Provisório, para efeito de posterior verificação da conformidade do mesmo com as exigências do edital, sem ônus de frete e descarga para a Administração Municipal.

4.4 - Toda e qualquer entrega de materiais fora do estabelecido neste edital será imediatamente notificada à licitante vencedora que ficará obrigada a substituí-los, o que fará prontamente, ficando entendido que correrão por sua conta e risco tais substituições, sendo aplicadas também, as sanções previstas neste edital.

4.5 – Caso o objeto não esteja de acordo com as especificações exigidas, qualquer uma das Diversas Secretarias da Administração Municipal não o aceitará e lavrará termo circunstanciado do fato, que deverá ser encaminhado à autoridade superior, sob pena de responsabilidade.

4.6 – Na hipótese da não aceitação do objeto, o mesmo deverá ser retirado pelo fornecedor no prazo de 5 (cinco) dias contados da notificação da não aceitação, para reposição no prazo máximo de 10 (dez) dias.

4.7 – A Secretaria terá o prazo máximo de 05 (cinco) dias para processar a conferência do que foi entregue, lavrando o termo de recebimento definitivo ou notificando a DETENTORA DA ATA para substituição do objeto entregue em desacordo com as especificações.

4.8 – O recebimento provisório ou definitivo não exclui a responsabilidade da DETENTORA DA ATA pela perfeita execução do Empenho, ficando a mesma obrigada a substituir, no todo ou em parte, o objeto do Empenho, se a qualquer tempo se verificarem vícios, defeitos ou incorreções.

#### **CLÁUSULA V – DAS OBRIGAÇÕES**

##### **5.1 – Do Município**

5.1.1 – Atestar o efetivo recebimento definitivo do objeto licitado;

5.1.2 – Aplica a PROMINENTE FORNECEDORA penalidades, quando for o caso;



5.1.3 – Prestar toda e qualquer informação à licitante vencedora, por esta solicitada, necessária a perfeita execução do Contrato;

5.1.4 – Efetuar o pagamento à contratada no prazo avençado, após a entrega da Nota Fiscal no Departamento de Contabilidade;

5.1.5 – Notificar, por escrito à Contratada da aplicação de qualquer sanção;

## **5.2 – Da Promitente Fornecedora**

5.2.1 – Fornecer o objeto desta licitação nas especificações contidas neste edital;

5.2.2 - Serão de inteira responsabilidade da empresa, os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais ou quaisquer outros decorrentes da execução deste contrato, isentando o Município de qualquer responsabilidade no tocante a vínculo empregatício ou obrigações previdenciárias, no caso de reclamações trabalhistas, ações de responsabilidade civil e penal, decorrentes dos serviços e de qualquer tipo de demanda.

5.2.3 – A empresa assume o compromisso formal de executar todas as tarefas, objeto da presente ata, com perfeição e acuidade.

5.2.4 - Deverá a empresa manter atualizados os pagamentos decorrentes da contratação (quando ocorrer), como salário de empregados e quaisquer outros, ficando a cargo da mesma a responsabilidade por quaisquer acidentes que possam vir a ser vítimas seus empregados, quando em serviço e por tudo quanto às leis trabalhistas e previdenciárias lhe asseguram.

5.2.5 – A empresa será responsável por quaisquer danos materiais e/ou pessoais causados ao Município, ou a terceiros, provocados por seus empregados, ainda que por omissão involuntária, devendo ser adotadas, dentro de 48 horas, as providências necessárias para o ressarcimento.

5.2.6 - Deverão ser prestados pela empresa, todos os esclarecimentos que forem solicitados pelo Município, e cujas reclamações se obriga a atender prontamente.

5.2.7 – Manter, durante a execução do contrato, as mesmas condições de habilitação.

5.2.8 – Ressalva de que, no prazo de validade, a administração poderá não contratar;

## **CLÁUSULA VI – DAS CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO E RECEBIMENTO**

6.1 – O contrato de aquisição decorrente da presente Ata de Registro de Preços serão formalizados pela emissão e retirados da Nota de Empenho pela detentora.

6.2 – A detentora da presente Ata de Registro de Preços será obrigada a atender todos os pedidos efetuados durante a vigência desta Ata, mesmo que a entrega deles decorrentes estiver prevista para data posterior à do seu vencimento.

6.3 – Toda aquisição deverá ser efetuada mediante solicitação da unidade requisitante, a qual deverá ser feita através de Nota de Empenho.

6.4 - Toda e qualquer entrega de material fora do estabelecido neste edital, será imediatamente notificada à(s) licitante(s) vencedora(s) que ficará(ão) obrigada(s) a substituir os materiais, o que fará(ão) prontamente, ficando entendido que correrão por sua conta e risco tais substituições, sendo aplicadas também às sanções cabíveis.



6.5 - O objeto desta licitação será recebido e fiscalizado pelas respectivas Unidades Contratantes, consoante o disposto no artigo 73, inciso II, alínea "a", da Lei Federal nº. 8.666/93, com as alterações introduzidas pela Lei Federal nº. 8.883/94 e seguintes e demais normas pertinentes.

#### **CLÁUSULA VII – DAS PENALIDADES**

7.1 - Pelo inadimplemento das obrigações, seja na condição de participante do pregão ou de contratante, as licitantes, conforme a infração, estarão sujeitas às seguintes penalidades, Advertência por escrito:

7.1.1- Deixar de apresentar a documentação exigida no certame: suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 02(dois) anos e multa de 10% sobre o valor estimado da contratação;

7.1.2 - Deixar de manter a proposta (recusa injustificada para contratar): suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 05(cinco) anos e multa de 10% sobre o valor estimado da contratação;

7.1.3 - Executar o contrato com irregularidades, passíveis de correção durante a execução e sem prejuízo ao resultado: advertência;

7.1.4 - Executar o contrato com atraso injustificado, até o limite de 10 (dez) dias, após os quais será considerado como inexecução contratual: multa diária de 0,5% sobre o valor atualizado do contrato;

7.1.5 - Inexecução parcial do contrato: suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 03(três) anos e multa de 8% sobre o valor correspondente ao montante não adimplido do contrato; Se não for cumprido o prazo de entrega total de 05(cinco) dias será imputada multa correspondente, bem como as demais penalidades;

7.1.6 - Inexecução total do contrato: suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 05(cinco) anos e multa de 10% sobre o valor atualizado do contrato;

7.1.7 - Causar prejuízo material resultante diretamente de execução contratual: declaração de inidoneidade cumulada com a suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração Pública pelo prazo de 05(cinco) anos e multa de 10 % sobre o valor atualizado do contrato.

7.1.8 - As penalidades serão registradas no cadastro da contratada, quando for o caso.

#### **CLÁUSULA VIII – DO REAJUSTAMENTO DE PREÇOS**

8.1 – Considerando o prazo de validade estabelecido no item 2.1 da Cláusula II, da presente Ata, e, em atendimento ao §1º do art. 28 da Lei Federal nº 9.069/95, ao art. 3º §1º, da Medida Provisória nº 1.488-16/96 e demais legislações pertinentes, é vedado qualquer reajustamento de preços, até que seja completado o período de 12 (doze) meses contados a partir da data de recebimento das propostas indicadas no preâmbulo do Edital do Pregão Presencial para Registro de Preços nº 026/2019, o qual integra a presente Ata de Registro de Preços, observadas as disposições constante do Decreto Municipal 907/2018.

8.2 – Fica ressalvada a possibilidade de alteração das condições para a concessão de reajustes em face da superveniência de normas federais aplicáveis à espécie ou de alteração dos preços, comprovadamente, praticadas no mercado, com a finalidade de manter o equilíbrio econômico e financeiro da avença.

8.3 - A Administração Municipal poderá, na vigência do registro, solicitar a redução dos preços registrados, garantida a prévia defesa da Detentora da Ata, e de conformidade com os parâmetros de pesquisa de mercado realizada ou quando as



alterações conjunturais provocarem a redução dos preços praticados no mercado nacional, sendo que o novo preço fixado será válido a partir da assinatura da Ata pelas partes interessadas.

8.4 – O preço, quando atualizado, não poderá ser superior ao praticado no mercado.

#### **CLÁUSULA IX – DO CANCELAMENTO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS**

9.1 – A presente Ata de Registro de Preços poderá ser cancelada, de pleno direito pela Administração, quando:

9.1.1 – A detentora não cumprir as obrigações constantes da Ata;

9.1.2 – A detentora não retirar qualquer Nota de Empenho, no prazo estabelecido e a Administração não aceitar sua justificativa;

9.1.3 – A detentora der causa a rescisão administrativa de contrato decorrente de registro de preços, a critério da Administração; observada a legislação em vigor;

9.1.4 – Em qualquer das hipóteses de inexecução total ou parcial de contrato decorrente de registro de preços, se assim for decidido pela Administração, com observância das disposições legais;

9.1.5 – Os preços registrados se apresentarem superiores aos praticados no mercado e a detentora não acatar a revisão dos mesmos;

9.1.6 – Por razões de interesse público devidamente demonstradas e justificadas pela Administração.

9.2 – A comunicação do cancelamento do preço registrado, nos casos previstos neste item, será feita por correspondência com aviso de recebimento, juntando-se o comprovante ao processo administrativo da presente Ata de Registro de Preços. No caso de ser ignorado, incerto ou inacessível o endereço da detentora, a comunicação será feita por publicação no órgão Oficial do Município, por 02 (duas) vezes consecutivas, considerando-se cancelado o preço registrado a partir da última publicação.

9.3 – Pela detentora, quando, mediante solicitação por escrito, comprovar estar impossibilitada de cumprir as exigências desta Ata de Registro de Preços, ou, a juízo da Administração, quando comprovada a ocorrência de qualquer das hipóteses previstas no art. 78, incisos XIII a XVI, da Lei Federal nº 8.666/93, alterada pela Lei Federal nº 8.883/94.

9.3.1 – A solicitação da detentora para cancelamento dos preços registrados deverá ser formulada com antecedência de 30 (trinta) dias, facultada à Administração a aplicação das penalidades previstas na Cláusula VII, caso não aceitas as razões do pedido.

#### **CLÁUSULA X – DAS UNIDADES REQUISITANTES**

10.1 – O objeto desta Ata de Registro de Preços poderá ser requisitado pelos seguintes órgãos desta Administração: Todas as Secretarias da Administração poderão se valer do Registro de Preços.

#### **CLAUSULA XI – DAS COMUNICAÇÕES**

11.1 – As comunicações entre as partes, relacionadas com o acompanhamento e controle da presente Ata, serão feitas sempre por escrito.



#### CLÁUSULA XII - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS:

12.1 – Os recursos orçamentários para cobrir as futuras despesas decorrentes desta Ata de Registro de Preços, serão alocados quando da emissão das Notas de Empenho.

#### CLAUSULA XIII - DA MODALIDADE DE LICITAÇÃO:

13.1 – A presente Ata de Registro de Preços reger-se-á conforme o Edital da licitação modalidade Pregão Presencial para Registro de Preços nº 026/2019, menor preço por item.

#### CLÁUSULA XIV – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

14.1 – Integram esta Ata, o edital do Pregão Presencial para Registro de Preços nº 026/2019 e proposta da empresa \_\_\_\_\_, classificada em 1º lugar nos itens nºs -----no certame supra numerado.

14.2 – Os casos omissos serão resolvidos de acordo pelas disposições legais e condições estabelecidas no presente Edital, que se regerá pelas normas gerais pelas disposições legais e condições estabelecidas no presente Edital, pelas normas gerais da Lei n.º 10.520 de 17/07/2002, do Decreto Municipal nº 907/2018 de 14 de agosto de 2018, do Decreto Municipal nº 908/2018, de 14 de agosto de 2018, Lei complementar 123/2006 (alterada pela Lei Complementar nº 147/2014), com aplicação subsidiária da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações posteriores, demais normas legais aplicáveis e considerando o resultado da licitação modalidade **PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS N° 026/2019**, conforme consta do processo administrativo próprio, firmam a presente Ata de Registro de Preços, obedecidas às disposições da Lei nº 8.666/93, suas alterações posteriores e as condições seguintes

#### CLÁUSULA XV – DO FORO

15.1 – As parte elegem o foro da Comarca de São Francisco de Assis-RS, como único competente para dirimir quaisquer ações oriundas desta Ata.

E, por haverem assim pactuado, assinam, este instrumento em duas vias de igual teor e forma.

São Francisco de Assis, ----- de ----- de 2019.

Prefeito Municipal  
Contratante

Empresa:-----  
CNPJ nº -----  
Empresa Detentora da Ata

Visto: Dr. -----  
----- Jurídico do Município.  
OAB/RS nº -----



ANEXO IX

TERMO DE REFERENCIA

Item	Produtos	Unidade	Quant.Mín.	Quant.Máx.	Preço Unitário
	Diversas Secretarias				
1.	Folha timbrada A4- Resma de 500 folhas. (Anexo 01)	Resma	38	155	R\$ 180,00
2.	Pasta de material Couchê plastificada, timbrada em material resistente e gramatura mínima 300 gramas, na cor branca ou azul, tamanho 34x24cm. (Anexo 02)	Unidade	31	700	R\$ 4,60
3.	Pasta de material Couchê plastificada, timbrada em material resistente e gramatura mínima 180 gramas, na cor branca, tamanho 48x33cm. (Anexo 03)	Unidade	560	1.150	R\$ 4,05
4.	Pasta de cartolina azul, para processo, medindo 33cm x 24cm. (Anexo 04)	Unidade	330	1.500	R\$ 3,27
5.	Envelope timbrado na cor branca, com a logomarca da Adm. Municipal, tamanho 24cm x 34cm. (Anexo 05)	Unidade	182	820	R\$ 1,52
6.	Envelope timbrado na cor Branca, medindo 11cm x 22 cm. (Anexo 06)	Unidade	260	540	R\$ 1,20
7.	Envelope timbrado na cor Branca, tamanho 25cm x 18cm. (Anexo 07)	Unidade	111	550	R\$ 1,40
8.	Envelope timbrado na cor Branca, tamanho 23 cm x 11,5 cm, conforme modelo em anexo. (Anexo 08)	Unidade	51	400	R\$ 1,66
9.	Bloco de memorando timbrado em 02 vias carbonadas sendo a 1ª primeira via Branca e a 2ª via cor amarela, dimensões 14cm x 20cm, blocos com 50 jogos, a partir de 001. (Anexo 09)	Bloco	49	460	R\$ 12,66
10.	Bloco de memorando, tamanho 18cm x 14 cm, com 50 folhas, 02 vias, carbonada, com numeração a partir do nº 151, com destaque. (Anexo 10)	Bloco	3	10	R\$ 12,66
11.	Bloco de requerimento de diárias com 02 vias carbonadas, sendo a 1ª via branca e a 2ª via amarela, dimensões 11,5 cm x 20 cm, bloco de 50 jogos, com numeração a partir do 0001. (Anexo 11)	Bloco	163	563	R\$ 15,00



12.	Bloco de autorização timbrado, com 02 vias, sendo a 1ª via na cor branca e 2ª via na cor rosa, em papel carbonado, devendo constar "ADM 2017/2020", bloco de 50 jogos, numerados a partir do 0001, tamanho 14,5cm x 13cm, 02 vias com destaque. (Anexo 12)	Bloco	63	285	R\$ 14,66
13.	Bloco de abastecimento com 02 vias carbonada, sendo a 1ª via branca e a 2ª via rosa, bloco com 50 jogos, com numeração a partir do nº 0001. Dimensões 14,5 cm x 11,5 cm. (Anexo 13)OBS 01: deverá ser acrescentado no campo "Combustível" o item "Gasolina Aditivada", bem como o item "Gasolina" deverá ser alterado para "Gasolina Comum"OBS 02: Deverá ser acrescentado no cabeçalho o brasão do município, conforme modelo anexo.OBS 03: Deverá constar na capa a sequência de numeração compreendida no bloco.	Bloco	163	810	R\$ 13,33
<b>Secretaria Geral da Administração</b>					
14.	Cartões de anotação tamanho 15x10cm. (Anexo 14)	Unidade	40	100	R\$ 0,83
<b>Setor Pessoal</b>					
15.	Ficha Funcional (tamanho 48 x 33 cm) conforme modelo anexo. (Anexo 15)	Unidade	100	300	R\$ 2,70
<b>Almoxarifado</b>					
16.	Ficha de controle de estoque do almoxarifado, dimensões 21.5cm x 12cm. (Anexo 16)	Unidade	1	200	R\$ 2,00
17.	Talão para requisição do almoxarifado, sendo uma folha na cor branca e outra na cor rosa, em papel carbonado, numeração a partir do 0001, com 50 jogos nas dimensões de 21.5cm x 11cm. (Anexo 17)	Unidade	1	100	R\$ 12,66
<b>Secretaria Municipal da Agricultura e Meio Ambiente</b>					
18.	Certificado de serviço de inspeção Municipal – SIM com 02 vias carbonadas (uma branca e uma azul), com destaque, com 100 folhas, numeração a partir do n.º 501. (Anexo 18)	Unidade	10	40	R\$ 20,63
19.	Pasta cartolina 48 cm x 33 cm, com logomarca da Administração. (Anexo 19)	Unidade	51	400	R\$ 2,47



Secretaria Municipal da Fazenda					
20.	Ficha aluguel carneira em papel cartão, medindo 22 cm de largura x 16 cm de altura, na cor branca. (Anexo 20)	Unidade	50	300	R\$ 1,90
21.	Pasta Receita medindo 22 cm de largura x 16 cm de altura, 180 gramas, na cor branca. (Anexo 21)	Unidade	30	500	R\$ 2,20
22.	Pasta Despesas, medindo 24 cm de largura x 32,5 cm de altura, 180 gramas, na cor bege. (Anexo 22)	Unidade	30	500	R\$ 2,47
23.	Bloco de abastecimento com 02 vias carbonada, sendo a 1º via branca e a 2º via amarela, bloco com 50 jogos, com numeração a partir do nº 1.051. Dimensões 14,5 cm x 11,5 cm. (Anexo 23)OBS 01: deverá ser acrescentado no campo "Combustível" o item "Gasolina Aditivada", bem como o item "Gasolina" deverá ser alterado para "Gasolina Comum"OBS 02: Deverá ser acrescentado no cabeçalho o brasão do município, conforme modelo anexo.OBS 03: Deverá constar na capa a sequência de numeração compreendida no bloco.	Bloco	1	5	R\$ 12,80
24.	Blocos com 50 jogos de Guias de Arrecadação em 03 vias carbonada, em 03(três) vias sendo a 1º via branca, 2º via rosa e a 3º via amarela, medindo 21,5 cm de largura x 11,5 cm de altura. (Anexo 24)	Bloco	10	300	R\$ 14,97
Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social					
25.	Bloco para solicitação para esgotamento de poço negro, com 02 vias, 01 cor branca e outra amarela, bloco com 50 jogos, numerados a partir do 0001, tamanho 20x80 cm. (Anexo 25)	Bloco	5	15	R\$ 11,87
26.	Bloco para solicitação para 2ª via de documento, com 02 vias, 01 cor branca e outra amarela, bloco com 50 jogos, numerados a partir do 0001, tamanho 20 x 08 cm. (Anexo 26)	Bloco	5	15	R\$ 13,27
27.	Agenda personalizada com mola branca metalizada contendo 100 folhas brancas, 75g/m², medindo 14 x 21 cm. (Anexo 27)	Unidade	50	300	R\$ 37,27
Secretaria Municipal de Educação e Cultura					



28.	Pasta "ficha funcional do servidor", confeccionada em papel couchê, plastificada, timbrada, gramatura mínima 300 gr/m <sup>2</sup> , cor branca, dimensões 24cm x 34cm. (Anexo 29)	Unidade	1	150	R\$ 5,23
29.	Etiqueta autoadesiva, impressão colorida, material polietileno, dimensões 8cm x 5cm. (Anexo 30)	Unidade	1	1.000	R\$ 2,37
30.	Certificado, confeccionado em papel couchê, gramatura mínima 300 gr/m, impressão colorida em folha A4, 210 x 297 mm, cor branca. (Anexo 31)	Unidade	1	1.000	R\$ 5,00
	<b>Secretaria Municipal de Habitação Indústria e Comercio</b>				
31.	Envelope branco com timbre, grande, medindo 38 cm x 28,5 cm. (Anexo 32)	Unidade	50	200	R\$ 2,89
	<b>Secretaria Municipal de Saúde</b>				
32.	Adesivo - CAPs, colorido, dimensões: 05cm x 03cm. (Anexo 33)	Unidade	500	2.000	R\$ 3,95
33.	Adesivo - Dia Mundial da Saúde Mental, colorido, dimensões: 8,5cm x 10cm. (Anexo 34)	Unidade	500	2.000	R\$ 7,83
34.	Adesivo - Setembro Amarelo, colorido, dimensões: 07cm x 07cm. (Anexo 35)	Unidade	500	2.000	R\$ 7,23
35.	Alvará Sanitário, dimensões: 19cm x 30cm, papel 180g. (Anexo 36)	Unidade	250	1.000	R\$ 2,07
36.	APAC - Laudo para Solicitação e Autorização de Atendimento Ambulatorial, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 37)	Unidade	1.500	6.000	R\$ 0,78
37.	Auto de Infração, uma folha branca, outra folha verde e outra amarela, todas em papel carbonado, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 38)	Unidade	250	1.000	R\$ 16,50
38.	Boletim Campo Laboratório, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 39)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,30
39.	Boletim de Produção Ambulatorial - BPA Consolidado, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 40)	Unidade	500	1.000	R\$ 8,54
40.	Boletim de Reconhecimento - Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue - PCFAD, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 41)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,29
41.	Cadastro Domiciliar e Territorial, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 42)	Unidade	5.000	20.000	R\$ 0,28



42.	Cadastro Individual, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 43)	Unidade	5.000	20.000	R\$ 0,28
43.	Cartão da Mulher, frente e verso, papel 180g, dimensões: 10cm x 21,5cm. (Anexo 44)	Unidade	500	2.000	R\$ 8,55
44.	Cartão de Hipertensos e Diabéticos, frente e verso, papel 180g, dimensões: 20cm x 10cm. (Anexo 45)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,30
45.	Cartão de Saúde Mental, frente e verso, colorido, papel 180g, dimensões: 20cm x 10cm. (Anexo 46)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,70
46.	Cartão de Vacina, frente e verso, colorido, papel 180g, dimensões: 15cm x 10,5cm. (Anexo 47)	Unidade	1.500	6.000	R\$ 0,57
47.	Cartão do Dentista - Saúde Bucal, frente e verso, dimensões: 07cm x 07cm, papel 180g. (Anexo 48)	Unidade	1.000	4.000	R\$ 0,26
48.	Cartão Nacional do SUS, papel 250g, colorido, dimensões: 8,5cm x 5,4cm. (Anexo 49)	Unidade	2.500	10.000	R\$ 0,33
49.	Carteira de Gestante, frente e verso, papel 180g, dimensões: 22cm x 31cm. (Anexo 50)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,50
50.	Check List - Ficha de Avaliação do Domicílio, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 51)	Unidade	2.000	8.000	R\$ 0,22
51.	Check-list do Centro de Materiais e Esterilização, frente e verso, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 52)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,36
52.	Consentimento Informado do Paciente - Tele-ECG Digital, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 53)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,28
53.	Escala de Coelho, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 54)	Unidade	1.500	6.000	R\$ 0,25
54.	Ficha de Cadastro - Sisvan, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 55)	Unidade	1.000	4.000	R\$ 0,18
55.	Ficha de Acolhimento - CAPs, cada pagina em folha separada, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 56)	Unidade	1.000	4.000	R\$ 2,08
56.	Ficha de Anamnese - Academia da Saúde Popular, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 57)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,24
57.	Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA), com dimensões: 21cm x 15cm. (Anexo 58)	Unidade	100.000	400.000	R\$ 0,07
58.	Ficha de Atendimento Ambulatorial Continuada (FAA Continuada), com dimensões: 21cm x 15cm. (Anexo 59)	Unidade	50.000	200.000	R\$ 0,08



59.	Ficha de Atendimento Individual, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 60)	Unidade	2.500	10.000	R\$ 0,35
60.	Ficha de Atendimento Odontológico Individual, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 61)	Unidade	1.000	4.000	R\$ 0,31
61.	Ficha de Atividade Coletiva, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 62)	Unidade	1.000	4.000	R\$ 0,31
62.	Ficha de Cadastramento da Gestante, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 63)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,35
63.	Ficha de Cirurgias, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 64)	Unidade	1.000	4.000	R\$ 0,31
64.	Ficha de Controle da Doença de Chagas - Diário de Pesquisa e Borrifação, dimensões: 21cm x 17cm. (Anexo 65)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,39
65.	Ficha de Encaminhamento para o Ambulatório de HAS e DM do HRSM, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 66)	Unidade	1.000	4.000	R\$ 0,47
66.	Ficha de Gestante, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 67)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,42
67.	Ficha de Identificação de Artrópodos - FIA, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 68)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,30
68.	Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil - Identificação de Possível Óbito Materno - MIF, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 69)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,72
69.	Ficha de Investigação de Óbito Materno - Entrevista Domiciliar - M3, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 70)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,93
70.	Ficha de Investigação de Óbito Materno - Hospital - M2, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 71)	Unidade	500	2.000	R\$ 1,00
71.	Ficha de Investigação de Óbito Materno - Serviço de Saúde Ambulatorial - M1, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 72)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,98



72.	Ficha de Investigação de Óbito Materno - Síntese - Conclusões e Recomendações - M5, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 73)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,98
73.	Ficha de Monitoramento Semanal - Dengue, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 74)	Unidade	1.500	6.000	R\$ 0,37
74.	Ficha de Notificação Acidentes por Animais Peçonhentos - Sinan, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 75)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,37
75.	Ficha de Notificação AIDS - Sinan, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 76)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,37
76.	Ficha de Procedimentos, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 77)	Unidade	1.000	4.000	R\$ 0,38
77.	Ficha de Referência Contra Referência - Municipal, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 78)	Unidade	2.500	10.000	R\$ 0,19
78.	Ficha de Referência e Contra Referência - HUSM, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 79)	Unidade	2.500	10.000	R\$ 0,23
79.	Ficha de Vacinação, papel 180g, dimensões: 10,5cm x 15cm. (Anexo 80)	Unidade	2.500	10.000	R\$ 0,58
80.	Ficha de Visita - Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue, papel 180g, dimensões: 11cm x 16cm. (Anexo 81)	Unidade	1.000	4.000	R\$ 0,42
81.	Ficha de Visita - Programa Estadual de Vigilância e Controle do Aedes, colorido, papel 180g, dimensões: 9,5cm x 13cm. (Anexo 82)	Unidade	1.000	4.000	R\$ 0,46
82.	Ficha de Visita (controle da dengue), colorido, descrição: com o verso imantado, dimensões: 07cm x 08cm. (Anexo 83)	Unidade	1.500	6.000	R\$ 1,17
83.	Ficha de Visita Domiciliar e Territorial, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 84)	Unidade	2.000	8.000	R\$ 0,40
84.	Ficha Hipertensão - Cadastro do Hipertenso e/ou Diabético, colorido dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 85)	Unidade	1.000	4.000	R\$ 0,40
85.	Ficha Marcadores Alimentar - Sisvan, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 86)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,40
86.	Fichas de Monitoramento Semanal, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 87)	Unidade	1.000	4.000	R\$ 0,40



87.	Folder - Dengue pode Matar, frente e verso, colorido, papel reciclado, dimensões: 21 cm x 30cm. (Anexo 88)	Unidade	1.500	6.000	R\$ 0,53
88.	Folder Dengue - Ainda dá Tempo de Combater o Mosquito, colorido, papel reciclado, dimensões: 15 cm x 21cm. (Anexo 89)	Unidade	1.500	6.000	R\$ 0,50
89.	Folder Vigilância Ambiental em Saúde, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 90)	Unidade	1.000	4.000	R\$ 0,63
90.	FORMSUS - Armadilhas, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 91)	Unidade	1.000	4.000	R\$ 0,24
91.	FORMSUS LIRAA-LIA, frente e verso, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 92)	Unidade	1.000	4.000	R\$ 0,24
92.	Formulário de Cadastro - Sisvan, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 93)	Unidade	1.000	4.000	R\$ 0,37
93.	Formulário de Solicitação de Exame-Procedimento, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 94)	Unidade	1.000	4.000	R\$ 0,42
94.	Formulário de Visitas aos Imóveis - AB, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 95)	Unidade	1.000	4.000	R\$ 0,32
95.	Formulário de Visitas Diárias aos Imóveis - Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia Formulário de Visitas Diárias aos Imóveis, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 96)	Unidade	1.500	6.000	R\$ 0,28
96.	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Cardiologia Adulto, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 97)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,35
97.	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Neurologia Adulto, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 98)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,35
98.	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Catarata Adulto, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 99)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,35
99.	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Córnea, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 100)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,35
100.	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Deslocamento de Retina, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 101)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,35
101.	GERCON - Solicitação para consulta especializada em Oftalmologia Geral Adulto, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 102)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,35



102.	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Glaucoma, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 103)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,35
103.	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Pediátrica, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 104)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,35
104.	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Retinopatia Diabética, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 105)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,35
105.	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 106)	Unidade	1.000	4.000	R\$ 0,35
106.	Instrumento SAE, cada página em folha separada, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 107)	Unidade	1.000	4.000	R\$ 1,90
107.	Laudo para Solicitação e Autorização de Atendimento Ambulatorial, dimensões: 21cm x 17cm. (Anexo 108)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,32
108.	Laudo Testes Rápidos HIV-Sífilis-Hepatites, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 109)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,30
109.	Lista de Viagem, frente e verso, papel 180g, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 110)	Unidade	750	3.000	R\$ 0,47
110.	Marcadores de Consumo - Sisvan, colorido, dimensões: 21 x 30cm. (Anexo 111)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,30
111.	Pasta Cartolina, na cor amarelo, azul, branco, laranja, verde ou vermelho, papel 180g, dimensões: 24cm x 33cm. (Anexo 112)	Unidade	3.000	12.000	R\$ 1,27
112.	Programa Nacional de Controle da dengue - PNCD - Registro Diário do Serviço Antivetorial, frente e verso, colorido dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 113)	Unidade	1.000	4.000	R\$ 0,37
113.	Programa Nacional de Controle da Dengue - PNCD - Vigilância Entomológica - Armadilhas, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 114)	Unidade	1.000	4.000	R\$ 0,38
114.	Prontuário do Dentista - Saúde Bucal, frente e verso, papel 180g, dimensões: 21,5cm x 14cm. (Anexo 115)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,37
115.	Prontuário Médico, frente e verso, papel 180g, dimensões: 20,5cm x 23,5cm. (Anexo 116)	Unidade	5.000	20.000	R\$ 0,33
116.	Protocolo de Atendimento TCC, frente e verso, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 117)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,28



117.	PTS - Plano Terapêutico Singular, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 118)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,28
118.	RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 119)	Unidade	1.000	4.000	R\$ 0,37
119.	Receituário comum c/100 fls, dimensões: 14,5cm x 21cm. (Anexo 120)	Bloco	250	1.000	R\$ 3,33
120.	Receituário Controle Especial, bloco c/ 100 fls, dimensões: 14,5cm x 21cm. (Anexo 121)	Bloco	250	1.000	R\$ 3,33
121.	Receituário de Plantão c/100 fls Verde, dimensões: 14,5cm x 21cm. (Anexo 12)	Bloco	200	800	R\$ 3,64
122.	Relatório de Viagem, frente e verso, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 123)	Unidade	1.500	6.000	R\$ 0,25
123.	Requisição de Exame Citopatológico, colorido, frente e verso, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 124)	Unidade	1.000	4.000	R\$ 0,37
124.	Requisição de Mamografia, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 125)	Unidade	1.000	4.000	R\$ 0,37
125.	Requisição de Exames, bloco c/100 fls, dimensões: 21cm x 14,5cm. (Anexo 126)	Bloco	250	1.000	R\$ 3,33
126.	Resumo do Boletim de Campo e Laboratório - LIRAA, colorido, dimensões: 14,5cm x 15cm. (Anexo 127)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,35
127.	Resumo Semanal do Serviço Antivetorial - PE, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 128)	Unidade	1.000	4.000	R\$ 0,28
128.	Serviço de Aconselhamento e Testagem, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 129)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,22
129.	SINAN Hanseníase, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 130)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,19
130.	SINAN Tuberculose, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 131)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,19
131.	Sistematização da Assistência de Enfermagem - CAPs, cada página em folha separada, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 132)	Unidade	500	2.000	R\$ 1,87
132.	Talão de Memorando, uma folha branca e outra amarela, em papel carbonado, com 50 jogos, com numeração a partir de 0001, dimensões: 14,5cm x 21cm. (Anexo 133)	Unidade	25	100	R\$ 12,76
133.	Talão de Requerimento de Diária, com numeração a partir de 0001, uma folha branca e outra amarela, em papel carbonado, com 50 jogos, com dimensões: 20cm x 11,5cm. (Anexo 134)	Unidade	100	400	R\$ 12,48



134.	Teste Rápido para Detecção de Anticorpos para HIV, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 135)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,42
135.	Teste Rápido para Detecção de Anticorpos para Sífilis, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 136)	Unidade	500	2.000	R\$ 0,42
136.	Folha Ponto de Operário, tamanho 33 cm X 24 cm - Anexo 24	Unidade	10	200	R\$ 5,00
137.	Bloco de passagens de Ônibus Urbano, tamanho 18 cm X 8 Cm, de 50 folhas, 02 vias , com numeração a partir do nbº 001, com destaque	Bloco	10	500	R\$ 25,00



MODELOS DOS ITENS:



**ANEXO 01** – Folha timbrada A4- Resma de 500 folhas;



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS – CNPJ: 87.896.882/0001-01  
RUA JOÃO MOREIRA, 1707 – FONE: (55) 3252.1414 – CEP 97.610-000 – SÃO FRANCISCO DE ASSIS



**ANEXO 02** – Pasta de material Couchê plastificada, timbrada em material resistente e gramatura mínima 300 gramas, na cor branca ou azul, tamanho 34x24cm;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS

PROCESSO Nº: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

ASSUNTO: \_\_\_\_\_

DISTRIBUIÇÃO	







**ANEXO 03** – Pasta **de material Couchê plastificada**, timbrada em material resistente e gramatura mínima 180 gramas, na cor branca, tamanho 48x33cm;





ANEXO 04 – Pasta de cartolina azul, para processo, medindo 33cm x 24cm;

 <b>SÃO FRANCISCO DE ASSIS</b>  BERÇO DA LITERATURA RIO-GRANDENSE > QUERÊNCIA DO BUGIO	
PROCESSO Nº: _____	
NOME: _____	
ASSUNTO: _____	
	DISTRIBUIÇÃO



**ANEXO 05** – Envelope timbrado na cor branca, com a logomarca da Adm. Municipal, tamanho 24cm x 34cm;



**ANEXO 06** – Envelope timbrado na cor Branca, medindo 11cm x 22 cm



**ANEXO 07** – Envelope timbrado na cor Branca, tamanho 25cm x 18cm;





**ANEXO 08** – Envelope timbrado na cor Branca, tamanho 23 cm x 11,5 cm;



Rua Gabriel Machado, 1632 - Fone: (55) 3252.1200 - CEP 97.610-000 - São Francisco de Assis - RS  
www.saofranciscodeassis.rs.gov.br e-mail:



**ANEXO 09** – Bloco de memorando timbrado em 02 vias carbonadas sendo a 1ª primeira via Branca e a 2ª via cor amarela, dimensões 14cm x 20cm, blocos com 50 jogos, a partir de 001;

MEMORANDUM DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS

**MEMORANDO** Nº 0020

DE:  
PARA:  
ASSUNTO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

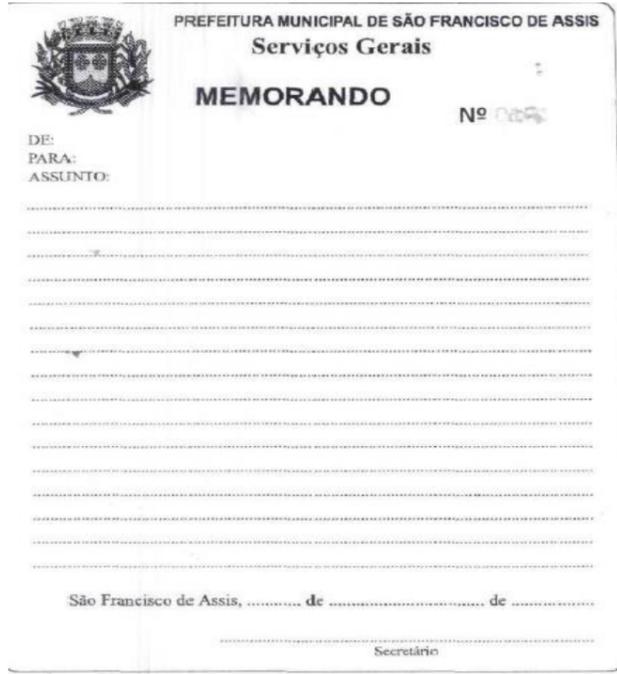
São Francisco de Assis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Secretário(a)



**ANEXO 10** – Bloco de memorando, tamanho 18cm x 14 cm, com 50 folhas, 02 vias, carbonada, com numeração a partir do nº 151, com destaque;





**ANEXO 11** – Bloco de requerimento de diárias com 02 vias carbonadas, sendo a 1ª via branca e a 2ª via amarela, dimensões 11,5 cm x 20 cm, bloco de 50 jogos, com numeração a partir do 0001;

 **REQUERIMENTO DE DIÁRIA**

O \_\_\_\_\_  
vem a Vossa Senhoria, solicitar a liberação de \_\_\_\_\_ ( ) diária(s)  
ao servidor \_\_\_\_\_; lotado no \_\_\_\_\_  
Esta(s) diária(s) tem por objetivo o \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

estando prevista a saída, em \_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_ horas e retorno  
em \_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_ horas.

Nº 0010 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
São Francisco de Assis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
SECRETÁRIO MUNICIPAL

 **REQUERIMENTO DE DIÁRIA**

O \_\_\_\_\_  
vem a Vossa Senhoria, solicitar a liberação de \_\_\_\_\_ ( ) diária(s)  
ao servidor \_\_\_\_\_; lotado no \_\_\_\_\_  
Esta(s) diária(s) tem por objetivo o \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

estando prevista a saída, em \_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_ horas e retorno  
em \_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_ horas.

Nº 0010 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
São Francisco de Assis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
SECRETÁRIO MUNICIPAL



**ANEXO 12** - Bloco de autorização timbrado com 02 vias, sendo a 1ª via na cor branca e 2ª via na cor rosa, em papel carbonado, devendo constar "ADM 2017/2020", bloco de 50 jogos, numerados a partir do 0001, tamanho 14,5cm x 13cm, 02 vias com destaque;



PREFEITURA MUNICIPAL  
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

AUTORIZAÇÃO Nº 0077

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

São Francisco de Assis - RS, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

SECRETARIA MUN. DE DESENV. SOCIAL



PREFEITURA MUNICIPAL  
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

AUTORIZAÇÃO Nº 0077

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

São Francisco de Assis - RS, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

SECRETARIA MUN. DE DESENV. SOCIAL



**ANEXO 13** - Bloco de abastecimento com 02 vias carbonada, sendo a 1º via branca e a 2º via rosa, bloco com 50 jogos, com numeração a partir do nº 0001. Dimensões 14,5 cm x 11,5 cm;

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
 AUTORIZAÇÃO DE ABASTECIMENTO Nº 0000

Eu \_\_\_\_\_ autorizo  
 o Sr. \_\_\_\_\_ a abastecer o  
 Veículo \_\_\_\_\_  
 Placa \_\_\_\_\_  
 Km \_\_\_\_\_  
 Hora \_\_\_\_:\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Carimbo do Posto

Responsável da autorização  
 Secretaria: \_\_\_\_\_

Comb.	Litros
<input type="checkbox"/> Gasolina	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Diesel	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Diesel S10	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

\_\_\_\_\_  
 Servidor autorizado

**ANEXO 14** - Cartões de anotação tamanho 15x10cm.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS



**ANEXO 15 - Ficha Funcional (tamanho 48 x 33 cm);**

ATESTADOS E LICENÇAS	
ATESTADO / LICENÇA	

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS**  
**FICHA FUNCIONAL: SERVIDOR**

Matrícula: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Natural de \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Nome do Cônjuge \_\_\_\_\_  
 Nome do Pai \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe \_\_\_\_\_

Cargo ou Função \_\_\_\_\_ Setor Trabalho \_\_\_\_\_  
 Carteira de Identidade N° \_\_\_\_\_ PASCIP \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_  
 Carteira Profissional N° \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_ Grau de Instrução \_\_\_\_\_  
 Título Eleitoral N° \_\_\_\_\_ Zona \_\_\_\_\_ Carteira Reservista N° \_\_\_\_\_  
 Endereço: Rua \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_

Designações	
ATO	ESPÉCIE

Frente do  
item 18





**ANEXO 17** – Talão para requisição do almoxarifado, sendo uma folha na cor branca e outra na cor rosa, em papel carbonado, numeração a partir do 0001, com 50 jogos nas dimensões de 21.5cm x 11cm;

 **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS**  
**Requisição do Almoxarifado Municipal Nº 4204**

Especie do Material: \_\_\_\_\_  
Quantidade Solicitada: \_\_\_\_\_  
Destino do Material Requisitado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Recebi o Material em ..... de ..... de 20 .....

.....  
Assinatura do Requisitante

**ANEXO 18** – Certificado de serviço de inspeção Municipal – SIM com 02 vias carbonadas (uma branca e uma azul), com destaque, com 100 folhas, numeração a partir do n.º 501.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS**  
 Secretaria Municipal da Agricultura e Pecuária  
 SERVIÇO DE INSPEÇÃO MUNICIPAL - SIM



## Certificado

Nº 0751

Certifico que foi(ram) examinado(s) e julgado(s) em boas condições de sanidade pelo Serviço de Inspeção Municipal(is) o(s) abaixo indicado(s) quem tem condições de livre trânsito no Município de São Francisco de Assis.

ESPÉCIE	PESO KG	Nº DE VOLUMES	NATUREZA VOLUMES

NOTA FISCAL Nº: \_\_\_\_\_

SÉRIE: \_\_\_\_\_

TEMPERATURA: \_\_\_\_\_

Ponto da embalagem: \_\_\_\_\_

Remetente: \_\_\_\_\_

Marca ou letreiro: \_\_\_\_\_

Consignatário: \_\_\_\_\_

Estabelecimento de origem: \_\_\_\_\_

Embarcador: \_\_\_\_\_

Melo de Transporte: \_\_\_\_\_

Destino: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOME E CARIMBO



**ANEXO 19** – Pasta cartolina 48 cm x 33 cm, com logomarca da Administração;





PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



**ANEXO 20** – Ficha aluguel carneira em papel cartão, medindo 22 cm de largura x 16 cm de altura, na cor branca.

Carneira Nº \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Filiação \_\_\_\_\_

Data da Inumação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Carneiras Grande  Pequena

**RENOVAÇÕES**

Renovado em ____/____/____	Por ____ Anos	Vencimento em ____/____/____
Renovado em ____/____/____	Por ____ Anos	Vencimento em ____/____/____
Renovado em ____/____/____	Por ____ Anos	Vencimento em ____/____/____
Renovado em ____/____/____	Por ____ Anos	Vencimento em ____/____/____
Renovado em ____/____/____	Por ____ Anos	Vencimento em ____/____/____
Renovado em ____/____/____	Por ____ Anos	Vencimento em ____/____/____
Renovado em ____/____/____	Por ____ Anos	Vencimento em ____/____/____
Renovado em ____/____/____	Por ____ Anos	Vencimento em ____/____/____
Renovado em ____/____/____	Por ____ Anos	Vencimento em ____/____/____
Renovado em ____/____/____	Por ____ Anos	Vencimento em ____/____/____
Renovado em ____/____/____	Por ____ Anos	Vencimento em ____/____/____
Renovado em ____/____/____	Por ____ Anos	Vencimento em ____/____/____

Responsável: \_\_\_\_\_

Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis  
 CEMITÉRIO PÚBLICO

**CARNEIRAS**



**ANEXO 21** – Pasta Receita medindo 22 cm de largura x 16 cm de altura, 180 gramas, na cor branca



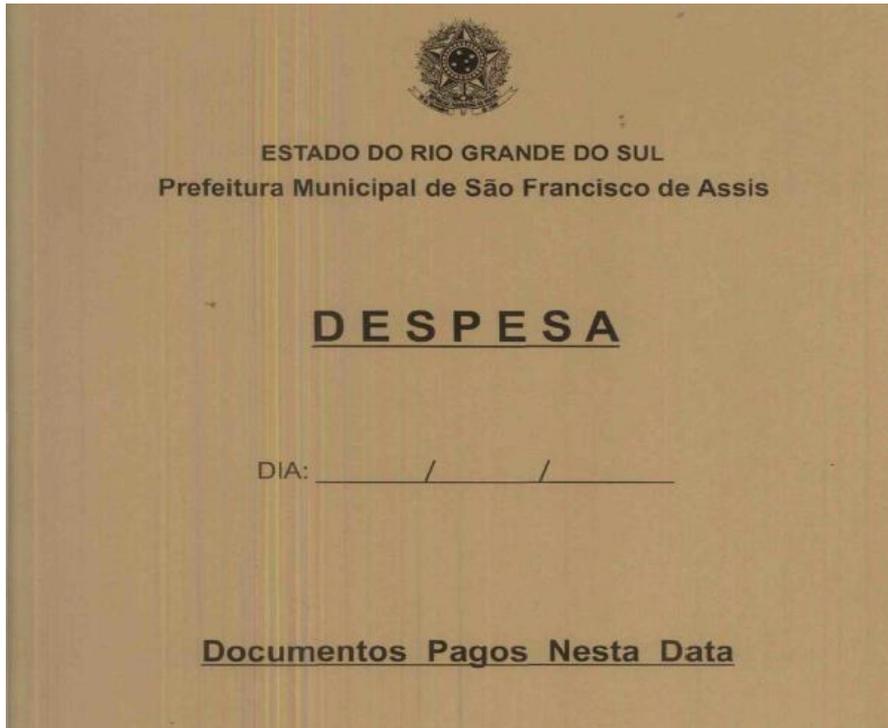
**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**  
**Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis**

# RECEITA

DIA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



**ANEXO 22** – Pasta Despesas, medindo 24 cm de largura x 32,5 cm de altura, 180 gramas, na cor bege;





**ANEXO 23** – Bloco de abastecimento com 02 vias carbonada, sendo a 1º via branca e a 2º via amarela, bloco com 50 jogos, com numeração a partir do nº 1.051. Dimensões 14,5 cm x 11,5 cm;

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS

AUTORIZAÇÃO DE ABASTECIMENTO Nº 0000

Eu \_\_\_\_\_ autorizo  
o Sr \_\_\_\_\_ a abastecer o  
Veículo \_\_\_\_\_  
Placa \_\_\_\_\_  
Km \_\_\_\_\_  
Hora \_\_\_\_:\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Carimbo do Posto

Responsavel da autorização  
Secretaria: \_\_\_\_\_

Comb.	Litros
<input type="checkbox"/> Gasolina	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Diesel	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Diesel S10	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

\_\_\_\_\_  
Servidor autorizado



**ANEXO 24** – Blocos com 50 jogos de Guias de Arrecadação em 03 vias carbonada, em 03(três) vias sendo a 1º via branca, 2º via rosa e a 3º via amarela, medindo 21,5 cm de largura x 11,5 cm de altura.

**Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis  
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA  
GUIA DE ARRECAÇÃO - TESOURARIA**

Nome do Contribuinte			Guia	
Endereço			Data	
Rua:			R\$	
Município:			R\$	
Especificação da Receita			R\$	
Recolhimento relativo a:			R\$	
			R\$	
Emitida por:		Agente Arrecadador	Quitação Mecânica	
Funcionário Nome		Tesoureiro Municipal	TOTAL	
			R\$	
			R\$	
			R\$	



**ANEXO 25** – Bloco para solicitação para esgotamento de poço negro, com 02 vias, 01 cor branca e outra amarela, bloco com 50 jogos, numerados a partir do 0001, tamanho 20x80 cm;

  
Prefeitura Municipal  
São Francisco de Assis - RS  
Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social

**Solicitação para esgotamento de poço negro**

Solicito à Secretaria Municipal de Obras e Saneamento, o esgotamento do poço negro da residência do Sr(a) ..... RG/CPF nº.....  
Sito à Rua ..... nº....., bairro.....  
São Francisco de Assis,..... de..... de 20.....

Nº 0125

Secretária Municipal do Desenvolvimento Social

---

  
Prefeitura Municipal  
São Francisco de Assis - RS  
Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social

**Solicitação para esgotamento de poço negro**

Solicito à Secretaria Municipal de Obras e Saneamento, o esgotamento do poço negro da residência do Sr(a) ..... RG/CPF nº.....  
Sito à Rua ..... nº....., bairro.....  
São Francisco de Assis,..... de..... de 20.....

Nº 0125

Secretária Municipal do Desenvolvimento Social



**ANEXO 26** – Bloco para solicitação para 2ª via de documento, com 02 vias, 01 cor branca e outra amarela, bloco com 50 jogos, numerados a partir do 0001, tamanho 20 x 08 cm;



**ANEXO 27** – Agenda personalizada com mola branca metalizada contendo 100 folhas brancas, 75g/m<sup>2</sup>, medindo 14 x 21 cm;







**ANEXO 29** - Etiqueta autoadesiva, impressão colorida, material polietileno, dimensões 8cm x 5cm;





**ANEXO 30** - Certificado, confeccionado em papel couchê, gramatura mínima 300 gr/m, impressão colorida em folha A4, 210 x 297 mm, cor branca;

**DIPLOMA**  
*Educação Infantil*

SMEC  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA

São Francisco de Assis  
PELO CAMPO E CIDADE

Formando(a)

\_\_\_\_\_  
JAQUELINE SUDATI GINDRI  
Secretária da Educação e Cultura

\_\_\_\_\_  
RUBEMAR PAULINHO SALBEGO  
Prefeito Municipal

*São Francisco de Assis, Dezembro de 2017.*



**ANEXO 31** - Envelope branco com timbre, grande, medindo 38 cm x 28,5 cm;





**ANEXO 32** - Adesivo - CAPs, colorido, dimensões: 05cm x 03cm;

ADESIVO VINIL

TAMANHO: 5x3cm





**ANEXO 33** - Adesivo - Dia Mundial da Saúde Mental, colorido;

ADESIVO VINIL  
TAMANHO: 8,5x10cm





ANEXO 34 - Adesivo - Setembro Amarelo, colorido;

ADESISO VINIL

TAMANHO: 7x7cm





**ANEXO 35** - Alvará Sanitário, dimensões: 19cm x 30cm, papel 180g.



MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### **ALVARÁ SANITÁRIO**

Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
CPF/CNPJ: \_\_\_\_\_  
Atividade: \_\_\_\_\_  
Sub-atividade: \_\_\_\_\_  
Inscrição: \_\_\_\_\_

**OBS.: Manter em local visível**

Abertura: \_\_\_\_\_  
Validade: Indeterminada

\_\_\_\_\_  
Agente Fiscal Sanitário

\_\_\_\_\_  
Secretaria de Saúde

Vistoria
Data ____/____/____
Ass. Ag. Fiscal

Vistoria
Data ____/____/____
Ass. Ag. Fiscal

Vistoria
Data ____/____/____
Ass. Ag. Fiscal

Vistoria
Data ____/____/____
Ass. Ag. Fiscal

Vistoria
Data ____/____/____
Ass. Ag. Fiscal

Vistoria
Data ____/____/____
Ass. Ag. Fiscal



**ANEXO 36** - APAC - Laudo para Solicitação e Autorização de Atendimento Ambulatorial, colorido, dimensões: 21cm x 30cm.



Ministério da Saúde <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	<b>APAC</b> Autorização de Procedimentos Ambulatoriais Laudo de Solicitação / Autorização	pg. 1/2
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)</b>		
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		CNES
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>		
NOME DO PACIENTE		Nº DO PRONTUÁRIO
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
RAÇA/COR		ETNIA
NOME DA MÃE		DDD TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE
NOME DO RESPONSÁVEL		DDD TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		Cód. IBGE MUNICÍPIO UF CEP
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	SERVIÇO	CLASS
NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		QTDE.
<b>PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)</b>		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.
<b>JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)</b>		
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	CID10 PRINCIPAL	CID10 SECUNDÁRIO
CID10 CAUSAS ASSOCIADAS		
OBSERVAÇÕES		
<b>SOLICITAÇÃO</b>		
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
<b>AUTORIZAÇÃO</b>		
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	Cód. Órgão Emissor	Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	PERÍODO DE VALIDADE DA APAC
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)</b>		
NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		CNES



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



**ANEXO 37** - Auto de Infração, uma folha branca, outra folha verde e outra amarela, todas em papel carbonado, dimensões: 21cm x 30cm.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL

AUTO DE INFRAÇÃO

Nº: \_\_\_\_\_

Proc. Nº: \_\_\_\_\_

Aos _____ dias do mês de _____ de _____ às _____ horas, autuei _____ estabelecido _____ nº _____ com _____ por infração do(s) artigo(s) _____	
pelo fato de _____	
Pena prevista _____	
O infrator deverá apresentar, por escrito, dentro de _____ nesta _____ as explicações que julgar necessárias à sua defesa.	
_____ Fiscal da Vigilância Sanitária	
1ª Testemunha _____	2ª Testemunha _____
Recebi a 1ª via deste Auto de Infração, do qual souciente.	
_____ de _____ de _____	
_____ Autuado	
C.I. e nome do autuado _____	



**ANEXO 38** - Boletim Campo Laboratório, dimensões: 21cm x 30cm



**ANEXO 39** – Boletim de Produção Ambulatorial - BPA Consolidado, dimensões: 21cm x 30cm.



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS  
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento:

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

UF:

MÊS:  ANO:

FOLHA:

ATENDIMENTO REALIZADO

SEQUENCIA	PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	QUANTIDADE
01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL				<input type="text"/>

Formalização

<p>RESPONSÁVEL(Estabelecimento de Saúde)</p> <p>CARIMBO: <input type="text"/></p> <p>RUBRICA: <input type="text"/></p> <p>DATA: / /</p>	<p>GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL</p> <p>CARIMBO: <input type="text"/></p> <p>RUBRICA: <input type="text"/></p> <p>DATA: / /</p>
---	---



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



**ANEXO 40** – Boletim de Reconhecimento – Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue – PCFAD, dimensões: 21cm x 30cm.



SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
 COORDENAÇÃO DE POLÍTICA DE CONTROLE DE ZOOSES E VETORES  
 PROGRAMA DE CONTROLE DA FEBRE AMARELA E DENGUE - PCFAD

### BOLETIM DE RECONHECIMENTO

RESPONSÁVEL			
Inspetor Geral		Inspetor	
Chefe de Equipe		Agente	

UF	
----	--

MUNICÍPIO		SUBLOCALIDADE	
-----------	--	---------------	--

LOCALIDADE		CATEGORIA		QUART. Nº	
------------	--	-----------	--	-----------	--

Rua ou Logradouro	Número	L A D O	Tipo do imóvel	Rua ou Logradouro	Número	L A D O	Tipo do imóvel

FECHAMENTO					
RESIDENCIAL	R		PONTO ESTRATÉGICO	PE	
COMERCIAL	C		OUTROS	O	
TERRENO BALDIO	TB		TOTAL GERAL		

NOME	
------	--

ASSINATURA	
------------	--

DATA	
------	--



**ANEXO 41** – Cadastro Domiciliar e Territorial, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;



	<b>CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL</b>	DIGITADO POR:	DATA:
		CONFERIDO:	FOLHA:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
----------------------	------	-------	------	-------

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA		MUNICÍPIO*:	UF*:
CEP*:	BAIRRO*:		TIPO DE LOGRADOURO*:
NÚMERO*:		COMPLEMENTO:	PTO. REFERÊNCIA:
<input type="radio"/> SEM NÚMERO		MICROÁREA* <input type="checkbox"/> FA	

TIPO DE IMÓVEL*	TELEFONES PARA CONTATO
<input type="checkbox"/>	TEL. RESIDÊNCIA: (    ) TEL. CONTATO: (    )

CONDIÇÕES DE MORADIA	
SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*	LOCALIZAÇÃO*
<input type="radio"/> Próprio <input type="radio"/> Financiado <input type="radio"/> Alugado <input type="radio"/> Arrendado <input type="radio"/> Cedido <input type="radio"/> Ocupação <input type="radio"/> Situação de Rua <input type="radio"/> Outra	<input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural

TIPO DE DOMICÍLIO	EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra
<input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Cômodo <input type="radio"/> Outro	<input type="radio"/> Proprietário <input type="radio"/> Parceiro(a)/Meiro(a) <input type="radio"/> Assentado(a) <input type="radio"/> Possessor <input type="radio"/> Arrendatário(a)
Nº de Moradores: _____	<input type="radio"/> Comodatário(a) <input type="radio"/> Beneficiário(a) do Banco da Terra <input type="radio"/> Não se aplica

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO	MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO
<input type="radio"/> Pavimento <input type="radio"/> Chão Batido <input type="radio"/> Fluvial <input type="radio"/> Outro	Alvenaria/Tijolo: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento
Disponibilidade de Energia Elétrica? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Taipa: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento
	Outros: <input type="radio"/> Madeira Aparelhada <input type="radio"/> Palha <input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material

ABASTECIMENTO DE ÁGUA	ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO
<input type="radio"/> Rede Encanada até o Domicílio <input type="radio"/> Poço/Nascente no Domicílio <input type="radio"/> Cisterna <input type="radio"/> Carro Pipa <input type="radio"/> Outro	<input type="radio"/> Filtrada <input type="radio"/> Fervida <input type="radio"/> Clorada <input type="radio"/> Mineral <input type="radio"/> Sem Tratamento
FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO	DESTINO DO LIXO
<input type="radio"/> Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial <input type="radio"/> Fossa Séptica <input type="radio"/> Fossa Rudimentar <input type="radio"/> Direto para um Rio, Lago ou Mar <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outra Forma	<input type="radio"/> Coletado <input type="radio"/> Queimado/Enterrado <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?	QUAL (IS)?	Quantos: _____
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Pássaro <input type="checkbox"/> Outros	

FAMÍLIAS	Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
			/ /	1 2 3 4 +			<input type="checkbox"/>
			/ /	1 2 3 4 +			<input type="checkbox"/>
			/ /	1 2 3 4 +			<input type="checkbox"/>
			/ /	1 2 3 4 +			<input type="checkbox"/>

**TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

\_\_\_\_\_

Assinatura



<b>INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA</b> NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA: _____		
Existem outros profissionais de saúde vinculados à instituição (não inclui profissionais da rede pública de saúde)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA</b>		
NOME: _____	CNS DO RESPONSÁVEL: _____	
CARGO NA INSTITUIÇÃO: _____	TEL. CONTATO: _____	
<b>TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA</b> Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, responsável técnico pela instituição, recuso este cadastro, mesmo que essa recusa dificulte o acompanhamento da saúde das pessoas abrigadas/residentes nesta instituição. Estou ciente de que esta recusa não implicará o não atendimento pela equipe de saúde.  _____ Assinatura		

Legenda:  Opção de múltipla escolha  Opção de única escolha (marcar X na opção desejada)

**Microárea:** usar 01 a 99 para o número da microárea.

**FA:** Fora de Área

**Tipo de Imóvel:** 01 Domicílio, 02 Comércio, 03 Terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

\* Campo obrigatório

\*\* Campo com obrigatoriedade condicional



**ANEXO 42 – Cadastro Individual, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm.**

	CADASTRO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA:
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*
DATA*			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO</b> CNS DO CIDADÃO: _____ CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR: _____ MICROÁREA* <input type="checkbox"/> FA			
NOME COMPLETO*: _____ NOME SOCIAL: _____ DATA DE NASCIMENTO*: ____/____/____ SEXO*: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F			
RAÇA/COR*: <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena Etnia*: _____ Nº NIS (PIS/PASEP): _____			
NOME COMPLETO DA MÃE*: _____ <input type="checkbox"/> Desconhecido			
NOME COMPLETO DO PAI*: _____ <input type="checkbox"/> Desconhecido			
NACIONALIDADE*: <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro PAÍS DE NASCIMENTO**: _____ DATA DE NATURALIZAÇÃO**: ____/____/____			
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO**: _____ MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO**: _____			
DATA DE ENTRADA NO BRASIL**: ____/____/____ TELEFONE CELULAR: ( ) _____ E-MAIL: _____			
<b>INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS</b> RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR <input type="radio"/> Cônjuge/Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Enteadado(a) <input type="radio"/> Neto(a)/Bisneto(a) <input type="radio"/> Pai/Mãe <input type="radio"/> Sogro(a) <input type="radio"/> Irmão/Irmã <input type="radio"/> Genro/Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente			
FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?		SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO	
<input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1º a 4º séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5º a 8º séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1º a 4º)		<input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Servidor público/militar <input type="radio"/> Outro	
ENSINO FUNDAMENTAL EJA - séries finais (Supletivo 5º a 8º) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.) <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral etc.) <input type="radio"/> Nenhum			
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outra(s) Criança(s) <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Outro			
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL?			
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/> Homossexual (gay / lésbica)		DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Homem transexual <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Mulher transexual <input type="radio"/> Outro	
TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL(ES)? <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física			
SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO <input type="radio"/> Mudança de território <input type="radio"/> Óbito			
SE ÓBITO, INDIQUE: Data do óbito**: ____/____/____ Número da D.O.: _____ - ____			
<b>TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA</b> Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde. <div style="text-align: center;">_____</div> Assinatura			



**ANEXO 43** – Cartão da Mulher, frente e verso, papel 180g, dimensões: 10cm x 21,5cm;

FRENTE

DATA	MEDICAÇÃO	ASSINATURA



Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis  
Secretaria Municipal de Saúde

**Cartão da Mulher**

Nome: .....

Data Nasc.: ..... / ..... / .....

Endereço: .....

Obs.: .....

VERSO

DATA	MEDICAÇÃO	ASSINATURA

DATA	MEDICAÇÃO	ASSINATURA

IMPRIMIR: FRENTE - 3301008





ANEXO 45 – Cartão de Saúde Mental, frente e verso, colorido, papel 180g, dimensões: 20cm x 10cm;

FRENTE

Medicações em uso				
Medicação	mg	M	T	N

	<p>Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis Secretaria Municipal de Saúde Cartão de Saúde Mental</p>	 <p><b>CAPS</b> Márcia Mendes Minussi Giorda São Francisco de Assis - RS</p>	<p>Rua Silva Jardim, 1800. Tel.: 55 3252-3458</p>	<p>Nome: _____ Endereço: _____ CNS: _____ Telefone: _____ Data: ____/____/____</p>
---	--	---	---	--





**ANEXO 46** – Cartão de Vacina, frente e verso, colorido, papel 180g, dimensões: 15cm x 10,5cm;



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

CARTEIRA  
DE  
VACINAÇÃO

frente

VACINAS DOSES	DUPLA ADULTO (dT)	DUPLA VIRAL	HEPATITE B	FEBRE AMARELA				
	1	Lote _____ _____ _____	Lote _____ _____ _____	Lote _____ _____ _____	Lote _____ _____ _____			
2	Lote _____ _____ _____	Lote _____ _____ _____	Lote _____ _____ _____	Lote _____ _____ _____				
3	Lote _____ _____ _____	Lote _____ _____ _____	Lote _____ _____ _____	Lote _____ _____ _____				
R	Lote _____ _____ _____	Lote _____ _____ _____	Lote _____ _____ _____	Lote _____ _____ _____				

verso



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



**ANEXO 47** - Cartão do Dentista - Saúde Bucal, frente e verso, dimensões: 07cm x 07cm, papel 180g.





PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



**ANEXO 48** - Cartão Nacional do SUS, papel 250g, colorido, dimensões: 8,5cm x 5,4cm;



**Secretaria Municipal de Saúde  
SÃO FRANCISCO DE ASSIS**

Nº:

Nome: \_\_\_\_\_

Nascido(a) em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( )M ( )F

Endereço: \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_

Emitido em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**ANEXO 49** - Carteira de Gestante, frente e verso, papel 180g, dimensões: 22cm x 31cm.

FRENTE

<p><b>PESO MATERNO (porcentagem peso/ altura ideais)</b></p> <p>A - peso baixo B - peso normal C - sobrepeso</p> <p>IDADE GESTACIONAL (semanas)</p>	<p><b>SINAIS DE ALERTA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PERDA DE SANGUE OU LÍQUIDO PELA VAGINA;</li> <li>• INCHAÇO DO ROSTO OU DE TODO O CORPO;</li> <li>• DOR DE CABEÇA OU MANCHAS NA VISÃO, PROCURAR IMEDIATAMENTE A MATERNIDADE;</li> <li>• FEBRE OU CALAFRIOS;</li> <li>• SINAIS DE COMEÇO DO PARTO, QUALQUER QUE SEJA O TEMPO DE GRAVIDEZ;</li> <li>• FALTA DE MOVIMENTAÇÃO DE SEU BEBÊ POR MAIS DE 12 HORAS.</li> </ul>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL</p> <p>DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE SEÇÃO DE SAÚDE DA MULHER PROGRAMA DE PRÉ-NATAL</p> <p><b>CARTEIRA DA GESTANTE</b></p> <p>UNIDADE DE SAÚDE: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>ENDEREÇO: _____</p> <p>REFERÊNCIA HOSPITALAR: _____</p> <p>AGENDAMENTO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DATA:</th> <th>MÉDICO:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	DATA:	MÉDICO:																																																									
DATA:	MÉDICO:																																																												
<p><b>NOMOGRAMA</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ALTURA (cm)</th> <th>PESO (kg)</th> <th>PERCENTAGEM IDEAL DO PESO/ALTURA (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>140</td><td>30</td><td>75</td></tr> <tr><td>142</td><td>35</td><td>80</td></tr> <tr><td>144</td><td>40</td><td>85</td></tr> <tr><td>146</td><td>45</td><td>90</td></tr> <tr><td>148</td><td>50</td><td>95</td></tr> <tr><td>150</td><td>55</td><td>100</td></tr> <tr><td>152</td><td>60</td><td>105</td></tr> <tr><td>154</td><td>65</td><td>110</td></tr> <tr><td>156</td><td>70</td><td>115</td></tr> <tr><td>158</td><td>75</td><td>120</td></tr> <tr><td>160</td><td>80</td><td>125</td></tr> <tr><td>162</td><td>85</td><td>130</td></tr> <tr><td>164</td><td>90</td><td>135</td></tr> <tr><td>166</td><td>95</td><td>140</td></tr> <tr><td>168</td><td>100</td><td>145</td></tr> <tr><td>170</td><td>105</td><td>150</td></tr> <tr><td>172</td><td>110</td><td>155</td></tr> <tr><td>174</td><td>115</td><td>160</td></tr> <tr><td>100</td><td>120</td><td>165</td></tr> </tbody> </table>	ALTURA (cm)	PESO (kg)	PERCENTAGEM IDEAL DO PESO/ALTURA (%)	140	30	75	142	35	80	144	40	85	146	45	90	148	50	95	150	55	100	152	60	105	154	65	110	156	70	115	158	75	120	160	80	125	162	85	130	164	90	135	166	95	140	168	100	145	170	105	150	172	110	155	174	115	160	100	120	165	<p><b>SINAIS DE COMEÇO DO TRABALHO DE PARTO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ENDURECIMENTO DA BARRIGA, CADA VEZ MAIS FREQUENTE E MAIS FORTE, COM OU SEM PERDA DE MUCO (tipo "clara de ovo") PELA VAGINA;</li> <li>• TRABALHO DE PARTO ATIVO GERALMENTE COM 3 CONTRAÇÕES EM CADA 10 MINUTOS;</li> <li>• ROMPIMENTO DA BOLSA DAS ÁGUAS (perda de líquido).</li> </ul>
ALTURA (cm)	PESO (kg)	PERCENTAGEM IDEAL DO PESO/ALTURA (%)																																																											
140	30	75																																																											
142	35	80																																																											
144	40	85																																																											
146	45	90																																																											
148	50	95																																																											
150	55	100																																																											
152	60	105																																																											
154	65	110																																																											
156	70	115																																																											
158	75	120																																																											
160	80	125																																																											
162	85	130																																																											
164	90	135																																																											
166	95	140																																																											
168	100	145																																																											
170	105	150																																																											
172	110	155																																																											
174	115	160																																																											
100	120	165																																																											
	<p><b>DEPOIS DO PARTO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RETORNE EM ATÉ 30 DIAS PARA A REVISÃO;</li> <li>• CONVERSE COM SEU MÉDICO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS NO PÓS-PARTO;</li> <li>• AMAMENTE: O LEITE MATERNO É O MELHOR E MAIS COMPLETO ALIMENTO PARA SEU FILHO;</li> <li>• O BEBÊ DEVE COMEÇAR A MAMAR IMEDIATAMENTE APÓS O NASCIMENTO. PRATICAMENTE TODAS AS MÃES PODEM AMAMENTAR SEUS BEBÊS;</li> <li>• O ALEITAMENTO MATERNO ESTIMULA MAIOR PRODUÇÃO DE LEITE E AJUDA A PROTEGER O BEBÊ CONTRA DOENÇAS PERIGOSAS.</li> </ul> <p>• A GESTANTE NÃO DEVE FUMAR, TOMAR BEBIDAS ALCOÓLICAS OU USAR DROGAS, POIS O BEBÊ PODE SER PREJUDICADO.</p>																																																												





**ANEXO 50** - Check List - Ficha de Avaliação do Domicílio, dimensões: 21cm x 30cm.



#### CHECK LIST - FICHA DE AVALIAÇÃO DO DOMICÍLIO

**Instrução:**

Possível foco: todo o recipiente com água parada acumulada;

Foco: recipiente com larvas e/ou pupas de mosquito.

Este material deve servir como guia para ajudar o agente de saúde (PIM, ACS e ACE) os itens importantes de serem verificados durante as visitas domiciliares não sendo necessário a impressão de várias cópias do mesmo.

Itens	Foi verificado?	Possível foco?	Foco?
Pratos e vasos			
Lixeiras dentro de casa			
Lixeiras fora de casa			
Plantas com acúmulo de água. Ex.: Bromélias			
Tampinhas de garrafas, casca de ovo, latinhas, saquinhos plásticos, embalagens de vidro, copos descartáveis ou qualquer outro objeto que acumule água			
Vaso sanitário em desuso			
Ralos de cozinha			
Ralos de banheiros, duchas e áreas externas			
Bandejas externas de geladeiras			
Suporte de garrafões de água mineral			
Lagos, cascatas, espelhos d'água decorativos			
Piscinas em desuso ou não tratadas			
Piscinas em uso			
Pneus velhos e abandonados			
Calhas de água de chuva em desnível			
Garrafa PET e de vidro			
Lajes			
Cacos de vidros nos muros			
Baldes			
Entulho e lixo			
Materiais em uso que podem acumular água			
Aquários			
Terenos baldios			
Avaliado e encaminhado para notificação*			

\*Caso haja a presença de larvas, ovos ou locais de difícil acesso para remover o foco (ex.: terrenos baldios, lixo acumulado) notifique o Agente de Combate a Endemias de sua região, Enfermeiro Supervisor de sua equipe de Saúde da Família e ao TelessaúdeRS (0800 645 3308).

#### CHECK LIST - FICHA DE CUIDADOS PREVENTIVOS INDIVIDUAIS

Antes de sair do domicílio, confira se você forneceu as seguintes orientações aos moradores da casa:

Orientação	Orientação realizada?
Uso de repelentes no corpo, exceto em crianças com menos de seis meses	
Uso de repelentes no ambiente	
Uso de roupas claras, mangas compridas e calças, principalmente em caso de gestantes, e nos horários de maior risco de picadas	
Em caso de algum morador ter hábitos de dormir durante o dia utilizar mosquiteiro	
Orientar a gestante a realizar TODAS as consultas do Pré-Natal	



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



**ANEXO 51** – Check-list do Centro de Materiais e Esterilização, frente e verso, dimensões: 21cm x 30cm;



Check-list do Centro de Materiais e Esterilização		
<u>Unidade:</u>		
<u>Município:</u>		
<u>Responsável pelo preenchimento:</u>		
	SIM	NÃO
Possui área suja separada da área limpa?		
Área suja:		
Na área suja: existe local exclusivo de recebimento de material?		
Lavatório exclusivo para lavagem das mãos com os insumos necessários?		
Bancada com pia para lavagem de material?		
Saneantes são padronizados? Quais os utilizados: _____		
Se utiliza ácido peracético, realiza teste de concentração do mesmo?		
Possui escovas para a limpeza?		
Possui ar comprimido para secagem dos materiais?		
A caixa de descarte de material perfurocortante encontra-se em suporte exclusivo?		
Lixeiras com tampa e com pedal?		
Possui EPIs disponíveis? Quais são utilizados: _____		
Área limpa :		
Possui bancada para preparo do material?		
Qual embalagem é utilizada para a esterilização dos instrumentais? _____		
Possui rotulagem adequada?		
Possui Seladora?		
Qual o tipo de autoclave? _____		
Possui comprovação de manutenção preventiva/corretiva? (seladora, autoclave)		
É realizada a calibragem anual da incubadora?		
Realiza teste biológico na autoclave?		
Qual periodicidade? _____		
Se não realiza, qual o motivo? _____		
Possui registro dos testes da autoclave?		
Possui armário ou bancada para a guarda dos materiais esterilizados?		
Quais EPIs disponíveis? _____		
Educação permanente:		
São realizadas atividades de educação permanente contemplando o tema CME?		



Qual periodicidade?		
<hr/>		
Possui registro das capacitações?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Check-list Resíduos de Saúde		
	SIM	NÃO
Possui saco branco leitoso para descarte de resíduo contaminado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual cor de saco é utilizado para descarte de resíduos comum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O material perfurocortante acondicionado corretamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As lixeiras são identificadas corretamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lixeiras com tampa e acionamento por pedal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Há local para guarda temporário dos resíduos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Há local externo (abrigo de resíduos) para a guarda dos resíduos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual periodicidade é feita a coleta dos resíduos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**ANEXO 52 – Consentimento Informado do Paciente - Tele-ECG Digital, dimensões: 21cm x 30cm;**

**Consentimento Informado do Paciente**

Tele-ECG Digital: Implementação de Uma Estratégia Multicêntrica de Atendimento Cardiológico a Distância no Estado do Rio Grande do Sul/Brasil

Nome do Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

O(a) abaixo assinado(a) e identificado(a), sob a responsabilidade do médico(a) que assina este documento, declara ter recebido explicação clara e completa sobre a pesquisa acima mencionada a que submete-se de livre e espontânea vontade, reconhecendo que:

1º - Foi explicado que o objetivo do estudo é possibilitar atendimento de urgências cardiológicas em áreas remotas, com ênfase na abordagem pré-hospitalar de indivíduos com infarto do miocárdio, que podem se beneficiar de trombólise química (tenecteplase);

2º - Foi explicado que o tratamento do infarto do miocárdio com tenecteplase apresenta comprovação científica quanto ao benefício supera os possíveis riscos;

3º - O desconforto que poderei sentir é o da picada da agulha e a formação de um pequeno hematoma no local de outras complicações e efeitos adversos decorrentes da terapêutica proposta;

4º - Foi explicado que o médico que atende poderá lançar mão do recurso da seguinte opinião especializada através da videoconferência pela internet, com o intuito de decidir, com maior precisão, tanto o diagnóstico quanto a indicação do uso de tenecteplase;

5º - Foi dada a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou qualquer dúvida acerca dos riscos e benefícios da pesquisa. Se tiver novas perguntas posso contatar o Dr. Gabriel Fetter ou Dr. Adolfo Sparenberg, através dos telefones (51) 3230-3818 ou (51) 9348-8938.

6º - Foi dada liberdade de não dar meu consentimento e não participar do estudo sem que isso traga prejuízo à minha pessoa;

7º - Foi dada a garantia de não ser identificado(a) e de ser mantido o caráter confidencial de informação em relação a minha privacidade;

8º - Foi garantido que não terei gastos em participar do estudo;

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

Médico(a) Assistente Responsável: \_\_\_\_\_

Declaro que este formulário foi lido para o(a) paciente \_\_\_\_\_, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, pelo médico assistente responsável, enquanto eu estava presente.

Nome da Testemunha: \_\_\_\_\_

Assinatura da Testemunha: \_\_\_\_\_



**ANEXO 53** – Escala de Coelho, dimensões: 21cm x 30cm;



Escala de Coelho			
Dados do SISAB escore de pontuação de risco / Classificação das famílias segundo pontuação			
Dados do E-SUS (SENTINELAS DE RISCO)	Escore	Incidência	Escore Total
Domiciliados /Acamado	3		
Pessoa com Deficiência Física	3		
Saúde Mental ou Deficiência Intelectual / Cognitiva	3		
Baixas condições de saneamento	3		
Desnutrição (grave)	3		
Usuário de Álcool e / ou outras drogas	2		
Desemprego	2		
Analfabetismo	1		
Menor de seis meses	1		
Maior de 70 anos	1		
Pessoa com Hipertensão	1		
Pessoa com Diabetes	1		
Relação morador/cômodo – Se maior que 1	3		
Relação morador/cômodo – se igual a 1	2		
Relação morador/cômodo – se menor que 1	0		
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			

A partir da pontuação das sentinelas estabelece-se, de acordo com o Escore total, a classificação de risco que varia de E! risco menor a R3 risco Máximo			
Escore total	Classificação de risco		
Escore inferior a 5			
Escore 5 ou 6	R1		
Escore 7 ou 8	R2		
Maior que 9	R3		



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



**ANEXO 54** – Ficha de Cadastro – Sisvan, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm.



	<b>FICHA DE CADASTRO E ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DO SISVAN</b>	DIGITADO POR: _____	DATA: _____ / _____ / _____
		CONFERIDO POR: _____	FOLHA Nº: _____

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL: _____	CBO: _____	CÓD. CNES UNIDADE:* _____	CÓD. EQUIPE (INE): _____	MICROÁREA: _____
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____			LOCAL DE ATENDIMENTO:º _____	DATA:* _____ / _____ / _____

<b>CADASTRO DO INDIVÍDUO</b>			
Nº CARTÃO SUS:* _____	NIS (Nº Identificação Social): _____	Data de Nascimento:* _____ / _____ / _____	
Nome completo:* _____			
Nome completo da mãe:* _____			
<input type="checkbox"/> Desconhecido			
Sexo:* <input type="radio"/> 1. Masculino <input type="radio"/> 2. Feminino	Raça / Cor:* <input type="radio"/> 1. Branca <input type="radio"/> 2. Preta <input type="radio"/> 3. Parda <input type="radio"/> 4. Amarela <input type="radio"/> 5. Indígena	Povo / Comunidade tradicional:º _____	
Nacionalidade: <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Estrangeira	País de Nascimento: _____	UF Nascimento:* _____	Município Nascimento:* _____
Frequenta ou frequentou escola ou creche?º <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou?			
<input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo	<input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª) <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc) <input type="radio"/> Ensino Médio Especial	<input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Móbil, etc) <input type="radio"/> Nenhum <input type="radio"/> Sem informação	

<b>PROGRAMAS VINCULADOS</b>	
<input type="checkbox"/> Programa Bolsa Família <input type="checkbox"/> SISVAN <input type="checkbox"/> PSE	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

<b>CADASTRO DE DOMICÍLIO</b>			
Endereço completo (tipo de logradouro, nome do logradouro, número, complemento): _____			
Bairro: _____	CEP: _____	DDD: _____	Telefone: _____

<b>ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL</b>			
Criança < 10 anos (peso em kg):* _____	Altura (em cm):* _____	Peso ao nascer (em gramas): _____	
Adolescente ≥ 10 e < 20 anos (peso em kg):* _____	Altura (em cm):* _____		
Adulto ≥ 20 e < 60 anos (peso em kg):* _____	Altura (em cm):* _____	Perímetro da cintura (em cm): _____	
Idoso ≥ 60 anos (peso em kg):* _____	Altura (em cm):* _____	Perímetro da panturrilha (em cm): _____	
Gestante (peso em kg):* _____	Altura (em cm):* _____	Peso pré-gestacional (em kg): _____	DUM* _____ / _____ / _____
<b>Doenças*</b> <input type="checkbox"/> Anemia falciforme <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Outras doenças <input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares <input type="checkbox"/> Sem doenças <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica		<b>Deficiências e/ou intercorrências*</b> <input type="checkbox"/> Anemia ferropriva <input type="checkbox"/> IRA (Infecção Respiratória Aguda) <input type="checkbox"/> DDI (Distúrbio por Deficiência de Iodo) <input type="checkbox"/> Hipovitaminose A <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Outras deficiências e/ou intercorrências <input type="checkbox"/> Infecções intestinais virais <input type="checkbox"/> Sem deficiências e/ou intercorrências	
<b>Tipo de Acompanhamento*</b> <input type="radio"/> Atendimento na Atenção Básica <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> Chamada Nutricional <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> Saúde na Escola		<b>Grupos</b> <input type="checkbox"/> Hipertensos <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Diabéticos <input type="checkbox"/> _____	

\* Campo Obrigatório.

\*\* Campo obrigatório apenas para crianças menores de 2 anos.



Opção múltipla de escolha     Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

**(1) Local de atendimento:**

1. UBS
2. Unidade Móvel
3. Rua
4. Domicílio
5. Escola/Creche
6. Outros
7. Polo (Academia de Saúde)
8. Instituição / Abrigo
9. Unidade prisional ou congêneres
10. Unidade socioeducativa

**(2) Povo / Comunidade tradicional:**

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| 1. Povos quilombolas                     | 12. Pescadores artesanais          |
| 2. Agroextrativistas                     | 13. Pomeranos                      |
| 3. Caatingueiros                         | 14. Povos ciganos                  |
| 4. Caiçaras                              | 15. Povos de terreiro              |
| 5. Comunidades de fundo e fecho de pasto | 16. Quebradeiras de coco-de-babaçu |
| 6. Comunidades do cerrado                | 17. Retireiros                     |
| 7. Extrativistas                         | 18. Ribeirinhos                    |
| 8. Faxinalenses                          | 19. Seringueiros                   |
| 9. Geraizeiros                           | 20. Vazanteiros                    |
| 10. Marisqueiros                         | 21. Outros                         |
| 11. Pantaneiros                          |                                    |



**ANEXO 55** – Ficha de Acolhimento - CAPs, cada pagina em folha separada, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;



**FICHA DE ACOLHIMENTO**

DATA: \_\_\_\_\_

\*Nome: \_\_\_\_\_

\*Data de nascimento: \_\_\_\_\_ \*Raça\cor: \_\_\_\_\_ \*Sexo: \_\_\_\_

\*Idade: \_\_\_\_\_ \*Estado Civil: \_\_\_\_\_ \*Escolaridade: \_\_\_\_\_

\*Profissão atual/anterior: \_\_\_\_\_ \*Renda: \_\_\_\_\_

\*Nome da mãe: \_\_\_\_\_

\*Nome do Pai: \_\_\_\_\_

\*Entrevistado: \_\_\_\_\_

\*Familiar de Referência (nome completo, telefone e endereço):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\*Cartão SUS: \_\_\_\_\_

\*Identidade: \_\_\_\_\_ \*CPF: \_\_\_\_\_

\*Endereço: \_\_\_\_\_

\*Bairro: \_\_\_\_\_

\*Ponto de referência: \_\_\_\_\_

\*Telefone: \_\_\_\_\_

\*Cobertura de Estratégia de Saúde da Família: ( ) Sim ( ) Não

\*Nome da ESF: \_\_\_\_\_ \*ACS: \_\_\_\_\_

\*Mora com quem? Incluir usuário.

Nome	Parentesco	Escolaridade	Idade	Renda	Ocupação




\*Motivo da procura do atendimento (encaminhamentos, sinais, sintomas)

---

---

---

---

---

---

---

---

\*Percebeu desde quando? (sintomas repentinos, acidente, doenças, comportamento)

---

---

---

---

\*Usuário de álcool e outras drogas:

( ) Não ( ) Sim: ( ) Álcool ( ) Crack ( ) Maconha ( ) Outras drogas

Quais? \_\_\_\_\_

\*Tabagista? ( ) Não ( ) Sim

Tratamentos realizados:

---

---

---

---



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



---

---

\*Medicamentos em uso:

---

---

---

\*Possui internações? Quantas?

---

---

\*Histórico familiar (constituição da família, membros e relações familiares):

---

---

---

---

---

\*Histórico de adoecimento mental na família (transtornos, suicídio, alcoolismo)

---

---

---

---

---

\*Histórico da infância (desenvolvimento infantil, escolas, instituições, relações sócio afetivas, uso de substâncias químicas):

---

---

---



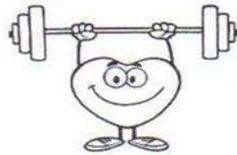
PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



**ANEXO 56** – Ficha de Anamnese - Academia da Saúde Popular, dimensões: 21cm x 30cm;



SMS SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
ACADEMIA DA SAÚDE POPULAR  
ANAMNESE ANO 2017

NOME \_\_\_\_\_

DATA NASC. \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_ FONE \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

**APRESENTA ALGUNS DESSES PROBLEMAS:**

- HIPERTENSÃO    DIABETES    SOBREPESO    LOMBALGIA  
 PRESSÃO BAIXA    CARDIOPATIA    RESPIRATÓRIO    DEPRESSÃO  
 DORES NO PEITO    TONTURA    TAQUICARDIA  
OUTROS \_\_\_\_\_

**EXAMES ATUAIS ALTERADOS:**

- COLESTEROL    TRIGLICERÍDEOS    GLICOSE    TIREÓIDE  
 ELETROCARDIOGRAMA    TESTE ERGOMÉTRICO

CIRURGIA RECENTE (QUAL) \_\_\_\_\_

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO, PSIQUIÁTRICO OU NEUROLÓGICO

**EM CASO DE NECESSIDADE QUEM DEVERÁ SER INFORMADO:**

NOME \_\_\_\_\_ FONE \_\_\_\_\_

DIAS E HORARIO DO TREINO \_\_\_\_\_

PRESSÃO ARTERIAL \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ ALTURA \_\_\_\_\_

**TERMO DE RESPONSABILIDADES**

Declaro estar em boas condições de saúde física e mental para prática de atividades nesta Academia; Declaro estar ciente de que quatro (4) faltas frequentes, sem aviso prévio, perderei a vaga na Academia; Atesto que as informações por mim prestadas são verdadeiras, atuais e correspondem a minha livre vontade de vir a Academia.

X \_\_\_\_\_

ASSINATURA E Nº CARTÃO SUS

\_\_\_\_\_



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



**ANEXO 57** – Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA), com dimensões: 21cm x 15cm;



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

**São Francisco de Assis**  
Pelo campo e cidade



**SIA/SUS-RS**  
Sistema de Informações  
Ambulatoriais  
do Sistema Único de Saúde

16. NÚMERO DO ATENDIMENTO

011

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

9. MOTIVO DO ATENDIMENTO

1. UNIDADE PRESTADORA DE ATENDIMENTO

NOME DA UNIDADE: SECRETARIA MUNICIPAL

DA SAÚDE

ENDEREÇO: RUA JOÃO MOREIRA, 1598

MUNICÍPIO: SÃO FCO. DE ASSIS UF: RS

CÓDIGO SIA/SUS: \_\_\_\_\_

2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

3. DATA DO ATENDIMENTO

4. HORA DO ATENDIMENTO

5. CÓDIGO ESPECÍFICO ATIVID. PROFIS. (TABELA 1)

6. CÓDIGO DA TABELA DE PROCEDIMENTO SIA/SUS

10. PROF. SETOR

11. TRATAMENTO/DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

12. ASS. E CARIMBO DO PROFISSIONAL

7. TIPO (TABELA 2)

8. GRUPO (TABELA 3)

13. DIAGNOSTICO/CID

14. ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

15. PLEGAR DIREITO

MOO\_SIASUS - 003



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



**ANEXO 58** – Ficha de Atendimento Ambulatorial Continuada (FAA Continuada), com dimensões: 21cm x 15cm;



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

# São Francisco de Assis

Pelo campo e cidade



**SIA/SUS-RS**  
SISTEMA DE INFORMAÇÕES  
AMBULATORIAIS  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

4. NÚMERO DO ATENDIMENTO

01111111111111111111

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL CONTINUADO**

9. MOTIVO DO ATENDIMENTO

1. UNIDADE PRESTADORA DE ATENDIMENTO

NOME DA UNIDADE: Secretaria Municipal  
de Saúde

ENDEREÇO: Rua João Moreira, 1598

MUNICÍPIO: São Francisco de Assis, UF: RS

CÓDIGO SIA/SUS: \_\_\_\_\_

2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: S. F. de Assis UF: RS

3. ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

MOD. SIA/SUS - 004 \_\_\_\_\_

5. TIPO DE ATENDIMENTO (TABELA 2)

6. CÓDIGO DA TABELA DE PROCEDIMENTO SIA/SUS

7. CÓDIGO DA ESPECIALIZAÇÃO DA ATIVIDADE DO PROFISSIONAL (TABELA 1)

8. GRUPO (TABELA 3)

10. DADOS DE EXAME CLÍNICO/TRATAMENTO/DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

11. DATA DO ATENDIMENTO

12. ASSIN. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

13. PEGUEGAR DIREITO



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



**ANEXO 59** – Ficha de Atendimento Individual, **frente e verso**, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;





PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



		Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13							
Problema/ Condição avaliada*	Doenças transmissíveis	Tuberculose	<input type="checkbox"/>																			
		Hanseníase	<input type="checkbox"/>																			
		Dengue	<input type="checkbox"/>																			
		DST	<input type="checkbox"/>																			
	Rastrea- mento	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>																			
		Câncer de mama	<input type="checkbox"/>																			
		Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>																			
		CIAP-2	<input type="checkbox"/>																			
	Outros	CIAP-2	<input type="checkbox"/>																			
CID-10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
CID-10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Exames solicitados (S) e avaliados (A)	Colesterol total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	EAS/EQU	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletrcardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletrforese de hemoglobina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Espirometria	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Exame de escarro	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Glicemia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemoglobina glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	LDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia de sífilis (VDRL)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para dengue	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Sorologia para HIV	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Teste de gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Urocultura	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Triagem neonatal	Teste da orelhinha (EOA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Teste do olhinho (TRV)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Outros exames (código do SIGTAP)	<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Ficou em Observação?	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO		
NAS/POLO	Avaliação/Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Procedimentos Clínicos/ Terapêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Prescrição terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conduta/Destche*	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Retorno p/ cuidado continuado/programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento para grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>Alta do episódio</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Encaminhamento	Encaminhamento interno no dia	<input type="checkbox"/>																			
		Encaminhamento p/ serviço especializado	<input type="checkbox"/>																			
		Encaminhamento p/ CAPS	<input type="checkbox"/>																			
Encaminhamento p/ internação hospitalar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encaminhamento p/ urgência		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encaminhamento p/ serviço de Atenção Domiciliar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encaminhamento intersetorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**Legenda:**  Opção múltipla de escolha  Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

**Local de Atendimento:** 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)

08 - Instituição/Abriço 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa **Aleitamento materno:** 01 - Exclusivo 02 - Predominante

03 - Complementado 04 - Inexistente **Racionalidade em saúde:** 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposofia Aplicada à Saúde

03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Ayurveda 06 - Outra (caso a racionalidade utilizada seja a Alopátia/Convencional, deixar este campo em branco)

**Modalidade de AD:** destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de Atenção Básica. AD2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. AD3: usuários com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.

\* Campo obrigatório



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



**ANEXO 60** – Ficha de Atendimento Odontológico Individual, **frente e verso**, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;

PREFEITURA MUNICIPAL ADM.2017/2020

# São Francisco de Assis

Pelo campo e cidade

	FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA:
		CONFERIDO POR:	/ /

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	/ /

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*		M/T/N												
Nº PRONTUÁRIO														
CNS DO CIDADÃO		<input type="checkbox"/>												
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		(F M)												
Local de atendimento* (ver legenda)		<input type="checkbox"/>												
Paciente com necessidades especiais		<input type="checkbox"/>												
Gestante		<input type="checkbox"/>												
Tipo atendimento*	Consulta agendada	<input type="checkbox"/>												
	Demanda Espontânea	<input type="checkbox"/>												
	Escuta inicial/Orientação	<input type="checkbox"/>												
	Consulta no dia	<input type="checkbox"/>												
Tipo de consulta*	Atendimento de urgência	<input type="checkbox"/>												
	Primeira consulta odontológica programática	<input type="checkbox"/>												
	Consulta de retorno em odontologia	<input type="checkbox"/>												
	Consulta de manutenção em odontologia	<input type="checkbox"/>												
Vigilância em Saúde Bucal*	Abscesso dentoalveolar	<input type="checkbox"/>												
	Alteração em tecidos moles	<input type="checkbox"/>												
	Dor de dente	<input type="checkbox"/>												
	Fendas ou fissuras labiopalatais	<input type="checkbox"/>												
	Fluorose dentária moderada ou severa	<input type="checkbox"/>												
	Traumatismo dentoalveolar	<input type="checkbox"/>												
	Não identificado	<input type="checkbox"/>												
		<input type="checkbox"/>												
Procedimentos (quantidade realizada)	Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)	<input type="checkbox"/>												
	Adaptação de prótese dentária	<input type="checkbox"/>												
	Aplicação de cariostático (por dente)	<input type="checkbox"/>												
	Aplicação de selante (por dente)	<input type="checkbox"/>												
	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)	<input type="checkbox"/>												
	Capeamento pulpar	<input type="checkbox"/>												
	Cimentação de prótese dentária	<input type="checkbox"/>												
	Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico	<input type="checkbox"/>												
	Drenagem de abscesso	<input type="checkbox"/>												
	Evidenciação de placa bacteriana	<input type="checkbox"/>												
	Exodontia de dente decíduo	<input type="checkbox"/>												
	Exodontia de dente permanente	<input type="checkbox"/>												
	Instalação de prótese dentária	<input type="checkbox"/>												
	Moldagem dentogengival p/ construção de prótese dentária	<input type="checkbox"/>												
	Orientação de higiene bucal	<input type="checkbox"/>												



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

# São Francisco de Assis

Pelo campo e cidade

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Procedimentos (quantidade realizada)	Profílatia/Remoção da placa bacteriana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pulpotomia dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Radiografia periapical/interproximal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Raspagem alisamento subgingivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente decíduo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente permanente anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente permanente posterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Selamento provisório de cavidade dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tratamento de alveolite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ulotomia/ulectomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Outros procedimentos (código do SIGTAP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fornecimento	Escova dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Creme dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fio dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Condição/Desfecho*	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ outros profissionais AB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ Nasf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>Alta do episódio</b>		<input type="checkbox"/>												
	<b>Tratamento concluído</b>		<input type="checkbox"/>												
	Encaminhamento	Atendimento a pacientes c/ necessidades especiais	<input type="checkbox"/>												
		Cirurgia BMF	<input type="checkbox"/>												
		Endodontia	<input type="checkbox"/>												
		Estomatologia	<input type="checkbox"/>												
		Implantodontia	<input type="checkbox"/>												
		Odontopediatria	<input type="checkbox"/>												
		Ortodontia/Ortopedia	<input type="checkbox"/>												
		Periodontia	<input type="checkbox"/>												
Prótese dentária		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiologia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Legenda:  Opção múltipla de escolha     Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Local de Atendimento: 01 - UBS    02 - Unidade móvel    03 - Rua    04 - Domicílio    05 - Escola/Creche    06 - Outros    07 - Polo (Academia da Saúde)

08 - Instituição/Abrigo    09 - Unidade prisional ou congêneres    10 - Unidade socioeducativa

\* Campo obrigatório

\*\* Este campo não é obrigatório caso o tipo de atendimento for de demanda espontânea



**ANEXO 61** – Ficha de Atividade Coletiva, **frente e verso**, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;



**ANEXO 62** – Ficha de Cadastramento da Gestante, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

**SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0**

SISPRENATAL Nº: \_\_\_\_\_

**FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE** Data do atendimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

DADOS DO ESTABELECIMENTO

1 Município do atendimento

2 Código do IBGE

3 Sigla da UF

4 Nome do Estabelecimento de Saúde

5 Código CNES

6 Nº área

7 Nº microárea

8 Nome do profissional

CBO

9 Cartão nacional de saúde - CNS profissional

10 Nº do cartão nacional de saúde- CNS da gestante

11 N.º inscrição social- NIS

12 Nome da gestante

13 Data nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

14 Nome da mãe da gestante

15 Idade: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 menor de 15 anos

DADOS PESSOAIS

16 Nome: Representante familiar: ( se menor incapaz)

17 Nº NIS

18 Município de residência:

19 UF:

19 Código IBGE

20 Logradouro (Rua avenida):

21 Bairro:

22 Nº

23 Complemento

24 Ponto de referência

25 CEP

Zona: 1-urbana/ 2- rural/ 3- periurbana/ 9 Ignorado

Nacionalidade: 1- brasileira / 2- estrangeira

Reside no Brasil: 1- sim / 2 - não

26 Telefone fixo

27 Celular

28 E-mail:

29 Escolaridade

30 Estado civil/união

31 Raça/cor (por autodeclaração):

- 01 Analfabeto
- 02 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)
- 03 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)
- 04 9ª a 11ª série incompleta do EF (antigo ginasial ou 1º grau)
- 05 Ensino Fundamental completo (antigo ginasial ou 1º grau)
- 06 Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
- 07 Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)
- 08 Educação superior incompleta
- 09 Educação superior completa
- 10 Ignorado
- 110 Não se aplica

- 01 Convive com companheiro e filhos
- 02 Convive com companheiro, com filhos e outros familiares
- 03 Convive com companheiro, com filhos e outros familiares
- 04 Convive com familiares, sem companheiro
- 05 Convive com outros (parentes) sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais
- 06 Vive so

- 11 branca
- 12 preta
- 13 amarela
- 14 parda
- 15 indígena
- 19 Ignorada

PREENCHER COM APENAS UM DOS DOCUMENTOS

32 Nome do cartório:

33 Certidão:  [1] Nascimento [2] Casamento [3] Separação/Divórcio

34 Livro:

35 Folha:

36 Termo:

37 Data de emissão:

38 Identidade:

39 Data de emissão:

40 Órgão Emissor:

41 UF:

42 Carteira de trabalho:

43 Série:

44 UF:

45 CPF:

**FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE**

DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL

Consulta do:  [1] - 1º Trimestre [2] - 2º Trimestre [3] - 3º Trimestre [9] - Ignorado

46 DUM: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

47 DPP: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

48 Altura/cm

49 Peso/gramas

50 Precisa de auxílio de deslocamento  NÃO  SIM

51 Semanas de gestação, se DUM ignorada: \_\_\_\_\_

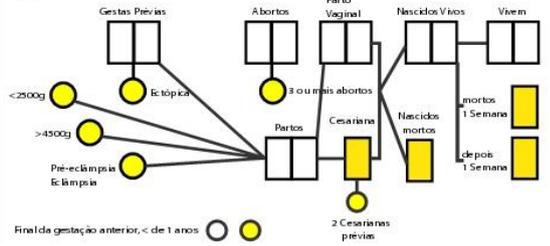
52 Tipo de gravidez:  
 Única  
 Gêmelar  
 Tripla ou mais  
 Ignorada

53 Gravidez Planejada  NÃO  SIM

54 IG (sem./dias pelo ultrassom): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

55 Data do ultrassom: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**56 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS** ANTECEDENTES CLÍNICOS



Diabetes  NÃO  SIM

Pré-eclâmpsia  NÃO  SIM

Eclâmpsia  NÃO  SIM

Cardiopatia  NÃO  SIM

Tromboembolismo  NÃO  SIM

Doença Mental  NÃO  SIM

Hipertensão  NÃO  SIM

Outros, qual: \_\_\_\_\_

Final da gestação anterior, < de 1 ano  NÃO  SIM



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

SISPRENATAL: \_\_\_\_\_

**SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO  
PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0**

**FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE - Continuação** Data do atendimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

GESTAÇÃO ATUAL	57	NÃO	SIM	Trabalho de parto prematuro	NÃO	SIM	Rotura prematura de membranas	NÃO	SIM	Diabetes Gestacional	NÃO	SIM	Hemorragia 1º Trim.	NÃO	SIM
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Isomunização RH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Incontinência Istmo-Cervical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Se, sim: Insulina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemorragia 2º Trim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Infecção urinária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HIV/AIDS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pré-Eclâmpsia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemorragia 3º Trim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Oligo/polidrâmnio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cigarros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Eclâmpsia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hipertensão em uso de medicamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Violência doméstica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pós-Datismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cardiopatía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	CIUR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

58 Situação da vacina antitetânica	59 Hepatite B	60 INFLUENZA
<input type="checkbox"/> [1] Não vacinada <input type="checkbox"/> [2] Imunizada a menos de 5 anos <input type="checkbox"/> [3] Imunizada a mais de 5 anos <input type="checkbox"/> [4] Vacinação incompleta <input type="checkbox"/> [9] Ignorado	<input type="checkbox"/> [1] Sim <input type="checkbox"/> [2] Não <input type="checkbox"/> [9] Ignorado	<input type="checkbox"/> [1] Sim <input type="checkbox"/> [2] Não <input type="checkbox"/> [9] Ignorado
INFORMA DOSE: 1ª ____/____/____ 2ª ____/____/____ 3ª ____/____/____ Reforço ____/____/____	INFORMA DOSE: 1ª ____/____/____ 2ª ____/____/____ 3ª ____/____/____	DATA ____/____/____

61 Unidade de referência pré-natal de alto risco: \_\_\_\_\_ Código CNES: \_\_\_\_\_

62 Realizado Atendimento odontológico:  [1] - SIM [2] - NÃO [9] - Ignorado

63 Participação em atividade educativa:  [1] - SIM - DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ [2] - NÃO

64 Realizou visita à maternidade:  [1] - SIM - DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ [2] - NÃO

TESTES RÁPIDOS	SOLICITAÇÃO	RESULTADO	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
	65 Gravidez	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____	66 Sífilis
67 HIV	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____	68 Dosagem de proteína úria (FITA REAGENTE POSITIVO)	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____

EX. DE ROTINA	SOLICITAÇÃO	RESULTADO	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
	69 Tipagem Sanguínea e Fator RH negativo	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: ____/____/____	70 Hemoglobina HB<11g/dl
71 Glicemia de Jejum maior que 95mg/dL	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: ____/____/____	72 VDRL+	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Data: ____/____/____ Tratada? ( ) Sim ( ) Não
73 Sorologia+ p/Hep.B (HBsAg)	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: ____/____/____	74 Toxoplasmose	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Data: ____/____/____
75 Urina, Alteração?	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: ____/____/____ Tratada? ( ) Sim ( ) Não	IgG Positivo?	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Data: ____/____/____
77 Anti-HIV Positivo?	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: ____/____/____	IgM Positivo?	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Data: ____/____/____
79 Ultrassom Obstétrico	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: ____/____/____	76 Urocultura Positiva?	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Data: ____/____/____ Tratada? ( ) Sim ( ) Não
			78 Outros informar:	_____

EX. ADICIONAIS	SOLICITAÇÃO	RESULTADO	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
	80 Coombs Indireto positivo	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: ____/____/____	81 Eletroforese de Hemoglobina alterada.
82 Parasitologia de Fezes+	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: ____/____/____		
83 TOT alterado	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: ____/____/____		

EX. EXAMES ESPECIAIS	SOLICITAÇÃO	RESULTADO	SOLICITAÇÃO	RESULTADO
84 Contagem de Plaquetas	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: ____/____/____	85 Dosagem de Ácido Úrico	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Data: ____/____/____
86 Dosagem de Uréia	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: ____/____/____	87 Dosagem de Creatinina	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Data: ____/____/____
88 Dosagem de Proteína Urina 24h	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: ____/____/____	89 Eletrocardiograma	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Data: ____/____/____
90 Ultrassom Obstétrico com Doppler	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: ____/____/____	91 Outros	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM Data: ____/____/____
92 Cardiocardiografia	<input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	Data: ____/____/____		

93 Responsável pela digitação: \_\_\_\_\_ Data da digitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



**ANEXO 63** – Ficha de Cirurgias, dimensões: 21cm x 30cm.



PREFEITURA MUNICIPAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Secretária Municipal da Saúde	<p>Dados referentes ao paciente:  Nome: _____  Idade: _____  Endereço: _____</p> <p>Cirurgia solicitada:  <b><u>CABECA E PESCOÇO:</u></b>  <input type="checkbox"/> Tireoidectomia  <input type="checkbox"/> Linfadenectomia Cervical Radical  <input type="checkbox"/> Ressecção Cisto Tireoglossos  <input type="checkbox"/> Res. Glândula Sub Mandibular / Sub Lingual</p> <p><b><u>CIRURGIA PROCTOLÓGICA:</u></b>  <input type="checkbox"/> Hemorroidectomia  <input type="checkbox"/> Fistulectomia  <input type="checkbox"/> Fissurectomia  <input type="checkbox"/> Colostomia</p> <p><b><u>CIRURGIA UROLÓGICA:</u></b>  <input type="checkbox"/> Prostatectomia  <input type="checkbox"/> Nefrectomia  <input type="checkbox"/> Ressecção de Cisto renal ou Cálculo renal  <input type="checkbox"/> Ureterolitotomia  <input type="checkbox"/> Postectomia  <input type="checkbox"/> Hidrocele  <input type="checkbox"/> Varicocele  <input type="checkbox"/> Epididimectomia  <input type="checkbox"/> Orquiectomia  <input type="checkbox"/> Orquidopexia</p> <p><b><u>CIRURGIA VASCULAR PERIFÉRICA:</u></b>  <input type="checkbox"/> Safenectomia  <input type="checkbox"/> Tratamento de úlceras com enxerto</p>	<p><b><u>CIRURGIA TORÁXICA:</u></b>  <input type="checkbox"/> Toracotomia  <input type="checkbox"/> Resc. Parciais de Pulmão  <input type="checkbox"/> Drenagem de Tórax</p> <p><b><u>CIRURGIA GINECOLÓGICA:</u></b>  <input type="checkbox"/> Histerectomia  <input type="checkbox"/> Anexectomia  <input type="checkbox"/> Salpingetomia  <input type="checkbox"/> Ooforectomia  <input type="checkbox"/> Miomectomia  <input type="checkbox"/> Laqueadura Tubárea  <input type="checkbox"/> Perineorrafia  <input type="checkbox"/> Mastectomia  <input type="checkbox"/> Ressecção de Nódulos de Mama Grandes  <input type="checkbox"/> Ginecomastia  <input type="checkbox"/> Cauterização de feridas do Colo Uterino</p> <p><input type="checkbox"/> Ex. Cisto Pilonidal Técnica Fechada  <input type="checkbox"/> Ex. Cisto Pilonidal Técnica Aberta  <input type="checkbox"/> Ex. Cisto Sinovial Punho – Mão ou Pé</p> <p><b><u>CIRURGIAS AMBULATORIAIS:</u></b>  <input type="checkbox"/> Ex. Cistos Cebáceos  <input type="checkbox"/> Cauterização de Verrugas e Sinais  <input type="checkbox"/> Drenagem de Abscesso  <input type="checkbox"/> Ex. Lipomas  <input type="checkbox"/> Ex. Unha Encravada  <input type="checkbox"/> Cantoplastia  <input type="checkbox"/> Ex. e sutura de TU cutâneos da face – pescoço e outros</p>	<p><b><u>CIRURGIAS DO APARELHO DIGESTIVO:</u></b>  <input type="checkbox"/> Hepatectomia parcial ou resc. De cistos ou tumores hepáticos  <input type="checkbox"/> Coledocotomia  <input type="checkbox"/> Colectectomia  <input type="checkbox"/> Esplenectomia  <input type="checkbox"/> Gastrectomia  <input type="checkbox"/> Gastrostomia  <input type="checkbox"/> Apendicectomia  <input type="checkbox"/> Hemicolectomia  <input type="checkbox"/> Resc. Parcial Lábio – Gengiva ou Língua – por Tumor  <input type="checkbox"/> Henrriorrafia Hiatal  <input type="checkbox"/> Herniorrafia inguinal com tela  <input type="checkbox"/> Herniorrafia inguinal sem tela – Crural – Epigástrica – Incisional pequena  <input type="checkbox"/> Henrriorrafias Incisionais de grande porte com tela  <input type="checkbox"/> Laparotomia Exploradora</p> <p><b><u>AMPUTAÇÕES:</u></b>  <input type="checkbox"/> Amputações dedos mãos ou pés - Aberta  <input type="checkbox"/> Amputações dedos mãos ou pés – Fechada  <input type="checkbox"/> Amputação perna ou antebraço  <input type="checkbox"/> Amputação supra condiliana da coxa</p>
	<p>Médico que encaminhou: _____</p> <p>Responsável pelo atendimento na SMS: _____  Data: ____/____/____</p>		
Médico Cirurgião	<p>Classificação das cirurgias:  I – Emergência ( )  II – Urgência ( )  III – Requerida ( )  IV – Eletiva ( )  V – Opcional ( )</p> <p>Data para internação hospitalar: ____/____/____  Data para realização da cirurgia: ____/____/____  Assinatura do Cirurgião: _____</p>	<p>Tipo de Anestesia Planejada:  I – Geral ( )  II – Regional ( )  III – Medular ( )  IV – Local ( )</p>	
	<p>Autorização da Secretaria Municipal de Saúde: _____</p>		



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



**ANEXO 64** – Ficha de Controle da Doença de Chagas - Diário de Pesquisa e Borrifação, dimensões: 21cm x 17cm;

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE – RS					
PROGRAMA DE CONTROLE DA DOENÇA DE CHAGAS					
DIÁRIO DE PESQUISA E BORRIFAÇÃO					
					FPCDCH-01
<b>1- Localização da Unidade Domiciliar</b>					
Cód. Município	Nome do Município			Data Atividade	Atividade
Cód. Localidade	Nome da Localidade			___/___/___	<input type="checkbox"/> 1-Pesquisa <input type="checkbox"/> 2-Borrifação <input type="checkbox"/> 3-Atend.PIT
<b>2- Dados da Pesquisa e Borrifação</b>					
Nº Casa	Compl.	Pendência da Pesquisa		Pendência da Borrifação	
		<input type="checkbox"/> 1-Recusa <input type="checkbox"/> 2- Casa Fechada		<input type="checkbox"/> 1-Recusa <input type="checkbox"/> 2-Casa Fechada	
Nome do Morador/Colaborador				N.º Hab.	N.º Anexo
Tipo de Parede					
<input type="checkbox"/> 1-Alvenaria c/ Reboco <input type="checkbox"/> 2-Alvenaria s/ Reboco <input type="checkbox"/> 3-Barro c/ Reboco <input type="checkbox"/> 4-Barro s/ Reboco <input type="checkbox"/> 5-Madeira <input type="checkbox"/> 6-Outros					
Tipo de Teto					
<input type="checkbox"/> 1-Telha <input type="checkbox"/> 2-Palha <input type="checkbox"/> 3-Madeira <input type="checkbox"/> 4-Metálico <input type="checkbox"/> 5-Outros					
Situação da Casa					
<input type="checkbox"/> 1-Nova <input type="checkbox"/> 2-Demolido					
Intradomicílio			Peridomicílio		
Captura	Presença de Vestígios	Utilizado	Captura	Presença de Vestígios	
<input type="checkbox"/> 1-Triatomíneo <input type="checkbox"/> 2-Outros Insetos	<input type="checkbox"/> 1-Ovos <input type="checkbox"/> 2-Outros Vestígios	<input type="checkbox"/> 1-Bio Sensor	<input type="checkbox"/> 1-Triatomíneo <input type="checkbox"/> 2-Outros Insetos	<input type="checkbox"/> 1-Ovos <input type="checkbox"/> 2-Outros Vestígios	
Tipo de Desalojante		N.º de Cargas	Tipo de Inseticida		N.º De Cargas
N.º do PIT	N.º Notif.	Mat. Ag. Saúde	Assinatura do Agente de Saúde		
Data do Visto	Visto do Chefe de Equipe			ETIQUETA	



**ANEXO 65** – Ficha de Encaminhamento para o Ambulatório de HAS e DM do HRSM, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;




**GOVERNO DO ESTADO  
RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DE SAÚDE**

**INSTITUTO DE CARDIOLOGIA  
Fundação Interdisciplinar de Cardiologia  
Hospital Regional de São José**

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE HAS E DM DO HRSM**

**Instruções para preenchimento:**

- Este formulário foi elaborado a partir das Notas técnicas da Secretaria Estadual de Saúde: **Nota técnica 02/2018 - atenção ao indivíduo portador de diabetes mellitus;** e **Nota técnica 03/2018 - atenção ao indivíduo portador de hipertensão arterial sistêmica na atenção básica contém informações básicas dos pacientes.**
- Sendo assim, contém informações básicas e imprescindíveis para a qualificação dos atendimentos no Ambulatório Regional; portanto todos os campos devem ser preenchidos com atenção, e os pacientes deverão portar consigo na data de atendimento, os exames informados neste formulário.
- Existem informações comuns a usuários portadores de HAS ou DM, assim como campos específicos a cada patologia, os quais deve ser preenchidos conforme a classificação do paciente.
- Os formulários de encaminhamento devem ser enviados ao seguinte endereço de E-mail: [ambulatório@hospitalregionalsm.org.br](mailto:ambulatório@hospitalregionalsm.org.br)

<b>DADOS PESSOAIS</b>		
Medidas da pressão arterial (apenas pacientes com DM)		
Medição completa:	Data:	PA:
Medição simplificada:	Data:	PA:
Data de nascimento:	Nº do cartão do SUS:	
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino	Município de residência:	
Telefone:	CPF:	RG:
Endereço:		
<b>CONTROLE DO ATENDIMENTO</b>		
Unidade Básica de Saúde de Referência:		
Município da Unidade:	Código CNES da unidade:	
Telefone:	Email da unidade:	
Nome do ACS:		
<b>DADOS DA CENTRAL DE AGENDAMENTOS</b>		
Serviço solicitante:		
E-mail:		
Telefone:	Nome do agendador:	
<b>INFORMAÇÕES GERAIS</b>		
<b>Principal Motivo De Encaminhamento:</b> ( ) Diabetes Mellitus (DM) ( ) Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)		
<b>Justificativa para o encaminhamento (descreva os indicativos de risco encontrados):</b>		
<b>CONDIÇÕES GERAIS</b>		
Peso: ___ kg	Altura: ___ m.	
Internações por complicações agudas nos últimos 12 meses ( ) sim ( ) não		
Motivo:		
Capacidade de autocuidado: Suficiente ( ) Insuficiente ( )		
Condição clínica associada:		
Lesão de órgão alvo:		
Tabagista ( ) sim ( ) não		
Usuário de álcool e outras drogas ( ) sim ( ) não ( ) Quais?		
<b>DIABÉTICO DE ALTO /MUITO ALTO RISCO</b>		
Tempo de diagnóstico de DM:		
Insulina em uso: ( ) sim ( ) não	Dose:	Posologia:
<b>Outras situações:</b> ( ) baixa acuidade visual repentina ( ) DM com DRC ( ) DM I ( ) DM com perda de sensibilidade protetora plantar e ou alterações na avaliação vascular dos pés.		
<b>HIPERTENSO DE ALTO RISCO</b>		
Tempo de diagnóstico de HAS:		
Resultado do Escore de Framingham revisado:		
<b>Outras situações:</b> ( ) HAS com DRC ( ) HAS resistente ( ) suspeita de HAS secundária		



FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE HAS E DM DO HRSM

EXAMES COMUNS					
Exames	Data	Resultado	Exames	Data	Resultado
Hemograma			Uréia		
Colesterol total			EQU		
HDL			Potássio		
Triglicerídeos			TGO		
Ácido úrico			TGP		
Creatinina sérica			Glicemia jejum		
ECG de repouso		<i>Descrição do Resultado:</i>			

Para usuários HAS			Para usuários DM		
Exames	Data	Resultado	Exames	Data	Resultado
Albumina			Glicemia pós prandial		
Microalbumina			Hemoglobina glicada		
RX de Tórax AP + Perfil		<i>Descrição do Resultado:</i>			

MEDICAÇÃO EM USO: (obrigatória apresentação de receita)		
Medicamento	Dosagem	Horário

Número de Teleconsultoria, caso discutido com o Telessaúde:

Data de preenchimento da ficha:

Responsável pelo preenchimento:	
NOME:	CATEGORIA E REGISTRO PROFISSIONAL

Orientações:

- Os pacientes deverão levar consigo os seguintes documentos no data de atendimento: *documento de identidade, cartão SUS, comprovante de endereço, exames realizados anteriormente, receita médica dos fármacos em uso.*
- Cabe salientar que devido a rotina de horários do transporte dos municípios, deve-se orientar os pacientes quanto a levar consigo algum tipo de alimentação para o período em que estarão aguardando, tendo em vista a ausência de estabelecimentos comerciais nas proximidades do ambulatório do Hospital Regional.



**ANEXO 66** – Ficha de Gestante, dimensões: 21cm x 30cm.



PREFEITURA MUNICIPAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**FICHA DE GESTANTE**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome:		
Data de Nascimento:	Idade:	
Endereço:	Bairro/Estado:	
Telefone/Referência:		
Estado Civil:	Profissão/Conjuge:	
Escolaridade:	Profissão:	
Renda Familiar:		
Moradia: ( ) Madeira	( ) Alvenaria	( ) Material Aproveitado
( ) Banheiro	( ) Latrina	( ) Céa Aberto
Abastecimento de Água: ( ) Rede Pública ( ) Poço ou Nascente		

DADOS ESPECÍFICOS DA GESTANTE

Data Última Menstruação: (DUM)	Peso Início Gestação: [ ]		
Idade Gestacional: (IG)	( ) Nutrida ( ) Desnutrida		
Data Provável do Parto: (DPP)			
Gesta:		Para:	
N.º Partos: Vaginal: [ ]	Cesária: [ ]	Aborto: [ ]	Fórceps: [ ]
N.º Nativos: [ ]	N.º Natimortos: [ ]	N.º Neomortos: [ ]	
Peso RNS:	Intervalo entre Gestações:		
Imunização (Anti-Tetânica): ( ) Esquema Completo	( ) Não Sabe Informar		
( ) Nunca Fez	( ) Esquema Incompleto		
Fez Pré-Natal nas outras Gestações: ( ) Sim ( ) Não			
Antecedentes Mórvidos:			
HAS: [ ]	Diabetes: [ ]	Cardiopatía: [ ]	Infecção Urinária: [ ]
DST/AIDS: [ ]	Pré-Eclâmpsia: [ ]	Tabagismo: [ ]	Uso Álcool: [ ]
Outras Drogas: [ ]	Trabalho/Parto Prematuro: [ ]		

OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



30cm;  
**ANEXO 67** – Ficha de Identificação de Artrópodos – FIA, colorido, dimensões: 21cm x



CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ARTRÓPODOS - FIA

Para uso do laboratório	Nº de Registro:.....
	Data de Recebimento:..... / ..... / .....

**Encaminhado por**

Responsável pelo envio:..... data de envio ao laboratório: ..... / ..... / .....

Fone: ( )..... Protocolo FomSUS 27061 .....

e-mail:..... Município: ..... / ..... CRS

**DADOS DE COLETA**

Endereço: ..... casa nº ..... PIT .....

Localidade/Bairro: ..... Município: .....

Coordenadas geográficas: Latitude S \_\_\_\_° \_\_\_\_' \_\_\_\_" Longitude WO \_\_\_\_° \_\_\_\_' \_\_\_\_" DATUM WGS84

Zona: ( ) Urbana ( ) Rural Tipo de imóvel: ( ) Residência ( ) Comércio ( ) Outro.....

( ) Intradomiciliar ( ) Peridomiciliar Local específico: .....

Coleta realizada em: ( ) humano Cite a região da agressão: .....

( ) animal Cite o animal: .....

Nº de exemplares..... Data: ..... / ..... / ..... Horário: ..... h

Coletor: ..... Fone: ( ) ..... e-mail: .....

Observações: .....

<b>ESPÉCIMEN(S) RECEBIDO(S) - para uso do laboratório</b>	
Nome popular: .....	Classe: ( ) Insecta ( ) Arachnida Outra: .....
Ordem/Família: .....	Nome científico: .....
Interesse em Saúde Pública: ( ) Sim ( ) Não	
Estágio e quantidade: ( ) Ovo: ..... ( ) Imaturo: ..... ( ) Adulto: ..... fêmea: ..... macho: .....	
Material inadequado para identificação: ( ) danificado Outros: .....	
Outros exames: .....	
Enviado para: ( ) Descarte ( ) Mostruário ( ) Coleção LACEN ( ) Especialista/Instituição: .....	
Informação prestada para: ( ) solicitante ( ) CIT ( ) DVA ( ) CRS ( ) município	
( ) e-mail ( ) telefone ( ) whatsapp ( ) correio ( ) motorista	
por:..... para ..... em: ..... / ..... / .....	
Data: ..... / ..... / .....	Responsável Técnico



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



**ANEXO 68** – Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil – Identificação de Possível Óbito Materno – MIF, colorido, dimensões: 21cm x 30cm.



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise de Situação de Saúde

**MIF**

Nº do Caso

--	--	--	--

## Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil

### Identificação de possível óbito materno

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA			
1 Nome da falecida			
2 Nº da Declaração de Óbito		3 Data do óbito	
4 Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av)		Nº	Compl.
Bairro	Distrito/Povoado	Local	<input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
5 Município de residência			UF
6 Nº do Cartão SUS		7 Equipe/PACS/PSF	
8 Centro de Saúde/UBS		9 Distrito Sanitário/Administrativo	
OCORRÊNCIA			
10 Local de ocorrência do óbito			
Nome do estabelecimento		Código CNES	
11 Município de ocorrência			UF
IDENTIFICAÇÃO DE ÓBITO MATERNO			
12 A falecida estava grávida no momento do óbito?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
13 A falecida esteve grávida nos 12 meses anteriores à morte?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
<p>Em caso positivo ou "não sabe" em qualquer das perguntas (12 e 13) acima deve-se prosseguir com a M3 – Ficha de Investigação do Óbito Materno – Entrevista domiciliar. Em caso negativo a Ficha de Investigação do Óbito com Causa Mal Definida e o formulário da Autópsia Verbal devem ser aplicados durante a entrevista domiciliar se a causa da morte for mal definida ou indeterminada.</p>			
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
14 Resumo do caso – Anotar um breve resumo da doença ou situação que levou à morte, justificando a exclusão de óbito materno.			
15 Data da investigação			
16 Responsável pela investigação			
Nome		Carimbo e rubrica	



**ANEXO 69** – Ficha de Investigação de Óbito Materno – Entrevista Domiciliar – M3, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm.



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise de Situação de Saúde

M3

Nº do Caso  
\_\_\_\_

## Ficha de Investigação de Óbito Materno

### Entrevista domiciliar

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA			
1	Nome da falecida		
2	Nº da Declaração de Óbito	3	Data do óbito
4	Endereço de residência da família: (Rua/Praça/Av.)		Nº Compl.
Bairro		Distrito/Povoado	Local <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
5	Município de residência		UF
6	Nº do Cartão SUS	7	Equipe/PACS/PSF
8	Centro de Saúde/UBS	9	Distrito Sanitário/Administrativo
IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO			
10	Nome do(a) entrevistado(a)		
10.1	Relação com a falecida <input type="checkbox"/> esposo <input type="checkbox"/> irmã <input type="checkbox"/> outro. Especificar _____		
CARACTERÍSTICA DA FALECIDA E DA FAMÍLIA			
11	Qual a idade da falecida? _____ anos		
12	Qual era a raça/cor da falecida?		
		<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena
		<input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> não sabe
13	Ela frequentou a escola até que ano? (último ano de aprovação)		
		<input type="checkbox"/> série	<input type="checkbox"/> grau <input type="checkbox"/> não sabe
13.1	Assinalar qual a escolaridade		
		<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto
		<input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo	<input type="checkbox"/> Ensino superior completo
		<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto	<input type="checkbox"/> Não frequentou a escola
		<input type="checkbox"/> Ensino médio completo	<input type="checkbox"/> Não sabe
14	Ela vivia com um companheiro? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe		
15	Qual o estado civil? <input type="checkbox"/> solteira <input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> união estável <input type="checkbox"/> viúva <input type="checkbox"/> não sabe		
16	A falecida tinha algum convênio privado de saúde? <input type="checkbox"/> sim, qual? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe		
17	Quantas pessoas moram nesta casa? _____ pessoas <input type="checkbox"/> não sabe		
18	Quantas torneiras para saída de água (pontos de água) existem nesta casa? _____ torneiras (pontos de água) <input type="checkbox"/> não sabe		
HISTÓRIA OBSTÉTRICA			
Para este bloco, excluir a gestação atual.			
19	Quantas vezes esteve grávida antes desta? _____ vezes <input type="checkbox"/> não sabe		
19.1	Essas gravidezes resultaram em _____ abortos _____ nascidos vivos _____ nascidos mortos <input type="checkbox"/> não sabe		
19.2	Tipo(s) de parto(s) _____ partos normais _____ partos com fórceps _____ partos cesáreos <input type="checkbox"/> não sabe		
20	Qual a data do último parto ou aborto _____ <input type="checkbox"/> não sabe		
21	Ela teve algum problema de saúde nas gestações anteriores?		
		<input type="checkbox"/> pressão alta	<input type="checkbox"/> ataque, epilepsia ou convulsões
		<input type="checkbox"/> doença do coração	<input type="checkbox"/> sífilis
		<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> HIV/Aids
		<input type="checkbox"/> infecção urinária	<input type="checkbox"/> edema/inchaço importante pela manhã
		<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro	<input type="checkbox"/> nenhuma doença/problema
		<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> outra. Especificar _____



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

**São Francisco de Assis**  
Pelo campo e cidade

DOENÇAS E CONDIÇÕES ANTECEDENTES															
Solicite ao(a) entrevistado(a) o cartão de gestante, exames, receitas médicas, etc.															
22. Ela tinha algum problema de saúde, anterior à gravidez?															
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Desnutrição	<input type="checkbox"/>	Pressão alta	<input type="checkbox"/>	Cirurgia, qual								
<input type="checkbox"/>	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	Obesidade	<input type="checkbox"/>	Infarto do miocárdio	<input type="checkbox"/>	D. pulmonar, qual								
<input type="checkbox"/>	Deficiência mental	<input type="checkbox"/>	HIV/Aids	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral (AVC)	<input type="checkbox"/>	Câncer, qual								
<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Cadeirante	<input type="checkbox"/>	Febre reumática	<input type="checkbox"/>	Outra doença								
<input type="checkbox"/>	Depressão	<input type="checkbox"/>	Acamado crônico	<input type="checkbox"/>	Internado por transtorno mental	<input type="checkbox"/>	não sabe								
23. Fazia algum tratamento?							<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	não sabe			
23.1 Qual? (Anotar todos que referir)															
24. Ela menstruava?										<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	não sabe
24.1 Sangrava muito durante o período menstrual?				<input type="checkbox"/>			sim, por quanto tempo?	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	não sabe				
24.2 Sangrava entre os períodos menstruais?				<input type="checkbox"/>			sim, por quanto tempo?	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	não sabe				
25. Estava usando algum método anticoncepcional quando engravidou?							<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	não sabe			
25.1 Em caso negativo, por que não?		<input type="checkbox"/>			Queria engravidar	<input type="checkbox"/>		Não tinha acesso ao serviço	<input type="checkbox"/>		não sabe				
		<input type="checkbox"/>			O serviço de saúde não tinha método	<input type="checkbox"/>		Outra situação							
26. Tinha as trompas ligadas (laqueadura)?							<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	não sabe			
GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL															
27. A gravidez foi				<input type="checkbox"/>	única	<input type="checkbox"/>	gemelar	<input type="checkbox"/>	trigemelar ou mais	<input type="checkbox"/>	não sabe				
28. Quando ela morreu?		<input type="checkbox"/>			Durante o aborto	<input type="checkbox"/>		No parto, até uma hora após o parto							
		<input type="checkbox"/>			Após o aborto	<input type="checkbox"/>		No puerpério, até 42 dias do término da gestação							
		<input type="checkbox"/>			Na gestação	<input type="checkbox"/>		Entre o 43º dia e 1 ano após o término da gestação							
		<input type="checkbox"/>			Durante o trabalho de parto, mas antes do bebê nascer	<input type="checkbox"/>		não sabe							
29. Ela fez pré-natal?							<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	não sabe			
29.1 Com quantos meses de gestação ela estava quando começou o pré-natal?							<input type="checkbox"/>	meses	<input type="checkbox"/>	não sabe					
29.2 Com quantos meses de gestação ela estava quando fez a última consulta do pré-natal?							<input type="checkbox"/>	meses	<input type="checkbox"/>	não sabe					
29.3 Quantas consultas fez no pré-natal?							<input type="checkbox"/>	consultas	<input type="checkbox"/>	não sabe					
29.4 Nome do serviço de saúde onde a mãe fez pré-natal															
							Código CNES								
29.5 Transcrever para o quadro abaixo o cartão de pré-natal												<input type="checkbox"/>		cartão não disponível	
Data	Idade Gestacional	Peso (Kg)	PA (mmHg)	UF (cm)	BCF	Edema	Apresentação	Intercorrências	Conduta						
30. Foi considerada gestante de alto risco?							<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>	não se aplica	<input type="checkbox"/>	não sabe	



30.1	Se sim, foi encaminhada para o PN de alto risco?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
30.2	Com quantas semanas?	<input type="text"/> <input type="text"/> semanas		<input type="checkbox"/> não sabe	
30.3	Local do PN de alto risco			<input type="checkbox"/> não sabe	
31	Foi internada durante a gestação?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
31.1	Quantas vezes?	<input type="text"/> <input type="text"/> vezes		<input type="checkbox"/> não sabe	
31.2	Qual(is) o(s) motivo(s)?			<input type="checkbox"/> não sabe	
31.3	Com quantas semanas de gestação?	1ª internação	<input type="text"/> <input type="text"/> semanas	Local <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> não sabe
		2ª internação	<input type="text"/> <input type="text"/> semanas	Local <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> não sabe
32	Ela desenvolveu algum problema de saúde durante a gravidez?	<input type="checkbox"/> Infecção urinária <input type="checkbox"/> HIV/Aids <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Cardiopatias <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Gestação prolongada <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Doença Sexualmente transmissível (DST) <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez) <input type="checkbox"/> Outras, especificar <input type="text"/>			<input type="checkbox"/> não sabe
32.1	Em que época da gravidez?	no <input type="text"/> mês de gestação	ou a partir do <input type="text"/> mês de gestação		
33	Fez uso de alguma medicação durante a gravidez?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
33.1	Quais medicamentos usou?	<input type="text"/>			
34	Se não fez pré-natal, por quê não?			<input type="checkbox"/> não se aplica	
35	Estava grávida quando morreu?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
35.1	Com quanto tempo de gravidez ela faleceu?	<input type="text"/>			
35.2	Durante a gravidez apresentou	<input type="checkbox"/> sangramento vaginal <input type="checkbox"/> convulsões <input type="checkbox"/> pressão alta <input type="checkbox"/> inchaço, onde <input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro <input type="checkbox"/> ameaça de parto prematuro <input type="checkbox"/> dores de cabeça <input type="checkbox"/> nenhuma <input type="checkbox"/> visão embaçada ou turva <input type="checkbox"/> doença febril <input type="checkbox"/> infecção urinária <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> palidez e falta de ar (ambos) <input type="checkbox"/> outra			
<b>PARTO OU ABORTO</b>					
36	Ela recebeu assistência no primeiro hospital que procurou em trabalho de parto ou por ocasião do aborto?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não, porque o parto não ocorreu em maternidade/hospital	<input type="checkbox"/> não sabe	
		<input type="checkbox"/> Não. Por que <input type="text"/>			
37	Estava com acompanhante na sala de parto?	<input type="checkbox"/> Sim, quem? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
38	Deu à luz nos últimos 12 meses antes de morrer?	<input type="checkbox"/> Sim, data do parto <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não, passe a Questão XX	<input type="checkbox"/> não sabe	
38.1	Morreu quanto tempo depois de dar à luz?	<input type="text"/> meses	<input type="text"/> dias	<input type="checkbox"/> não sabe	
38.2	Estava grávida de quantos bebês?	<input type="checkbox"/> um	<input type="checkbox"/> dois	<input type="checkbox"/> três ou mais	<input type="checkbox"/> não sabe
38.3	Teve muito sangramento antes do início do trabalho de parto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
38.4	Teve muito sangramento durante o trabalho do parto e antes do bebê nascer?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
38.5	Teve muito sangramento depois do bebê nascer?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
38.6	Teve dificuldade de expulsar a placenta?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
38.7	Quanto tempo durou o trabalho de parto?	<input type="checkbox"/> menos de 24 horas	<input type="checkbox"/> mais de 24 horas	<input type="checkbox"/> não sabe	



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade

38.8	O parto foi	<input type="checkbox"/> vaginal	<input type="checkbox"/> com fórceps	<input type="checkbox"/> cesáreo	<input type="checkbox"/> não sabe
38.9	Se o parto foi vaginal, foi utilizado fórceps?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
38.10	Se o parto foi cesáreo, qual o motivo?	<input type="checkbox"/> por opção da mulher	<input type="checkbox"/> outro. Qual? _____		<input type="checkbox"/> não sabe
		<input type="checkbox"/> por indicação médica. Qual? _____		<input type="checkbox"/> não sabe	
38.11	O sangramento/secreção vaginal eliminado no pós-parto tinha mau cheiro?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
38.12	Onde deu à luz?	<input type="checkbox"/> hospital	<input type="checkbox"/> outra unid. de saúde	<input type="checkbox"/> domicílio	<input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/> não sabe
38.13	Quem fez o parto?	<input type="checkbox"/> médico	<input type="checkbox"/> enfermeira	<input type="checkbox"/> parteira	<input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> pariu sozinha <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/> não sabe
38.14	O bebê nasceu	<input type="checkbox"/> vivo	<input type="checkbox"/> vivo, mas faleceu depois	<input type="checkbox"/> morto	<input type="checkbox"/> não sabe
38.15	Após o parto apresentou	<input type="checkbox"/> sangramento vaginal <input type="checkbox"/> dor na barriga <input type="checkbox"/> nenhum problema <input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro <input type="checkbox"/> doença febril <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> dificuldade de urinar ou defecar <input type="checkbox"/> falta de apetite/náuseas <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/> tonturas/desmaio <input type="checkbox"/> tristeza/depressão			
39	Teve aborto nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> sim, data do aborto	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
39.1	Morreu durante o aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
39.2	Quanto tempo antes da morte teve o aborto?	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> dias	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe
39.3	De quanto tempo era a gravidez quando teve o aborto?	<input type="checkbox"/> meses	<input type="checkbox"/> semanas		
39.4	Sangrou muito durante/depois do aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe
39.5	Apresentou corrimento com mau cheiro depois do aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não se aplica	<input type="checkbox"/> não sabe
39.6	O aborto foi	<input type="checkbox"/> espontâneo	<input type="checkbox"/> induzido	<input type="checkbox"/> provocado	<input type="checkbox"/> não sabe
39.7	Qual foi a causa do aborto?				
39.8	Teve febre?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
39.9	Fêz curetagem?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe	
39.10	Onde ocorreu o aborto?	<input type="checkbox"/> hospital	<input type="checkbox"/> outra unid. de saúde	<input type="checkbox"/> domicílio	<input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/> não sabe
39.11	Após o aborto apresentou	<input type="checkbox"/> sangramento vaginal <input type="checkbox"/> dor na barriga <input type="checkbox"/> nenhum problema <input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro <input type="checkbox"/> doença febril <input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> dificuldade de urinar ou defecar <input type="checkbox"/> falta de apetite/náuseas <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/> tonturas/desmaio <input type="checkbox"/> tristeza/depressão			
40	Se o parto ou aborto ocorreu fora de estabelecimento de saúde, em que condições ocorreu?				
41	Onde ela morreu?	<input type="checkbox"/> No hospital	<input type="checkbox"/> No domicílio	<input type="checkbox"/> Na casa da parteira	<input type="checkbox"/> não sabe
		<input type="checkbox"/> Outro estabelecimento de saúde	<input type="checkbox"/> Na via pública	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	
41.1	Endereço do local do óbito	<input type="checkbox"/> não sabe			
41.2	Nome do serviço de saúde onde faleceu	<input type="checkbox"/> não se aplica			
		Código CNES _____			
41.3	Qual o setor do hospital em que ocorreu o óbito?	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> Pronto atendimento	<input type="checkbox"/> não se aplica	
		<input type="checkbox"/> Enfermaria	<input type="checkbox"/> não sabe		
		<input type="checkbox"/> Centro obstétrico	<input type="checkbox"/> outro		



42	Em algum momento precisou ir para a UTI?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
42.1	A UTI era	<input type="checkbox"/> no mesmo hospital	<input type="checkbox"/> não conseguiu vaga	<input type="checkbox"/> não sabe <input type="checkbox"/> outro hospital. Qual _____
43	Teve alta após o parto ou aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
43.1	Qual o problema de saúde que a levou à morte depois do parto ou aborto?	_____		
44	Ela foi internada novamente?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
44.1	Nome do serviço de saúde onde foi internada	_____		
		Código CNES _____		
Para as questões 47 e 48, procure identificar problemas de acesso aos serviços, dificuldade de obtenção de vaga, falta de medicamento, discriminação do serviço em relação à família, etc.				
45	Como você avalia o atendimento no pré-natal?	<input type="checkbox"/> ótimo	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> ruim <input type="checkbox"/> não sabe
	Por que?	_____		
46	Como você avalia o atendimento no hospital?	<input type="checkbox"/> ótimo	<input type="checkbox"/> bom	<input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> ruim <input type="checkbox"/> não sabe
	Por que?	_____		
47	Do que você acha que ela morreu? O que aconteceu durante a doença ou situação que levou à morte?	_____		
Anotar um breve relato da doença ou situação que levou à morte, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A única pergunta permitida é: "Quer acrescentar mais alguma coisa?".				
_____				
_____				
_____				
_____				
_____				
_____				
48	O que você sabe sobre doenças na família da mãe e do pai da falecida?	_____		
Anotar um breve relato da doença ou situação que levou à morte, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A única pergunta permitida é: "Quer acrescentar mais alguma coisa?".				
_____				
_____				
_____				
_____				
_____				
_____				
49	Esta entrevista deve prosseguir com a Autópsia Verbal AV3.1 – Formulário 3.1: pessoa com 10 anos ou mais – mulher em idade fértil?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
50	Observações do entrevistador sobre a situação geral da família (aspectos ambientais, psi-sociais, morador de rua, usuário de drogas, outros)	_____		
51	Repercussões do óbito na família	_____		
52	Data da entrevista	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
53	Responsável pela investigação	_____		
	Nome	Carimbo e rubrica		



**ANEXO 70** – Ficha de Investigação de Óbito Materno – Hospital – M2, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise de Situação de Saúde

M2

Nº do Caso

--	--	--	--

## Ficha de Investigação de Óbito Materno

### Serviço de Saúde Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA			
1 Nome da falecida			
2 Nº da Declaração de Óbito		3 Data do óbito	
4 Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av)			Compl
Bairro	Distrito/Povoado	Local	urbano    rural
5 Município de residência			UF
6 Tipo de seguro saúde			
INTERNÇÃO DA MULHER DURANTE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE			
Pesquisar registros disponíveis em serviços de saúde sobre a assistência ao parto (maternidade, hospital geral, UBS, SAMU, etc). Esta internação pode ter ocorrido durante o parto ou o aborto ou algum tempo após o parto ou o aborto.			
7 Estabelecimento onde ocorreu a internação			
Nome		Código CNES	
8 Tipo de hospital/maternidade			
SUS		Convênio    Particular	
9 Data da internação		Hora da internação	
		SR	
10 Procedência			
<input type="checkbox"/> domicílio no mesmo município		<input type="checkbox"/> encaminhada de outro hospital no mesmo município	
<input type="checkbox"/> domicílio em outro município		<input type="checkbox"/> encaminhada de hospital em outro município	
<input type="checkbox"/> transferida de outro hospital no mesmo município		<input type="checkbox"/> encaminhada de serviço de saúde ambulatorial do mesmo município	
<input type="checkbox"/> transferida de hospital em outro município		<input type="checkbox"/> encaminhada de serviço de saúde ambulatorial de outro município	
11 Motivo da internação – Copie ou faça um resumo do motivo da internação			
12 Hipótese diagnóstica registrada no prontuário			
Registrar os principais exames e procedimentos realizados, dificuldades por falta ou baixa qualidade de equipamento e falta de medicamentos ou os disponíveis eram inadequados, avaliar o intervalo entre a internação e o primeiro atendimento. Se necessário, utilize o verso da folha.			
13 Evolução e tratamento médico			
14 Anotações de enfermagem			
15 Anotações do anestesiologista			
16 Causa(s) da morte registradas no prontuário			
ASSISTÊNCIA AO PARTO OU ABORTO			
17 Data da última menstruação			SR



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

# São Francisco de Assis

Pelo campo e cidade

18	Data provável do parto	___ ___ ___ ___		SR				
19	Data do parto/aborto	___ ___ ___ ___	Hora do parto/aborto	___ ___ ___	SR			
20	Idade gestacional cronológica	___ ___ semanas ou	___ ___ meses	___ ___ ignorada	SR			
21	Esteve grávida antes deste bebê		___ sim	___ não	SR			
21.1	Número de gestações (inclusive esta):	___ ___	Número de partos:	___ ___	Número de abortos:	___ ___	SR	
21.2	Tipo(s) de parto(s)	partos normais	___ ___	partos com fórceps	___ ___	partos cesáreos	___ ___	SR
21.3	Filhos nascidos vivos (incluindo este)	___ ___	Filhos nascidos mortos	___ ___				
22	Patologias/fatores de risco durante a gravidez:							SR
	<input type="checkbox"/> Infecção urinária	<input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membrana	<input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh	<input type="checkbox"/> HIV/Aids				
	<input type="checkbox"/> Cardiopatias	<input type="checkbox"/> Hemorragias	<input type="checkbox"/> Hepatite					
	<input type="checkbox"/> Gestação múltipla	<input type="checkbox"/> Gestação prolongada	<input type="checkbox"/> Anemia					
	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Rubéola					
	<input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino restrito	<input type="checkbox"/> Doença Sexualmente transmissível (DST)	<input type="checkbox"/> Tireotoxicose					
	<input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro					
	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez)							
	<input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____							
23	Fez uso de alguma medicação durante a gravidez?		___ sim	___ Não				SR
23.1	Quais medicamentos usou?							
24	A gestação terminou em:		<input type="checkbox"/> aborto provocado	<input type="checkbox"/> parto vaginal				
	<input type="checkbox"/> não houve expulsão do embrião/feto	<input type="checkbox"/> aborto sem menção de espontâneo ou provocado	<input type="checkbox"/> parto fórceps					
	<input type="checkbox"/> aborto espontâneo	<input type="checkbox"/> expulsão da mola hidatiforme	<input type="checkbox"/> cesariana					
	<input type="checkbox"/> aborto induzido permitido por lei	<input type="checkbox"/> complicações por gravidez ectópica	<input type="checkbox"/> SR					
25	O parto ou aborto ocorreu	<input type="checkbox"/> No domicílio	<input type="checkbox"/> Na maternidade	<input type="checkbox"/> Via pública				SR
		<input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde	<input type="checkbox"/> Outro serviço de saúde. Especificar _____					
26	Tipo de parto	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Fórceps	<input type="checkbox"/> Cesárea				SR
27	Profissional que fez/acompanhou o parto ou o aborto							
	<input type="checkbox"/> Médico obstetra	<input type="checkbox"/> Enfermeira/ Obstetriz	<input type="checkbox"/> Sem assistência no período expulsivo	<input type="checkbox"/> Parteira				
	<input type="checkbox"/> Médico não obstetra	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____						SR
28	Tempo de bolsa rota	___ ___ horas	<input type="checkbox"/> Não se aplica					SR
28.1	Aspecto do líquido amniótico	<input type="checkbox"/> Claro	<input type="checkbox"/> Com mecônio	<input type="checkbox"/> Sanguinolento	<input type="checkbox"/> Fétido			SR
29	A gestação resultou em aborto?		___ sim	___ não				SR
29.1	Qual foi o procedimento utilizado para indução do aborto? – Pode ser assinalada mais de uma alternativa.							
	<input type="checkbox"/> amniotomia	<input type="checkbox"/> substâncias cáusticas	<input type="checkbox"/> micro-cesárea	<input type="checkbox"/> SR				
	<input type="checkbox"/> curetagem	<input type="checkbox"/> físicos (sondas, etc)	<input type="checkbox"/> chás caseiros	<input type="checkbox"/> drogas qual?				
29.2	Intercorrências do aborto							
	<input type="checkbox"/> sangramento vaginal	<input type="checkbox"/> dor na barriga	<input type="checkbox"/> infecção					
	<input type="checkbox"/> corrimento vaginal com mau cheiro	<input type="checkbox"/> doença febril	<input type="checkbox"/> perfuração					
	<input type="checkbox"/> dificuldade de urinar ou defecar	<input type="checkbox"/> falta de apetite/náuseas	<input type="checkbox"/> nenhum problema					
	<input type="checkbox"/> tonturas/desmaio	<input type="checkbox"/> tristeza/depressão	<input type="checkbox"/> não sabe					
			<input type="checkbox"/> outro					
30	A gestação resultou em parto, após 22 semanas de gestação?		___ sim	___ não				SR
30.1	Duração do trabalho de parto	___ ___ horas						SR



30.2	Intercorrências no trabalho de parto	<input type="checkbox"/> sem intercorrências	<input type="checkbox"/> TP prolongado	<input type="checkbox"/> sofrimento fetal
		<input type="checkbox"/> eclâmpsia	<input type="checkbox"/> obstrução do trabalho de parto	<input type="checkbox"/> corioamnionite
		<input type="checkbox"/> pré-eclâmpsia	<input type="checkbox"/> hipertonia	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> sangramento	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____	
30.3	Intercorrências no parto	<input type="checkbox"/> atonia uterina	<input type="checkbox"/> laceração de partes moles	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> retenção placentário	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____	
As questões seguintes devem ser aplicadas apenas para o caso de parto ou aborto ocorridos em hospital/maternidade. Se o parto ocorreu fora do hospital passe à questão 33.				
31	Estabelecimento onde ocorreu o parto			
	Nome _____	Código CNES: _____		
32	Tipo de hospital/maternidade	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular
33	Data da internação	<input type="text"/>	Hora da internação	<input type="text"/>
				<input type="checkbox"/> SR
34	Condição à internação:			
	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto (exceto período expulsivo)	<input type="checkbox"/> Indução do parto (feto morto, outros)		
	<input type="checkbox"/> Inibição de trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura sem trabalho de parto		
	<input type="checkbox"/> Período expulsivo	<input type="checkbox"/> Cesárea		
	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____	<input type="checkbox"/> SR		
35	Registros à admissão da gestante na maternidade:			
	<input type="checkbox"/> Pressão arterial: Anotar valores.	<input type="checkbox"/> Sim _____ mmHg	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Dinâmica uterina:	<input type="checkbox"/> Sim _____ contrações por _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Dilatação do colo:	<input type="checkbox"/> Sim _____ centímetros	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Batimentos cardíaco-fetais:	<input type="checkbox"/> Positivo _____ bpm	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Apresentação:	<input type="checkbox"/> Cefálica <input type="checkbox"/> Pélvica	<input type="checkbox"/> Anômala	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> Membrana amniótica:	<input type="checkbox"/> Inteira <input type="checkbox"/> Rota		<input type="checkbox"/> SR
36	Foram realizados na admissão:	<input type="checkbox"/> Classificação sanguínea e fator Rh	<input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> SR
37	Foi utilizado partograma? (após 4 cm de dilatação)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
38	Número de avaliações maternas durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
39	Número de avaliações fetais (BCF) durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
40	Maior intervalo sem avaliação durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação			
	Avaliação da mãe	<input type="text"/> hora/minute	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
	Avaliação do feto – BCF	<input type="text"/> hora/minute	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> SR
41	Medicação utilizada:			
	<input type="checkbox"/> Ocitocina <input type="checkbox"/> Misoprostol <input type="checkbox"/> Corticóide. Data de início do uso: <input type="text"/>			
	<input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Meperidina <input type="checkbox"/> Não usou medicação <input type="checkbox"/> Outra. Especificar: _____	<input type="checkbox"/> SR		
42	Se foi realizada cesárea, qual a indicação:		<input type="checkbox"/> Iterativa	<input type="checkbox"/> SR
	<input type="checkbox"/> não se aplica, o parto foi vaginal	<input type="checkbox"/> duas ou mais cesáreas anteriores	<input type="checkbox"/> Prematuridade	
	<input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura	<input type="checkbox"/> morte materna iminente ou post mortem	<input type="checkbox"/> Falha de indução do parto	
	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Sofrimento fetal agudo	<input type="checkbox"/> Doença hipertensiva específica da gravidez/eclâmpsia	
	<input type="checkbox"/> CIUR/Oligohidrâmnio	<input type="checkbox"/> distocia funcional	<input type="checkbox"/> Descolamento prematuro de placenta/feto vivo	
	<input type="checkbox"/> prolapso de cordão	<input type="checkbox"/> Apresentação anômala	<input type="checkbox"/> iminência e/ou rotura uterina	
	<input type="checkbox"/> Desproporção céfalo-pélvica	<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____		
43	Anestesia durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	
43.1	Se sim, qual?	<input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Raqui	<input type="checkbox"/> SR	
43.2	Outros métodos de alívio da dor	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> SR	



43.3	Quem realizou a anestesia?	<input type="checkbox"/> anestesista	<input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____	<input type="checkbox"/> SR
43.4	Complicações da anestesia?	<input type="checkbox"/> sim, qual? <input type="checkbox"/> não		<input type="checkbox"/> SR
44	Outros procedimentos foram realizados além do parto ou do aborto?	<input type="checkbox"/> não foi necessário <input type="checkbox"/> ligadura de artérias hipogástricas <input type="checkbox"/> SR		
		<input type="checkbox"/> histerectomia <input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____		
45	Houve prescrição de sangue ou derivados?	<input type="checkbox"/> sim, recebeu	<input type="checkbox"/> sim, mas não recebeu	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
45.1	De que natureza?	<input type="checkbox"/> para de hemácias	<input type="checkbox"/> crioprecipitado	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> plasma fresco congelado	<input type="checkbox"/> congelado de plaquetas	<input type="checkbox"/> outro
45.2	Qual o tempo decorrido entre a prescrição e a administração do produto?	<input type="checkbox"/> horas	<input type="checkbox"/> SR	
45.3	Qual a quantidade de bolsas administradas?	<input type="checkbox"/> bolsas	<input type="checkbox"/> SR	
46	Foi avaliada por um profissional de saúde nas primeiras 2 horas após o parto ou aborto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> SR
47	Intercorrências no puerpério até 2 horas pós-parto	<input type="checkbox"/> sangramento	<input type="checkbox"/> placenta acreta	<input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> sem intercorrência	<input type="checkbox"/> atonia uterina	<input type="checkbox"/> outro. Especificar _____
48	Há registro de medidas de pressão arterial e temperatura a cada 6 horas até a alta?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> SR
49	Intercorrências no puerpério de 2 horas pós-parto até a alta hospitalar	<input type="checkbox"/> sangramento	<input type="checkbox"/> embolias	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> sem intercorrência	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> infecção puerperal <input type="checkbox"/> outro. Especificar _____
50	Intercorrências da alta até 42 dias pós término da gestação.	<input type="checkbox"/> depressão puerperal	<input type="checkbox"/> sangramento	<input type="checkbox"/> trombose venosa profunda <input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> sem intercorrência	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> infecção puerperal <input type="checkbox"/> embolias <input type="checkbox"/> outro. Especificar _____
51	Houve necessidade de UTI?	<input type="checkbox"/> sim, foi encaminhada	<input type="checkbox"/> sim, mas não foi encaminhada	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
51.1	Qual o tempo decorrido entre o encaminhamento e a transferência?	<input type="checkbox"/> horas	<input type="checkbox"/> SR	
51.2	Se não foi encaminhada, por que não?	<input type="checkbox"/> SR		
52	Condições de alta após o parto ou o aborto	<input type="checkbox"/> bom estado geral	<input type="checkbox"/> transferência para	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> óbito	<input type="checkbox"/> outro. Especificar _____	
53	Foi solicitada a necropsia?	<input type="checkbox"/> sim, foi realizada	<input type="checkbox"/> sim, mas não foi realizada	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> SR
<b>INFORMAÇÕES SOBRE O RECÉM-NASCIDO</b>				
Se for o caso de natimorto ou neomorto, encaminhar a investigação do óbito infantil ou fetal.				
54	Condições de nascimento	<input type="checkbox"/> nascido vivo	<input type="checkbox"/> nascido morto, óbito antes do trabalho de parto	<input type="checkbox"/> SR
		<input type="checkbox"/> nascido morto, feto macerado	<input type="checkbox"/> nascido morto, com óbito durante o trabalho de parto/nascimento	
55	Índice de Apgar	<input type="checkbox"/> 1º minuto	<input type="checkbox"/> 5º minuto	<input type="checkbox"/> não se aplica, nasceu morto <input type="checkbox"/> SR
56	Peso ao nascer	<input type="checkbox"/> gramas	<input type="checkbox"/> SR	
57	Observações gerais			
58	Data do encerramento da coleta de dados	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
59	Responsável pela investigação	Nome _____ Carimbo e rubrica _____		



**ANEXO 71 – Ficha de Investigação de Óbito Materno – Serviço de Saúde Ambulatorial – M1,** frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise de Situação de Saúde

**M1**

Nº do Caso  
|\_|\_|\_|\_|\_|

## Ficha de Investigação de Óbito Materno

### Serviço de Saúde Ambulatorial

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA					
1 Nome da falecida					
2 Nº da Declaração de Óbito		2 Data do óbito  _ _ / _ _ / _ _			
4 Endereço de residência da família: (Rua/Praça/Av)				Nº	Compl
Bairro	Distrito/Povoado		Local	<input type="checkbox"/> urbano	<input type="checkbox"/> rural
5 Município de residência				UF	
6 Tipo de seguro saúde					
7 Centro de Saúde		PSF/PACS	<input type="checkbox"/> sem cobertura		
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL					
Pesquisar em prontuários, fichas e atendimento, cartão de gestante. Algumas questões admitem mais de uma resposta. Assinale SR se não há registro sobre a questão.					
8 Nome do serviço de saúde onde a mãe fez pré-natal					
Nome				Código CNES	
9 Tipo de serviço					
<input type="checkbox"/> Centro de Saúde /SUS <input type="checkbox"/> Consultório convênio <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Não fez pré-natal					
10 Idade gestacional na primeira consulta		_  semanas ou	_  meses	SR	
11 Idade gestacional na última consulta		_  semanas ou	_  meses	SR	
12 Número de consultas pré-natal		_  consultas		SR	
12 A falecida foi cadastrada no SISPRENATAL?					
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não    SR					
14 Já esteve grávida antes deste bebê?					
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não    SR					
14.1 Número de gestações (inclusive esta)		Número de partos	Número de abortos	SR	
14.2 Tipo(s) de parto(s)		<input type="checkbox"/> partos normais	<input type="checkbox"/> partos com fórceps	<input type="checkbox"/> partos cesáreos SR	
15 Foi considerada gestante de alto risco?					
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não    SR					
15.1 Se sim, foi encaminhada para o PN de alto risco?					
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não    SR					
15.2 Com quantas semanas?					
_  semanas				SR	
15.3 Conseguiu ser atendida no PN de alto risco?					
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não    SR					
15.4 Onde?					
SR					
16 Foi internada durante a gestação?					
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não    SR					
16.1 Quantas vezes?					
_  vezes				SR	
16.2 Qual(is) o(s) motivo(s)?					
SR					
16.3 Com quantas semanas de gestação?					
1ª internação		_	2ª internação	_	SR
17 Houve alguma emergência obstétrica?					
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não    SR					
17.1 Qual o transporte utilizado?					
<input type="checkbox"/> SAMU		Outro, qual?		<input type="checkbox"/> não	SR



18 Patologias/fatores de risco durante a gravidez:

<input type="checkbox"/> Infecção urinária	<input type="checkbox"/> Isoimunização pelo fator Rh	<input type="checkbox"/> HIV/Aids
<input type="checkbox"/> Cardiopatias	<input type="checkbox"/> Hemorragias	<input type="checkbox"/> Hepatite
<input type="checkbox"/> Gestação múltipla	<input type="checkbox"/> Gestação prolongada	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Rubéola
<input type="checkbox"/> Crescimento intra-uterino restrito	<input type="checkbox"/> Doença Sexualmente transmissível (DST)	<input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes gestacional
<input type="checkbox"/> Gravidez sem complicações/intercorrências	<input type="checkbox"/> Trabalho de parto prematuro	<input type="checkbox"/> Tireoideopatias
<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial/DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez)		<input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membrana
<input type="checkbox"/> Outras, especificar _____		

19  SR

19 Fez uso de alguma medicação durante a gravidez?  Sim  Não  SR

19.1 Quais medicamentos usou?

20 Quadro da Assistência Pré-Natal

Data	Idade Gestacional (semanas)	Peso (kg)	Pressão arterial (mmHg)	Batimento cardíaco fetal (bpm)	Útero fito (cm)	Verificação de edema	Conduta (medicamentos, imunização, orientações)	Profissional*

\*Azul: 1. Médico Generalista; 2. Médico Ginecologista; 3. Enfermeiro; 4. Outro

20.1 No cartão de pré-natal consta a maternidade de referência da gestante?  Sim  Não  SR

20.2 Faltou a alguma consulta de pré-natal?  Sim  Não  SR

20.3 Se sim, foi realizada a busca ativa?  Sim  Não  SR

21 Esquema de vacinação contra o tétano  1ª dose  2ª dose  3ª dose  reforço  imune  SR

22 Foi realizada coleta para prevenção de câncer?  Sim  Não  SR

23 A equipe de saúde fez alguma visita domiciliar?  Sim  Não  SR

23.1 Se sim, qual o motivo?

24 Exames no pré-natal

Assinale o trimestre e anote o resultado	Trimestre			Resultados	SR
	1	2	3		
24.1 Hb/Ht					
24.2 Grupo sanguíneo ABO					
24.3 Fator RH					
24.4 Coombs indireto					
24.5 Glicemia de jejum					
24.6 Toxoplasmose - IgM					
24.7 Curva de tolerância à glicose					
24.8 Urina rotina					
24.9 Urocultura					
24.10 HbsAg					
24.11 Teste HIV					
24.12 VDRL					
24.13 Ultrassom					
24.14 Outros Exames					



25 Observações								
26 Responsável pela investigação								
Nome:					Profissão:			
ASSISTÊNCIA À MULHER: CENTRO DE SAÚDE, CONSULTÓRIO, SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA								
Levantamentos em prontuários ou fichas de atendimento e cartão da gestante								
27 atendimentos realizados antes e durante a doença que causou o óbito								
A atenção Básica	Data	Local do Atendimento	Idade	Peso (Kg)	Queixa/Diagnóstico	Exames realizados	Conduta	Profissional*
Serviço de urgência/emergência								
*Assinalar: 1. Médico Generalista; 2. Médico Pediatra; 3. Enfermeiro; 4. Outro								
28 Houve necessidade de encaminhamento para serviços ambulatoriais de referência/especializados ou de urgência/emergência?							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SR	
28.1 Por qual motivo?								
29 A falecida estava sendo acompanhada em algum programa de saúde (hipertensão, outros?)							<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SR	
29.1 Especificar qual o programa								
30 Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver								
31 Observações gerais								
32 Data do encerramento da coleta de dados				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
33 Responsável pela investigação								
Nome					Carimbo e rubrica			



**ANEXO 72 – Ficha de Investigação de Óbito Materno – Síntese – Conclusões e Recomendações – M5, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;**



Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Nº do Caso

\_\_\_\_

## Ficha de Investigação de Óbito Materno

### Síntese, conclusões e recomendações

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA			
1	Nome da falecida		
2	Nº da Declaração de Óbito	3	Data do óbito
4	Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av.)		Nº Compl.
Bairro		Distrito/Povoado	Local <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
Município de residência da família			UF
5	Nº do Cartão SUS	6	Equipe/PACS/PSF
7	Centro de Saúde/UBS	8	Distrito Sanitário/Administrativo
9	Município de ocorrência do óbito		UF
Resumo do caso			
10	Fontes dos dados consultados		
<input type="checkbox"/> Prontuário ambulatorial		<input type="checkbox"/> Entrevista domiciliar	<input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML
<input type="checkbox"/> Prontuário hospitalar		<input type="checkbox"/> Entrevista com profissionais de saúde	<input type="checkbox"/> Autópsia verbal
11	Número de vezes que esteve grávida (excluindo a atual)		<input type="checkbox"/> vezes <input type="checkbox"/> Ign
12	Resultado das gestações anteriores		
<input type="checkbox"/> abortos/perdas fetais		<input type="checkbox"/> partos vaginais (NV)	<input type="checkbox"/> partos cesáreos (NV) <input type="checkbox"/> Ign
13	Data da última menstruação		<input type="checkbox"/> Ign
14	Estabelecimento(s) de saúde onde fez o pré-natal		
<input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal			
Nome		Código CNES	
Nome		Código CNES	
Nome		Código CNES	
14.1	Tipo de estabelecimento		
<input type="checkbox"/> SUS		<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal <input type="checkbox"/> Ign
15	Número de consultas no pré-natal		<input type="checkbox"/> consultas <input type="checkbox"/> Ign
16	Idade gestacional na primeira consulta do pré-natal		<input type="checkbox"/> semanas ou <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> Ign
17	Idade gestacional na última consulta do pré-natal		<input type="checkbox"/> semanas ou <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> Ign
18	Foi acompanhada pelo pré-natal de alto risco?		
<input type="checkbox"/> Sim, qual?		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica
19	Estabelecimento de saúde onde foi acompanhada pelo pré-natal de alto risco		
<input type="checkbox"/> Não se aplica			
Nome		Código CNES	
20	Foi cadastrada no SISPRENATAL?		
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica
21	Local do parto ou aborto:		
<input type="checkbox"/> Maternidade		<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde <input type="checkbox"/> Ign
<input type="checkbox"/> SAMU		<input type="checkbox"/> Outro estabelecimento de saúde. Qual?	
22	Estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto ou aborto		
<input type="checkbox"/> Não se aplica			
Nome		Código CNES	
22.1	Tipo de estabelecimento		
<input type="checkbox"/> Público		<input type="checkbox"/> Privado conveniado	<input type="checkbox"/> Privado não conveniado <input type="checkbox"/> Filantrópico <input type="checkbox"/> Ign
23	Idade Gestacional no momento do parto ou aborto		<input type="checkbox"/> semanas ou <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Ign



24	Foi utilizado partograma durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica	
25	Foi realizado teste rápido para sífilis (VDRL)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica	
26	A mulher teve acompanhante no momento do parto?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica	
27	O óbito ocorreu	<input type="checkbox"/> Durante o abortamento <input type="checkbox"/> Durante o trabalho de parto, mas antes do bebê nascer <input type="checkbox"/> Entre o 43º dia e 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Após o abortamento <input type="checkbox"/> No parto ou até uma hora após o parto <input type="checkbox"/> Mais de um ano após o parto <input type="checkbox"/> Durante a gestação <input type="checkbox"/> No puerpério, até 42 dias do término da gestação <input type="checkbox"/> A investigação não conseguiu identificar o momento do óbito			
28	Em caso de óbito durante ou após abortamento, o aborto foi	<input type="checkbox"/> espontâneo	<input type="checkbox"/> induzido legalmente	<input type="checkbox"/> provocado <input type="checkbox"/> Ign	
29	Em caso de óbito durante parto, ou puerpério, qual foi o tipo de parto?	<input type="checkbox"/> parto vaginal	<input type="checkbox"/> parto com fórceps	<input type="checkbox"/> cesariana <input type="checkbox"/> Ign	
30	A investigação permitiu o resgate de alguma causa de óbito não-informada ou a correção de alguma antes informada?	<input type="checkbox"/> Não acrescentou nem corrigiu informação <input type="checkbox"/> Sim permitiu o resgate de novas informações <input type="checkbox"/> Sim permitiu a correção de alguma das causas informadas originalmente			
31	Causas do óbito levantadas/confirmadas na investigação para revisão da declaração de óbito original				
Parte I	a)				
	b)				
	c)				
	d)				
Parte II					
32	A investigação permitiu a alteração de alguma outra variável da Declaração de Óbito além da causa e dos campos 43 e 44	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
33	Quais campos e que alterações				
Campo	Original	Após a investigação			
Campo	Original	Após a investigação			
Campo	Original	Após a investigação			
Campo	Original	Após a investigação			
34	Foi descartado óbito materno?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
35	Foi descartado óbito materno após	<input type="checkbox"/> Entrevista domiciliar <input type="checkbox"/> Investigação hospitalar <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Investigação ambulatorial <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Outras fontes			
36	Classificação do óbito	<input type="checkbox"/> óbito de MIF não relacionado a gravidez <input type="checkbox"/> óbito materno obstétrico tardio (43 dias a 1 ano) <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> óbito materno obstétrico direto(até 42 dias) <input type="checkbox"/> declarado <input type="checkbox"/> inconclusivo <input type="checkbox"/> óbito materno obstétrico indireto(até 42 dias) <input type="checkbox"/> não declarado <input type="checkbox"/> não obstétrico			
37	Foram identificados problemas após a investigação?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Descrever os problemas identificados após a investigação		Falha no acesso		Falha na assistência	
Assinalar com um X as alternativas mais adequadas		1. Sim	2. Não	3. Inconclusivo	1. Sim    2. Não    3. Inconclusivo
38	Planejamento familiar	1	2	3	1    2    3
39	Pré-natal	1	2	3	1    2    3
40	Assistência ao parto	1	2	3	1    2    3
41	Assistência na maternidade	1	2	3	1    2    3
42	Assistência no Centro e Saúde/UBS	1	2	3	1    2    3
43	Assistência na urgência	1	2	3	1    2    3



44	Assistência no hospital	1	2	3		1	2	3	
45	Dificuldades da família	1	2	3		1	2	3	
46	Causas externas					1. Sim	2. Não	3. Inconclusivo	
						2	2	3	
47	Organização do sistema/serviço de saúde					1. Sim	2. Não	3. Inconclusivo	
47.1	Cobertura da atenção primária					2	2	3	
47.2	Referência e contra-referência					2	2	3	
47.3	Pré-natal de alto risco					2	2	3	
47.4	Leito de UTI – gestante de alto risco					2	2	3	
47.5	Central de regulação					2	2	3	
47.6	Transporte inter-hospitalar					2	2	3	
47.7	Bancos de sangue					2	2	3	
48	Este óbito poderia ter sido evitado?	<input type="checkbox"/> sim		<input type="checkbox"/> provavelmente evitável		<input type="checkbox"/> provavelmente inevitável		<input type="checkbox"/> Inconclusivo	
48.1	Assinale a classificação de evitabilidade para este caso								
	Lista brasileira	<input type="checkbox"/> 1.1	<input type="checkbox"/> 1.2	<input type="checkbox"/> 1.3	<input type="checkbox"/> 1.4	<input type="checkbox"/> 1.5	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Inconclusivo
49	Recomendações e medidas de prevenção								
49.1	Planejamento familiar								
49.2	Pré-natal								
49.3	Assistência ao parto								
49.4	Assistência na maternidade								
49.5	Assistência no Centro e Saúde/UBS								
49.6	Assistência na urgência/emergência								
49.7	Assistência no hospital								
49.8	Organização do sistema/serviço de saúde								
49.9	Outras								
50	Encaminhamentos								
51	O caso foi encaminhado para o Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna?					<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
52	Em caso afirmativo para a pergunta anterior, qual a data do encaminhamento ao Comitê?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
53	O Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna deu parecer?					<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
54	Em caso afirmativo para a pergunta anterior, as causas do óbito corrigidas acima, expressam o parecer do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna?								
		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não se aplica, o comitê não emitiu parecer ainda						
		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica, a vigilância não teve acesso ao parecer emitido pelo Comitê						
55	Data da conclusão da investigação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
56	Responsável	Carimbo e rubrica							



30cm;

**ANEXO 73 – Ficha de Monitoramento Semanal – Dengue, colorido, dimensões: 21cm x**



### FICHA DE MONITORAMENTO SEMANAL

Funcionário responsável: \_\_\_\_\_ contato: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ /20\_\_

Itens	Foi verificado?		Possível foco?		Foco?	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Pratos e Vasos de plantas						
Plantas com acúmulo de água / bromélias						
Lixeiras dentro de área coberta						
Lixeiras em área externa						
Ralos de cozinha, banheiros e áreas externas.						
Coletores de água em refrigeradores						
Caixa d'água						
Vaso sanitário em desuso						
Depósitos naturais de água						
Pneus						
Calhas						
Lages						
Baldes						
Garrafas						
Entulhos / Lixo						
<b>Total</b>						

**Legenda:**

Possível foco: Todo recipiente com água parada acumulada;

Foco: Recipiente com larvas e/ou pupas de mosquito.

Caso haja a presença de larvas, ovos ou pupas em locais de difícil acesso, para a eliminação destes, notifique o Agente de Combate a Endemias na Secretaria Municipal de Saúde – Telefone: 3252 25 36.



**ANEXO 74** – Ficha de Notificação Acidentes por Animais Peçonhentos – Sinan, **frente e verso**, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;



República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

**SINAN**  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE INVESTIGAÇÃO

Nº

**ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS**

**CASO CONFIRMADO:** Paciente com evidências clínicas de envenenamento, específicas para cada tipo de animal, independentemente do animal causador do acidente ter sido identificado ou não.  
Não há necessidade de preenchimento da ficha para casos suspeitos.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/doença	<b>ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS</b>	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante
	14 Escolaridade	13 Raça/Cor	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)
		1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	

**Dados Complementares do Caso**

Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação	33 Data do Acidente
	34 UF	35 Município de Ocorrência do Acidente:	Código (IBGE)
	37 Zona de Ocorrência	38 Tempo Decorrido Picada/Atendimento	
	39 Local da Picada	01 - Cabeça 02 - Braço 03 - Ante-Braço 04 - Mão 05 - Dedo da Mão 06 - Tronco 07 - Coxa 08 - Perna 09 - Pé 10 - Dedo do Pé 99 - Ignorado	

Dados Clínicos	40 Manifestações Locais	41 Se Manifestações Locais Sim, especificar:	
	42 Manifestações Sistêmicas	43 Se Manifestações Sistêmicas Sim, especificar:	44 Tempo de Coagulação

Dados do Acidente	45 Tipo de Acidente	46 Serpente - Tipo de Acidente
	47 Aranha - Tipo de Acidente	48 Lagarta - Tipo de Acidente



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



Tratamento	49 Classificação do Caso 1 - Leve 2 - Moderado 3 - Grave 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	50 Soroterapia 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/>
	51 Se Soroterapia Sim, especificar número de ampolas de soro: Antibotrópico (SAB) <input type="text"/> <input type="text"/> Antiorotálico (SAC) <input type="text"/> <input type="text"/> Antiaracnido (SAAr) <input type="text"/> <input type="text"/> Antibotrópico-laquético (SABL) <input type="text"/> <input type="text"/> Antielapídico (SAE) <input type="text"/> <input type="text"/> Antiloxoscélico (SALox) <input type="text"/> <input type="text"/> Antibotrópico-crotálico (SABC) <input type="text"/> <input type="text"/> Antiescorpiônico (SAEs) <input type="text"/> <input type="text"/> Antilonômico (SALon) <input type="text"/> <input type="text"/>			
	52 Complicações Locais <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	53 Se Complicações Locais Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Infecção Secundária <input type="checkbox"/> Necrose Extensa <input type="checkbox"/> Síndrome Compartimental <input type="checkbox"/> Déficit Funcional <input type="checkbox"/> Amputação		
	54 Complicações Sistêmicas <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	55 Se Complicações Sistêmicas Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória / Edema Pulmonar Agudo <input type="checkbox"/> Septicemia <input type="checkbox"/> Choque		
Conclusão	56 Acidente Relacionado ao Trabalho 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	57 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1-Cura 2-Óbito por acidentes por animais peçonhentos 3-Óbito por outras causas 9-Ignorado	58 Data do Óbito	59 Data do Encerramento

Acidentes com animais peçonhentos: manifestações clínicas, classificação e soroterapia				
Tipo		Manifestações Clínicas	Tipo Soro	Nº ampolas
OFIDISMO	<b>Botrópico</b> Jararaca Jararacuçu urutu caçaca	Leve: dor, edema local e equimose discreto	SAB	2 - 4
		Moderado: dor, edema e equimose evidentes, manifestações hemorrágicas discretas		4 - 8
		Grave: dor e edema intenso e extenso, bolhas, hemorragia intensa, oligoanúria, hipotensão		12
	<b>Crotálico</b> cascavel boicininga	Leve: ptose palpebral, turvação visual discretos de aparecimento tardio, sem alteração da cor da urina, mialgia discreta ou ausente	SAC	5
		Moderado: ptose palpebral, turvação visual discretos de início precoce, mialgia discreta, urina escura		10
		Grave: ptose palpebral, turvação visual evidentes e intensos, mialgia intensa e generalizada, urina escura, oligúria ou anúria		20
<b>Laquético</b> surucuru pico-de-jaca	Moderado: dor, edema, bolhas e hemorragia discreta	SABL	10	
	Grave: dor, edema, bolhas, hemorragia, cólicas abdominais, diarreia, bradicardia, hipotensão arterial		20	
<b>Elapídico</b> coral verdadeira	Grave: dor ou parestesia discreta, ptose palpebral, turvação visual	SAEL	10	
ESCORPIONISMO	<b>Escorpiônico</b> escorpião	Leve: dor, eritema e parestesia local	SAEsc ou SAA	—
		Moderado: sudorese, náuseas, vômitos ocasionais, taquicardia, agitação e hipertensão arterial leve		2 - 3
ARANHEISMO	<b>Loxoscélico</b> aranha-marrom	Leve: lesão incaracterística sem aranha identificada	SAA ou SALox	—
		Moderado: lesão sugestiva com equimose, palidez, eritema e edema endurecido local, cefaléia, febre, exantema		5
		Grave: lesão característica, hemólise intravascular		10
<b>Foneutrismo</b> aranha-armadeira aranha-da-banana	Leve: dor local	SAA	—	
			Moderado: sudorese ocasional, vômitos ocasionais, agitação, hipertensão arterial	2 - 4
			Grave: sudorese profusa, vômitos frequentes, priapismo, edema pulmonar agudo, hipotensão arterial	5 - 10
LONONIA	<b>taturana</b> oruga	Leve: dor, eritema, adenomegalia regional, coagulação normal, sem hemorragia	SALon	—
		Moderado: alteração na coagulação, hemorragia em pele e/ou mucosas		5
		Grave: alteração na coagulação, hemorragia em vísceras, insuficiência renal		10

Informações complementares e observações			
Anotar todas as informações consideradas importantes e que não estão na ficha (ex: outros dados clínicos, dados laboratoriais, laudos de outros exames e necropsia, etc.)			
Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura
Animais Peçonhentos	Sinan Net	SVS	19/01/2006



**ANEXO 75** – Ficha de Notificação AIDS – Sinan, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;



República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

**SINAN**  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO **AIDS** (Pacientes com 13 anos ou mais)

Nº

**Definição de caso:** Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde ([www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/enferma	<b>AIDS</b>	Código (CID10) <b>B 24</b>	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	
	12 Gestante	1-1º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada	2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	
	13 Raça/Cor	1 - Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado		
14 Escolaridade	0- Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica			
15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	
	19 Distrito	20 Bairro		
	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código		
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Perturbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	

**Dados Complementares do Caso**

Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação	
	<b>Provável modo de transmissão</b>	
	32 Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não foi transmissão vertical 9 - Ignorado	33 Sexual 1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 4 - Não foi transmissão sexual 9 - Ignorado
	34 Sanguínea 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Use de drogas injetáveis Tratamento/hemotransfusão para hemofilia
<b>Informações sobre transfusão/acidente</b>		
35 Data da transfusão/acidente	36 UF	37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente
		Código (IBGE)
38 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente	Código	
39 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV?	1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica	
Dados do Laboratório	40 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV	
	1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 9 - Ignorado	
	Teste de triagem	Teste confirmatório
Teste rápido 1	Teste rápido 2	Teste rápido 3



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



Critérios de definição de casos de aids	<b>41 Critério Rio de Janeiro/Caracas</b> 1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10) <input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)* <input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10) <input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)* <input type="checkbox"/> Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5) <input type="checkbox"/> Dermatite persistente (2) <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5) <input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2) <input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5) <input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)* <input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5) <input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1 cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2) <input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior a 1 mês (2) <input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)*    *Excluída a tuberculose como causa
	<b>42 Critério CDC adaptado</b> 1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo <input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva <input type="checkbox"/> Candidose de esôfago <input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas <input type="checkbox"/> Candidose de traquéia, brônquios ou pulmão <input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro <input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos) <input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase <input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar <input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i> <input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês <input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite) <input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês <input type="checkbox"/> Salmonelose (sepse recorrente não-tifóide) <input type="checkbox"/> Histoplasmoze disseminada <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral <input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês <input type="checkbox"/> Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm <sup>3</sup>
	<b>43 Critério óbito -</b> Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação    1-Sim    2-Não    9-Ignorado <input type="checkbox"/>
Trat.	<b>44</b> UF <b>45</b> Município onde se realiza o tratamento    Código (IBGE) <b>46</b> Unidade de saúde onde se realiza o tratamento    Código
Evolução	<b>47</b> Evolução do caso <input type="checkbox"/> <b>48</b> Data do Óbito 1 - Vivo    2 - Óbito por Aids    3 - Óbito por outras causas    9 - Ignorado
Investigador	Nome    Função Assinatura



**ANEXO 76** – Ficha de Procedimentos, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;





PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<b>Procedimentos/Pequenas cirurgias*</b> Outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>													
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>													
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>													
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>													
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>													
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>													

**Procedimentos consolidados**

<b>Total no período</b>	Aferição de PA	□□□	
	Aferição de temperatura	□□□	
	Curativo simples	□□□	
	Coleta de material para exame laboratorial	□□□	
	Glicemia capilar	□□□	
	Medição de altura	□□□	
	Medição de peso	□□□	

**Legenda:**  Opção múltipla de escolha  Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

**Local de Atendimento:** 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

\* Campo obrigatório



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade





**ANEXO 78** – Ficha de Referência e Contra Referência - HUSM, dimensões: 21cm x 30cm;



Sistema Único de Saúde  
Sistema de Referência Municipal  
São Francisco de Assis - RS

Município de Atendimento	Data do Atendimento	URGÊNCIA	IA
		NÃO ( )	SIM ( )
Unidade de Saúde Atendimento	Telefone da Unidade de Saúde	Especialidade Requerida	
	( ) _____		

(FAVOR PREENCHER TODOS OS CAMPOS E DE FORMA LEGÍVEL)

**Informações do Usuário:**

Nome:	Nº de Reg. Hospitalar:		
RG:	Cartão Nacional de Saúde (CNS):		
CPF:	Nascimento: ___/___/___	Idade:	Sexo: (F) (M)
Nome da Mãe:	Nome do Pai:		
Endereço Atual:	Nº:	Telefone: ( ) _____	

**Informações da Referência para Especialidade:**

- Justificativa para o encaminhamento da referência (sinais, sintomas, etc);
  - Outras patologias que acometem o usuário e tratamentos já realizados;
  - O motivo de não realizar o tratamento da patologia no município.
- OBS.: Intercorrências de maior gravidade e difícil manejo na atenção básica devem ser encaminhadas ao especialista. Porém, patologias com protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e passíveis de execução na atenção básica, devem ser realizadas no município de atendimento com auxílio de ferramentas como o TELESÁUDE.

---



---



---



---

Diagnóstico Provável (CID):

---

\_\_\_\_\_  
Secretaria Municipal de Saúde

\_\_\_\_\_  
Médico/CRM

**Informações da Contra-Referência para Município de Atendimento:**

Nome:	Nº de Reg. Hospitalar:		
CNS/RG/CPF:	Nascimento: ___/___/___	Idade:	Sexo: (F) (M)
Especialidade de Atendimento:			
Endereço Atual:	Nº:	Município:	

Condução/Informações ao Médico da Unidade de Saúde:

---



---



---



---

\_\_\_\_\_  
Data de Atendimento com Especialista

\_\_\_\_\_  
Médico Especialista/CRM



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



**ANEXO 79** – Ficha de Vacinação, papel 180g, dimensões: 10,5cm x 15cm;



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade

## FICHA DE VACINAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_

NASC: \_\_\_\_\_

PAI: \_\_\_\_\_

MÃE: \_\_\_\_\_

END: \_\_\_\_\_

DOSES	VACINAS	ANTIPÓLIO (SABIN)	TETRA VALENTE	B.C.G.	TRÍPLICE VIRAL	HEPATITE B	ROTA VIRUS	FEBRE AMARELA
		DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
1. <sup>a</sup>								
2. <sup>a</sup>								
3. <sup>a</sup>								
1. <sup>a</sup>	REFORÇO	DATA						
2. <sup>a</sup>	REFORÇO	DATA						



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



**ANEXO 80** – Ficha de Visita - Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue, papel 180g, dimensões: 11cm x 16cm;



**ANEXO 81** – Ficha de Visita – Programa Estadual de Vigilância e Controle do Aedes, colorido, papel 180g, dimensões: 9,5cm x 13cm;





PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



**ANEXO 82** – Ficha de Visita (controle da dengue), colorido, descrição: com o verso imantado, dimensões: 07cm x 08cm;

## Secretaria Municipal da Saúde

### Ficha de Visita

# Controle da Dengue ano 20 \_\_

Cido	Dia/Mês	Atividade	Agente
<b>1</b>			
<b>2</b>			
<b>3</b>			
<b>4</b>			
<b>5</b>			
<b>6</b>			

**Estamos na peleia contra o mosquito.**



Prefeitura Municipal  
São Francisco de Assis





**ANEXO 83** – Ficha de Visita Domiciliar e Territorial, **frente e verso**, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;

CNS DO PROFISSIONAL*		CBO*		CHES*		INE*		DATA*		DIGITADO POR:		DATA:	
										CONFERIDO POR:		FOLHA Nº:	
<b>FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL</b>													
CNS DO PROFISSIONAL* _____													
CBO* _____													
CHES* _____													
INE* _____													
DATA* / /													
DATA* / /													
Nº _____													
TURNO* _____													
MICROÁREA* _____													
TIPO DE IMÓVEL* _____													
Nº PRONTUÁRIO _____													
<p><b>CNS do cidadão</b>  <small>(com visita periódica para controle vetorial, usar o CNS do responsável familiar)</small></p>													
Dia/mês _____													
Ano _____													
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino _____													
Visita compartilhada com outro profissional _____													
Cadastro/Atualização _____													
Visita periódica _____													
Consulta _____													
Exame _____													
Vacina _____													
Condições de Bolsa Família _____													
Gestante _____													
Puérpera _____													
Recém-nascido _____													
Criança _____													
Pessoa com deficiência _____													
Acompanhamento _____													
Busca ativa _____													
Motivo da visita* _____													



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

# São Francisco de Assis

Pelo campo e cidade

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
<b>Motivo da visita *</b>																							
<b>Acompanhamento</b>																							
Pessoa em reabilitação ou com deficiência	<input type="checkbox"/>																						
Pessoa com hipertensão	<input type="checkbox"/>																						
Pessoa com diabetes	<input type="checkbox"/>																						
Pessoa com asma	<input type="checkbox"/>																						
Pessoa com DPOC/enfisema	<input type="checkbox"/>																						
Pessoa com câncer	<input type="checkbox"/>																						
Pessoa com outras doenças crônicas	<input type="checkbox"/>																						
Pessoa com Hanseníase	<input type="checkbox"/>																						
Pessoa com tuberculose	<input type="checkbox"/>																						
Sintomáticos respiratórios	<input type="checkbox"/>																						
Tabagista	<input type="checkbox"/>																						
Domiciliados/Acamados	<input type="checkbox"/>																						
Condições de vulnerabilidade social	<input type="checkbox"/>																						
Condições de vulnerabilidade do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>																						
Saúde mental	<input type="checkbox"/>																						
Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>																						
Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>																						
<b>Controlar a visita/Atividade</b>																							
Ação educativa	<input type="checkbox"/>																						
Imóvel com foco	<input type="checkbox"/>																						
Ação mecânica	<input type="checkbox"/>																						
Tratamento focal	<input type="checkbox"/>																						
Egresso de internação	<input type="checkbox"/>																						
Convite atividades coletivas/campanha de saúde	<input type="checkbox"/>																						
Orientação/prevenção	<input type="checkbox"/>																						
Outros	<input type="checkbox"/>																						
<b>Antropométrica</b>																							
Peso (kg)	<input type="checkbox"/>																						
Altura (cm)	<input type="checkbox"/>																						
<b>Destejado *</b>																							
Visita realizada	<input type="checkbox"/>																						
Visita recusada	<input type="checkbox"/>																						
Ausente	<input type="checkbox"/>																						

Legenda:  Opção múltipla de escolha  Opção única de escolha (marcar X no opção desejada)

Microárea: usar FA para Fora de Área ou 00 a 99 para o número da microárea.

Tipo de imóvel: 01 Domicílio, 02 comércio, 03 terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, barracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

Campo  campo numérico

\*\* Campos obrigatórios para visitas ao cidadão ou a sua família



**ANEXO 84** – Ficha Hipertensão - Cadastro do Hipertenso e/ou Diabético, colorido dimensões: 21cm x 30cm.

	
PREFEITURA MUNICIPAL	ADM.2017/2020
<h1>São Francisco de Assis</h1> <p>Pelo campo e cidade</p>	



**MS – HIPERDIA**  
**PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO**  
**À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS**

**1.ª Via: Enviar para digitação**  
**CADASTRO DO HIPERTENSO**  
**E/OU DIABÉTICO**

Nome da Unidade de Saúde (*)		Cod. SIA/SUS (*)		Número do Prontuário			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)</b>							
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)				Data Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)			Nome do Pai				
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	País de Origem		Data Naturalização		
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Sit. familiar/Conjugal (TV)	Nº Cartão SUS			
<b>DOCUMENTOS GERAIS</b>							
Título de Eleitor	Número		Zona	Série			
CTPS	Número		Série	UF	Data de Emissão		
CPF	Número		PIS/PASEP	Número			
<b>DOCUMENTOS OBRIGATORIOS (**)</b>							
Identidade	Número	Complemento	Órgão (TV)	UF	Data de Emissão		
Cartão (TV)	Tipo		Nome do Cartório		Livro		
	Folha		Termo		Data de Emissão		
<b>ENDEREÇO (*)</b>							
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro			Número	Complemento		
Bairro	CEP		DDD	Telefone			
<b>DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE</b>							
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)		Peso (kg) (*)			
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/d)		<input type="checkbox"/> Em jejum	<input type="checkbox"/> Pós prandial			
Fatores de risco e Doenças concomitantes		Não	Sim	Presença de Complicações		Não	Sim
Antecedentes Familiares - cardiovasculares				Infarto Agudo Miocárdio			
Diabetes Tipo 1				Outras coronariopatias			
Diabetes Tipo 2				AVC			
Tabagismo				Pé diabético			
Sedentarismo				Amputação por diabetes			
Sobrepeso/Obesidade				Doença Renal			
Hipertensão Arterial							
<b>TRATAMENTO</b>							
Não Medicamentoso:		<input type="checkbox"/>					
<b>Medicamentoso</b>							
		Unidades/dia					
		Comprimidos/dia					
Tipo		1/2    1    2    3    4    5    6					
Hidroclorotiazida 25mg							
Propranolol 40mg							
Captopril 25mg							
Glibenclamida 5mg							
Metformina 850 mg							
		Insulina					
Outros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO							
Data da Consulta (*)		Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)					

Legenda: (\*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai; data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone. (\*\*) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV = Tabela no verso do formulário.



**ANEXO 85** – Ficha Marcadores Alimentar – Sisvan, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;





PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



**ANEXO 86** – Fichas de Monitoramento Semanal, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;



### FICHA DE MONITORAMENTO SEMANAL

Funcionário responsável: \_\_\_\_\_ contato: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ /20\_\_

Itens	Foi verificado?		Possível foco?		Foco?	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Pratos e Vasos de plantas						
Plantas com acúmulo de água / bromélias						
Lixeiras dentro de área coberta						
Lixeiras em área externa						
Ralos de cozinha, banheiros e áreas externas.						
Coletores de água em refrigeradores						
Caixa d'água						
Vaso sanitário em desuso						
Depósitos naturais de água						
Pneus						
Calhas						
Lages						
Baldes						
Garrafas						
Entulhos / Lixo						
<b>Total</b>						

**Legenda:**

Possível foco: Todo recipiente com água parada acumulada;

Foco: Recipiente com larvas e/ou pupas de mosquito.

Caso haja a presença de larvas, ovos ou pupas em locais de difícil acesso, para a eliminação destes, notifique o Agente de Combate a Endemias na Secretaria Municipal de Saúde – Telefone: 3252 25 36.



**ANEXO 87** – Folder - Dengue pode Matar, **frente e verso**, colorido, papel reciclado, dimensões: 21 cm x 30cm;

FRENTE

**OUTROS CUIDADOS QUE VOCÊ DEVE TOMAR PARA A DENGUE NÃO TE PEGAR:**

1. Não acumule materiais descartáveis desnecessários e sem uso. Se forem destinados à reciclagem, guarde-os sempre em local coberto e abrigados da chuva.
2. Trate adequadamente a piscina com cloro. Se ela não estiver em uso, esvazie-a completamente, não deixando poças d'água. Se tiver lagos, cascatas ou espelhos d'água, mantenha-os limpos ou crie peixes que se alimentem de larvas.
3. Entregue pneus velhos ao serviço de limpeza urbana. Caso precise deles, guarde-os, sem água, em locais cobertos.
4. Verifique se todos os ralos da casa não estão entupidos. Limpe-os pelo menos uma vez por semana e, se não os estiver usando, deixe-os fechados.
5. Guarde as garrafas, baldes ou latas vazias de cabeça para baixo.
6. Lave com escova e sabão as vasilhas de água e de comida de seus animais pelo menos uma vez por semana.
7. Retire a água da bandeja externa da geladeira pelo menos uma vez por semana. Lave a bandeja com sabão.
8. Não deixe acumular água na parte de baixo das torneiras de bebedouros e filtros de água.

**COMBATER A DENGUE É UM DEVER MEU, SEU E DE TODOS.**

**A DENGUE PODE MATAR.**

Procure logo um serviço de saúde em caso dos seguintes sintomas: febre com dor de cabeça e dor no corpo.

www.saude.gov.br  
SECRETARIA DE SAÚDE 0800 01 1911

Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

SUS+

Ministério de Saúde

VERSO

SAIBA COMO SE PROTEGER CONTRA A DENGUE.

<b>LIXO</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coloque o lixo em sacos plásticos e mantenha a lixeira bem fechada. Não jogue lixo em terrenos baldios.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jogue no lixo todo objeto que possa acumular água, como embalagens usadas, potes, latas, copos, garrafas vazias etc.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenha o saco de lixo bem fechado e fora do alcance de animais: até o recolhimento pelo serviço de limpeza urbana.</li> </ul>
<b>PLANTAS E JARDINS</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encha de areia até a borda os pratinhos dos vasos de planta.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se você não colocou areia e acumulou água no pratinho da planta, lave-o com escova, água e sabão. Faça isso uma vez por semana.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se você tiver vasos de plantas aquáticas, troque a água e lave o vaso principalmente por dentro com escova, água e sabão pelo menos uma vez por semana.</li> </ul>
<b>CAIXAS D'ÁGUA, CALHAS E LAJES</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não deixe a água da chuva acumulada sobre a laje.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remova folhas, galhos e tudo que possa impedir a água de correr pelas calhas.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenha a caixa d'água sempre fechada com tampa adequada.</li> </ul>
<b>TONÉIS E DEPÓSITOS DE ÁGUA</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenha bem tampados tonéis e banis d'água.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lave semanalmente por dentro com escova e sabão os tanques utilizados para armazenar água.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lave principalmente por dentro com escova e sabão os utensílios usados para guardar água em casa, como jarras, garrafas, potes, baldes etc.</li> </ul>



**ANEXO 88** – Folder Dengue - Ainda dá Tempo de Combater o Mosquito, colorido, papel reciclado, dimensões: 15 cm x 21cm;

# #São Chico contra o Aedes



Transmissor de  
4 doenças

**Dengue**  
**Chikungunya**  
**Zika Virus**  
**Febre amarela**

## AINDA DÁ TEMPO DE COMBATER O MOSQUITO

### Participe desse combate



Coloque areia  
no prato das  
vasos de planta



Remova folhas,  
galhos e tudo  
que possa impedir  
a água de escoar  
pelas calhas



Não deixe  
a água da chuva  
acumular sobre  
a laje



Mantenha  
a lixeira e a caixa  
d'água sempre  
bem fechadas



Entregue seus  
pneus velhos  
ao serviço de  
limpeza urbana



Jogue no lixo  
todo objeto  
que possa  
acumular água



Mantenha bem  
tampados tonéis  
e barris d'água



Lave por dentro,  
com escova  
e sabão, os  
utensílios usados  
para guardar água



**ANEXO 89 – Folder Vigilância Ambiental em Saúde, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;**

**O que é a  
Vigilância Ambiental em Saúde?**

É o monitoramento e controle de uma variedade de problemas decorrentes do desequilíbrio do meio ambiente, visando eliminar ou reduzir a exposição humana a fatores prejudiciais à saúde. **Fundamental nas ações de promoção e proteção à saúde da população.**

A Vigilância Ambiental está inserida na Vigilância em Saúde:

**Vigilância em Saúde** é um processo contínuo de coleta, análise e disseminação de dados, visando o planejamento em saúde pública, para a proteção e promoção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos e doenças.

A Vigilância em Saúde tem um papel fundamental no subsídio de ações da **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE** e é composta por quatro vigilâncias, conforme fluxograma abaixo:

```

graph TD
    A[VIGILÂNCIA EM SAÚDE] --> B[SANITÁRIA]
    A --> C[EPIDEMIOLÓGICA]
    A --> D[AMBIENTAL]
    A --> E[SAÚDE DO TRABALHADOR]
    D --> F[ ]
    E --> F
    style F fill:none,stroke:none
    
```

A Divisão de **Vigilância Ambiental em Saúde** está organizada de acordo com os fatores ambientais de risco à saúde:

- Núcleo de Vigilância dos **Riscos e Agravos Ambientais Biológicos:**

Vigilância e Controle do *Aedes*, Raiva, Febre Amarela, Leishmaniose, Simulídeos (Borrachudo), Animais Peçonhentos, Febre Maculosa, Doença de Chagas Crônica, Leptospirose, Toxoplasmose, Hidatidose, Esquistossomose, Moscas e Roedores Sinantrópicos, Teníase/Cisticercose, Hantavirose, Malária.

- Núcleo de Vigilância dos **Riscos e Agravos Ambientais Não Biológicos:**

Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA), Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos (VIGIAR), Vigilância em saúde das populações expostas a contaminantes químicos em áreas contaminadas (VIGISOLO).

- Núcleo de Vigilância dos **Eventos Ambientais Adversos à Saúde:**

Ações de proteção da saúde humana quanto aos efeitos adversos decorrentes de desastres naturais e acidentes com produtos perigosos. Enchentes, estiagens e outros eventos adversos.

**Quais as principais atividades desenvolvidas pela Vigilância Ambiental em Saúde da 4ª CRS?**

- Orientação, apoio e supervisão da Vigilância Ambiental municipal;
- Suporte na investigação de vetores e casos suspeitos e confirmados de doenças;
- Monitoramento dos sistemas de informação e análise de dados;
- Capacitações e palestras;
- Elaboração de materiais informativos.

A Vigilância Ambiental conta com o apoio do Laboratório de Entomologia, pertencente ao Laboratório Central do Rio Grande do Sul (LACEN/RS) para identificação de vetores.

**Quais as principais atividades desenvolvidas pelo Laboratório de Entomologia da 4ª CRS?**

- Monitoramento e análise de vetores, com ênfase para:
  - Vigilância e Controle do *Aedes*
  - Vigilância da Doença de Chagas
  - Animais Peçonhentos
  - Outros de interesse para a saúde pública



*Aedes aegypti*



Larva de *Aedes aegypti*



*Triatoma rubrovaria*



*Tityus serrulatus*



*Phonetrpia* sp.



*Lutzomyia longipalpis*



<p><b>Qual o principal profissional da Vigilância Ambiental em Saúde Municipal?</b></p> <p><b>AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS (ACE),</b> tendo como principais atribuições:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS;</li> <li>- Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativas ao controle das doenças/agravos;</li> <li>- Registrar as informações referentes às atividades executadas;</li> <li>- Executar ações de campo para pesquisa entomológica e/ou coleta de reservatórios de doenças;</li> <li>- Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de intervenção;</li> <li>- Executar ações de controle de doenças/agravos interagindo com os <b>Agentes Comunitários de Saúde (ACS)</b> e equipe de <b>Atenção Básica</b>.</li> </ul> 	<p><b>LEMBRE-SE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A melhor prevenção contra a <b>DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA</b> é não deixar o mosquito nascer, eliminando os criadouros. O verão é a estação mais preocupante!</li> <li>- Proteja sua casa e pátio da presença de roedores e insetos, esses costumam atrair animais peçonhentos. <b>ORGANIZE E LIMPE!</b></li> <li>- <b>NÃO ACUMULE ENTULHO E LIXO! EVITE A TRANSMISSÃO DE DOENÇAS!</b></li> <li>- O uso de inseticidas e agrotóxicos é prejudicial à saúde e à natureza. Utilize <b>EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL!</b></li> <li>- Lave bem frutas e verduras!</li> <li>- <b>Preserve os recursos hídricos! ÁGUA É TUDO!</b></li> </ul> <p><b>MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>  <a href="http://portalm.s.saude.gov.br/vigilancia-em-saude">http://portalm.s.saude.gov.br/vigilancia-em-saude</a></p> <p><b>SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE</b>  <a href="http://www.cevs.rs.gov.br">http://www.cevs.rs.gov.br</a></p> <p><b>4º CRS - VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE</b>  <a href="mailto:vigilanciaambiental4crs@saude.rs.gov.br">vigilanciaambiental4crs@saude.rs.gov.br</a>          Fone: (55) 3217 1888 Ramal: 149, 150, 156</p>  <p>Elaboração:          Lisiane Löbler - Bióloga 4º CRS/SES          Daiane Rodrigues de Loreto - Farmacêutica Residente UFSM</p>	 <p><b>RIO GRANDE DO SUL</b>  <b>SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE</b>  <b>4º COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE</b></p> <p><b>VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE</b></p>  <p><b>4ª CRS</b></p>
--	---	---

**ANEXO 90 – FORMSUS – Armadilhas, dimensões: 21cm x 30cm**



## FORMSUS

### Informação de Inspeção de Armadilhas

#### Informações Cadastrais:

1) Coordenadoria Regional de Saúde:

2) Municípios Rio Grande do Sul:

3) Nome do Agente Responsável pela Inspeção:

4) CPF:

5) Telefone:

Informe ddd e número apenas números

6) Email Institucional da Vigilância:

7) Email:

8) Função do Agente Responsável pela Inspeção:

Agente de Controle de Endemias

Agente Comunitário de Saúde

Enfermeiro Municipal

Outro membro da equipe de saúde

9) Se outros, especifique:

10) Número de Agentes de Controle de Endemias em atividade:

#### Dados da Inspeção:

11) Semana Epidemiológica:

12) Número Total de Armadilhas Instaladas:

13) Número de Armadilhas Inspeccionadas:

14) Número de Armadilhas Positivas:

Considerar a presença de qualquer tipo de larva de mosquito

15) % Armadilhas Positivas:

$N^{\circ}$  de armadilhas positivas x 100 /  $N^{\circ}$  total de armadilhas inspeccionadas

16) Boletins FAD 03 Vigilância Entomológica de Armadilhas Digitalizados:

Os boletins referentes aos dados informados devem ser digitalizados e anexados aqui.

17) Observações adicionais:

Espaço destinado para registro de outras informações vistas como pertinentes, dificuldades encontradas, sugestões, etc.



**ANEXO 91** – FORMSUS LIRAa-LIA, frente e verso, dimensões: 21cm x 30cm;



## FORMSUS

### LIRAA/LIA

#### 1) Informações Cadastrais

Coordenadoria Regional de Saúde: \_\_\_\_\_

Municípios Rio Grande do Sul: \_\_\_\_\_

Município Infestado?

( ) Sim

( ) Não

Nome do Responsável pelo Preenchimento:

CPF: \_\_\_\_\_

Telefone: (Informe ddd e número apenas números)

Email - Institucional da Vigilância: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

#### 2) Dados da Ação

Número total de componentes da equipe responsável pela execução do LIRAA/LIA: \_\_\_\_\_

Função dos componentes da equipe responsável pelo LIRAA/LIA: \_\_\_\_\_

2. Quantos ACEs? \_\_\_\_\_

2. Quantos ACSs? \_\_\_\_\_

2. Quantos enfermeiros (as)? \_\_\_\_\_

2. Quantos médicos (as)? \_\_\_\_\_

2. Quantos dentistas? \_\_\_\_\_

2. Quantos visitantes do PIM? \_\_\_\_\_

2. Quantos técnicos de enfermagem? \_\_\_\_\_

2. Quantos membros das Forças Armadas? \_\_\_\_\_

2. Quantos veterinários municipais? \_\_\_\_\_

2. Quantos biólogos municipais? \_\_\_\_\_

2. Se outros, especifique a função e número: \_\_\_\_\_

Data de Início do Levantamento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Data Final do Levantamento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

#### 3) Levantamento de Índices

Mês/Ano (mm/aaaa): \_\_\_ / \_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



#### 4) Índices de *Aedes aegypti*

Índice de Infestação Predial (IIP): \_\_\_\_\_

Índice de Breteau (IB): \_\_\_\_\_

#### 5) Criadouros

Nº de criadouros do tipo A1: \_\_\_\_\_

% de criadouros do tipo A1: \_\_\_\_\_

Nº de criadouros do tipo A2: \_\_\_\_\_

% de criadouros do tipo A2: \_\_\_\_\_

Nº de criadouros do tipo B: \_\_\_\_\_

% de criadouros do tipo B: \_\_\_\_\_

Nº de criadouros do tipo C: \_\_\_\_\_

% de criadouros do tipo C: \_\_\_\_\_

Nº de criadouros do tipo D1: \_\_\_\_\_

% de criadouros do tipo D1: \_\_\_\_\_

Nº de criadouros do tipo D2: \_\_\_\_\_

% de criadouros do tipo D2: \_\_\_\_\_

Nº de criadouros do tipo E: \_\_\_\_\_

% de criadouros do tipo E: \_\_\_\_\_

#### 6) Índices de *Aedes albopictus*

Índice de Infestação Predial (IIP): \_\_\_\_\_

Índice de Breteau (IB): \_\_\_\_\_



**ANEXO 92** – Formulário de Cadastro – Sisvan, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;



		Ministério da Saúde/ SAS/ DAB/ CGAN SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL			
Estabelecimento de Saúde		Nº CNES*			
Equipe de Saúde		Nº INE (Identificador Nacional das Equipes)			
Microárea					
Ficha: <input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Alteração					
DADOS CADASTRAIS					
Cadastro de domicílio					
Endereço completo (tipo de logradouro, nome do logradouro, número, complemento)*					
Bairro*	CEP	DDD	Telefone		
Cadastro do indivíduo					
NCNS (Nº Cartão Nacional de Saúde)**		CPF (Nº Cadastro de Pessoa Física)**		NIS (Nº Identificação Social)**	
Nome completo (sem abreviaturas)*				Data de Nascimento*	
Nome completo da mãe (sem abreviaturas)*				Nome completo do pai	
Sexo*	Raça / Cor*	Povo / Comunidade tradicional <sup>(1)</sup>	Escolaridade* <sup>(2)</sup>	Situação familiar <sup>(3)</sup>	
<input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino	<input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Preta <input type="checkbox"/> 3. Amarela <input type="checkbox"/> 4. Parda <input type="checkbox"/> 5. Indígena				
Nacionalidade	Pais de Origem	UF Nascimento*	Município Nascimento*		
<input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira					
Programas Vinculados:		<input type="checkbox"/> Programa Bolsa Família <input type="checkbox"/> SISVAN <input type="checkbox"/> PSE <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____			
ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL***					
Data do acompanhamento*: / /					
Criança (<10 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em cm)*:	Alimentação Materna**** <sup>(4)</sup>	Peso ao nascer (em gramas):	
Adolescente (>10 e <20 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:			
Adulto (> 20 e < 60 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:	Circunferência da cintura (em cm):	Risco aumentado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Idoso (> 60 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:			
Gestante	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:	Peso pré-gestacional (em kg):	Data da última menstruação*: / /	
Doenças*:		Deficiências e/ou Intercorrências*:		Tipo de Acompanhamento*:	
<input type="checkbox"/> Anemia falciforme <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Outras doenças <input type="checkbox"/> Sem doenças		<input type="checkbox"/> Anemia ferropriva <input type="checkbox"/> DDI (Distúrbio por Deficiência de Iodo) <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Infecções Intestinais virais <input type="checkbox"/> IRA (Infecção Respiratória Aguda) <input type="checkbox"/> Hipovitaminose A <input type="checkbox"/> Outras deficiências e/ou Intercorrências <input type="checkbox"/> Sem deficiências e/ou Intercorrências		<input type="checkbox"/> Atendimento na Atenção Básica <input type="checkbox"/> Chamada Nutricional <input type="checkbox"/> Saúde na Escola <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	

\* Campos de preenchimento obrigatório.

\*\* Apenas um dos campos de preenchimento obrigatório.

\*\*\* Para maiores informações sobre o registro do acompanhamento nutricional, consulte os materiais técnicos do SISVAN.

\*\*\*\* Campo obrigatório apenas para crianças menores de 2 anos.



**Legendas:**

**(1) Povo / Comunidade tradicional:**

1. Povos quilombolas
2. Agroextrativistas
3. Caatingueiros
4. Caiçaras
5. Comunidades de fundo e fecho de pasto
6. Comunidades do cerrado
7. Extrativistas
8. Faxinalenses
9. Geraizeiros
10. Marisqueiros
11. Pantaneiros
12. Pescadores artesanais
13. Pomeranos
14. Povos ciganos
15. Povos de terreiro
16. Quebradeiras de coco-de-babaçu
17. Retireiros
18. Ribeirinhos
19. Seringueiros
20. Vazanteiros
21. Outros

**(3) Situação familiar:**

1. Convive com companheira(o) e filho(s)
2. Convive com companheira(o), com laços conjugais e sem filho(s)
3. Convive com companheira(o), com filho(s) e/ou outros familiares
4. Convive com familiar(es), sem companheira(o)
5. Convive com outras pessoas sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais
6. Vive só

**(2) Escolaridade:**

1. Creche
2. Pré-escola (exceto CA)
3. Classe Alfabetizada - CA
4. Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries
5. Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries
6. Ensino Fundamental Completo
7. Ensino Fundamental Especial
8. Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)
9. Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 5ª a 8ª)
10. Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc)
11. Ensino Médio Especial
12. Ensino Médio EJA (Supletivo)
13. Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
14. Alfabetização para Adultos (Mobral, etc)
15. Nenhum

**(4) Aleitamento materno:**

1. Exclusivo
2. Predominante
3. Complementar
4. Inexistente



**ANEXO 93** – Formulário de Solicitação de Exame-Procedimento, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE  
4ª Coordenadoria Regional de Saúde  
Rua Duque de Caxias, 2319 - Santa Maria/RS  
Telefone: (55) 3217-1888



Formulário de Solicitação de Exame/Procedimento		
Prestador de serviço:		
Unidade Solicitante:	CNES:	Data:
Informações do Usuário		
Nome Completo:		Prontuário:
CPF:	RG:	Data expedição:
Cartão Nacional de Saúde - CNS:		
Data de Nascimento:	Idade:	Sexo: F ( ) M ( )
Nome da Mãe:		
Nome do Pai:		
Nome do Responsável (SN):		Fone (Resp.): ( )
Endereço: (Rua, Av.):		
Bairro:		N°:
Cidade:	CEP:	Fone: ( )
Informações Exame/Procedimento		
Exame/Procedimento solicitado:		
Cód. SUS:		
Justificativa:		
História Clínica:		
Exames Anteriores:		
Diagnóstico Provável:		
CID:		

\_\_\_\_\_  
CNS/CPF do Médico Solicitante

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante / CRM

\_\_\_\_\_  
Secretaria Municipal de Saúde



**ANEXO 94** – Formulário de Visitas aos Imóveis – AB, dimensões: 21cm x 30cm;

Formulário de Visitas aos Imóveis - AB														
Município:	Localidade:					Agente:					Data:			
Endereço	Informações da ação - marque "x" de acordo com a situação encontrada					Informações sobre os criadouros - preencha com o nº encontrado								
Logradouro (rua, av.)	Nº	Imóvel trabalhado	Com criadouro	Imóvel fechado	Recusa da visita	Imóvel recuperado	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total de depósitos eliminados
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
<b>Total</b>														

Assinatura do agente: \_\_\_\_\_

Legenda: A1 – Caixa d'água (elevado)  
A2 – Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)

B – Pequenos depósitos móveis (vasos de plantas, bebedouros...)  
C - Depósitos fixos (tanques, lages, toldos, ralos...)  
D1 – Pneus e outros materiais rodantes  
D2 – Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos  
E – Depósitos naturais



**ANEXO 95** – Formulário de Visitas Diárias aos Imóveis - Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia  
Formulário de Visitas Diárias aos Imóveis, dimensões: 21cm x 30cm;





**ANEXO 96** – GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Cardiologia Adulto, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

GERCON

Solicitação para Consulta Especializada em Cardiologia Adulto

Critério	SIM	NÃO	Não Avaliado
<b>Internação hospitalar nos últimos 30 dias pelo motivo do encaminhamento</b>	( )	( )	( )
<b>Criança &lt; 1 ano, idoso &gt; ou igual a 80 anos ou gestante</b>	( )	( )	( )
<b>Hipertensão Arterial Sistêmica</b>	( )	( )	( )
a) Suspeita de hipertensão secundária?	( )	( )	( )
b) Hipertensão mal controlada com no mínimo 3 medicações em dose plena, após avaliação da adesão	( )	( )	( )
<b>Insuficiência Cardíaca (IC)</b>	( )	( )	( )
a) Piora do quadro clínico, apesar do tratamento otimizado	( )	( )	( )
b) Paciente persiste em classe funcional III ou IV (NYHA), apesar do tratamento otimizado	( )	( )	( )
c) História de internação hospitalar por IC nos últimos 12 meses	( )	( )	( )
<b>Cardiopatía Isquêmica (CI)</b>	( )	( )	( )
a) Síndrome coronariana aguda, arritmia ventricular ou sobrevivente de parada cardíaca atendido em emergência recentemente e que não realizou cateterismo cardíaco	( )	( )	( )
b) Síndrome coronariana aguda, arritmia ventricular ou sobrevivente de parada cardíaca atendido em emergência e com indicação de cateterismo cardíaco	( )	( )	( )
c) Paciente com CI ainda sintomático mesmo com tratamento clínico otimizado	( )	( )	( )
d) Suspeita de CI e impossibilidade de realizar testes não invasivos como ergometria	( )	( )	( )
<b>Arritmias (considerar sempre encaminhar para emergência)</b>	( )	( )	( )
a) Taquiarritmias ou alterações na condução cardíacas potencialmente graves	( )	( )	( )
b) Paciente com marcapasso, cardiodesfibrilador ou ressincronizador	( )	( )	( )
c) Fibrilação atrial e possibilidade de cardioversão	( )	( )	( )
d) Bradicardia sinusal sintomática, ou assintomática com frequência cardíaca menor que 45	( )	( )	( )
e) Bloqueio bifascicular (ver protocolo)	( )	( )	( )
<b>Síncope ou perda transitória da consciência (considerar sempre encaminhar para emergência)</b>	( )	( )	( )
a) Com alteração compatível no ECG	( )	( )	( )
b) Em paciente com cardiopatía, ou história familiar de morte súbita antes dos 40 anos	( )	( )	( )
c) Com sinais ou sintomas de provável origem cardiológica	( )	( )	( )
<b>Valvopatía</b>	( )	( )	( )
a) Moderada ou grave em exame complementar	( )	( )	( )
b) Suspeita clínica de valvopatía	( )	( )	( )
c) Leve (em exame complementar) em paciente sintomático	( )	( )	( )

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico e carimbo

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Data



**ANEXO 97** – GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Neurologia Adulto, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

GERCON

Solicitação para Consulta Especializada em Neurologia Adulto

Critério	SIM	NÃO	Não Avaliado
<b>Alterações em exame de imagem (TC ou RNM)</b>	( )	( )	( )
a) Hidrocefalia ou malformação de Chiari	( )	( )	( )
b) Aneurisma cerebral ou outras malformações vasculares	( )	( )	( )
c) Lesão com efeito expansivo ou sugestivo de tumor cerebral	( )	( )	( )
d) Atrofia cortical ou alterações degenerativas do tipo microangiopáticas	( )	( )	( )
<b>Imunocomprometido (HIV, uso crônico de imunossupressor ou corticóide oral)</b>	( )	( )	( )
<b>Motivo da solicitação decorrente de violência cometida contra o (a) paciente</b>	( )	( )	( )
<b>Idoso com idade maior ou igual a 80 anos ou gestante</b>	( )	( )	( )
<b>Paciente com declínio cognitivo rapidamente progressivo com início antes dos 65 anos, excluído delírium ou intoxicação medicamentosa</b>	( )	( )	( )
<b>Sinal neurológico focal novo sem explicação ou suspeita de vertigem de origem central (sem intervenção em serviço de emergência)</b>	( )	( )	( )
a) Alteração ocular ou visão (diplopia, estrabismo recente, nistagmo vertical ou que não melhora com fixação do olhar)	( )	( )	( )
b) Hemihipoestesia ou hemiparesia (com exceção paralisia de Bell)	( )	( )	( )
c) Dismetria	( )	( )	( )
<b>Outras alterações de movimento ou marcha</b>	( )	( )	( )
a) Perda de força em membros	( )	( )	( )
b) Alteração grave e/ou progressiva de marcha, equilíbrio ou movimento como ataxia, coreia e instabilidade postural (necessário avaliação emergencial se evento é agudo)	( )	( )	( )
<b>Cefaléia crônica com sinais ou sintomas de gravidade</b>	( )	( )	( )
a) Dor desencadeada pelo esforço, coito, tosse, atividade física ou manobra de valsalva	( )	( )	( )
b) Dor que acorda durante o sono	( )	( )	( )
c) Mudança recente no padrão da cefaléia (aumento de intensidade, frequência ou mudança nas características da dor)	( )	( )	( )
d) Iniciada em pessoa com mais de 50 anos	( )	( )	( )
<b>Diagnóstico recente ou epilepsia refratária ao tratamento</b>	( )	( )	( )
a) Primeiro episódio de crise convulsiva, sem fatores desencadeantes ou reversíveis	( )	( )	( )
b) Epilepsia não controlada com tratamento medicamentoso otimizado	( )	( )	( )
<b>Caso discutido com TelessaúdeRS (colocar número da teleconsultoria ou telediagnóstico na descrição do quadro clínico)</b>	( )	( )	( )
<b>Internação hospitalar nos últimos 30 dias pelo motivo do encaminhamento</b>	( )	( )	( )

Assinatura do médico e carimbo

Data



**ANEXO 98** – GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Catarata Adulto, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SÃO FRANCISCO DE ASSIS**

**GERCON**

**Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Catarata**

<b>Critério</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>Não Avaliado</b>
<b>Caso discutido com TelessaudeRS-UFRGS (colocar número de teleconsultoria ou telediagnóstico na descrição do quadro clínico)</b>	( )	( )	( )
<b>Atendimento em serviço de urgência ou internação pelo problema atual nos últimos 30 dias</b>	( )	( )	( )
<b>Catarata associada à glaucoma, ou com ruptura de cristalino ou cápsula</b>	( )	( )	( )

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico e carimbo

\_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Data



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SÃO FRANCISCO DE ASSIS**

**GERCON**

**Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Cornea**

<b>Critério</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>Não Avaliado</b>
<b>Caso discutido com TelessaudeRS-UFRGS (colocar número de teleconsultoria ou telediagnóstico na descrição do quadro clínico)</b>	( )	( )	( )
<b>Atendimento em serviço de urgência ou internação pelo problema atual nos últimos 30 dias</b>	( )	( )	( )
<b>Doenças da córnea e da superfície ocular</b>	( )	( )	( )
a) Perfuração da córnea por úlcera ou ceratite	( )	( )	( )
b) Úlcera de córnea, ou ceratite em atividade	( )	( )	( )

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico e carimbo

\_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Data



**ANEXO 99** – GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Córnea, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

GERCON

Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Descolamento de Retina

Critério	SIM	NÃO	Não Avaliado
Caso discutido com TelessaudeRS-UFRGS (colocar número de teleconsultoria ou telediagnóstico na descrição do quadro clínico)	( )	( )	( )
Atendimento em serviço de urgência ou internação pelo problema atual nos últimos 30 dias	( )	( )	( )
Descolamento com até de 2 semanas de evolução?	( )	( )	( )

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico e carimbo

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Data



**ANEXO 100** – GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Deslocamento de Retina, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

GERCON

Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Descolamento de Retina

Critério	SIM	NÃO	Não Avaliado
Caso discutido com TelessaudeRS-UFRGS (colocar número de teleconsultoria ou telediagnóstico na descrição do quadro clínico)	( )	( )	( )
Atendimento em serviço de urgência ou internação pelo problema atual nos últimos 30 dias	( )	( )	( )
Descolamento com até de 2 semanas de evolução?	( )	( )	( )

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico e carimbo

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Data



**ANEXO 101 – GERCON – Solicitação para consulta especializada em Oftalmologia Geral Adulto, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;**



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SÃO FRANCISCO DE ASSIS**

**GERCON**

**Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Geral Adulto**

<b>Critério</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>Não Avaliado</b>
<b>Caso discutido com TelessaudeRS-UFRGS (colocar número de teleconsultoria ou telediagnóstico na descrição do quadro clínico)</b>	( )	( )	( )
<b>Retinopatia ou outras doenças da retina</b>	( )	( )	( )
a) Descolamento de retina	( )	( )	( )
b) Doença vasoclusiva (oclusão da artéria ou veia central, ou seus ramos)	( )	( )	( )
c) Degeneração Macular relacionada à idade do tipo exsudativa	( )	( )	( )
d) Retinopatia diabética proliferativa, não proliferativa grave/severa, hemorragia vítrea ou edema macular diabético	( )	( )	( )
e) Indicação de anti-angiogênico	( )	( )	( )
<b>Glaucoma</b>	( )	( )	( )
a) Glaucoma agudo	( )	( )	( )
b) Diagnóstico de glaucoma	( )	( )	( )
<b>Atendimento em serviço de urgência ou internação pelo problema atual nos últimos 30 dias</b>	( )	( )	( )
<b>Catarata associada à glaucoma, ou com ruptura de cristalino ou cápsula</b>	( )	( )	( )
<b>Uveíte em atividade?</b>	( )	( )	( )
<b>Doença maligna da pálpebra ou órbita, ou alteração palpebral provocando lesão de córnea</b>	( )	( )	( )
<b>Doenças da córnea e da superfície ocular</b>	( )	( )	( )
a) Perfuração da córnea por úlcera ou ceratite	( )	( )	( )
b) Úlcera de córnea, ou ceratite em atividade	( )	( )	( )

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico e carimbo

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Data



**ANEXO 102** – GERCON – Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Glaucoma, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

GERCON

Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Glaucoma

Critério	SIM	NÃO	Não Avaliado
Caso discutido com TelessaudeRS-UFRGS (colocar número de teleconsultoria ou telediagnóstico na descrição do quadro clínico)	( )	( )	( )
<b>Glaucoma</b>	( )	( )	( )
a) Glaucoma agudo	( )	( )	( )
b) Diagnóstico de glaucoma	( )	( )	( )
Atendimento em serviço de urgência ou internação pelo problema atual nos últimos 30 dias	( )	( )	( )

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico e carimbo

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Data



**ANEXO 103** – GERCON – Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Pediátrica, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

GERCON

Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Pediátrica

Critério	SIM	NÃO	Não Avaliado
Caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS (colocar número de teleconsultoria ou telediagnóstico na descrição do quadro clínico)	( )	( )	( )
Estrabismo em crianças menores de 5 anos	( )	( )	( )
Retinoblastoma	( )	( )	( )
Atendimento em serviço de urgência ou internação pelo problema atual nos últimos 30 dias	( )	( )	( )
Suspeita ou diagnóstico de erro refrativo em menores de 5 anos	( )	( )	( )
Teste de olhinho alterado	( )	( )	( )
Catarata congênita em crianças com até 6 meses de idade	( )	( )	( )
Retinopatia da prematuridade em crianças com até 6 meses de idade	( )	( )	( )
Glaucoma congênito ou infantil	( )	( )	( )
Condições obstruindo a visão em menores de 5 anos	( )	( )	( )

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico e carimbo

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Data



**ANEXO 104** – GERCON – Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Retinopatia Diabética, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

GERCON

Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Pediátrica

Critério	SIM	NÃO	Não Avaliado
Caso discutido com TelessaudeRS-UFRGS (colocar número de teleconsultoria ou telediagnóstico na descrição do quadro clínico)	( )	( )	( )
Estrabismo em crianças menores de 5 anos	( )	( )	( )
Retinoblastoma	( )	( )	( )
Atendimento em serviço de urgência ou internação pelo problema atual nos últimos 30 dias	( )	( )	( )
Suspeita ou diagnóstico de erro refrativo em menores de 5 anos	( )	( )	( )
Teste de olho alterado	( )	( )	( )
Catarata congênita em crianças com até 6 meses de idade	( )	( )	( )
Retinopatia da prematuridade em crianças com até 6 meses de idade	( )	( )	( )
Glaucoma congênito ou infantil	( )	( )	( )
Condições obstruindo a visão em menores de 5 anos	( )	( )	( )

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico e carimbo

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Data



**ANEXO 105** – GERCON – Solicitação para Consulta Especializada, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

GERCON

Solicitação para Consulta Especializada

Critério	SIM	NÃO	Não Avaliado
Suspeita ou diagnóstico de neoplasia atual	( )	( )	( )
Risco iminente de perda de função de órgão ou sequela PERMANENTE	( )	( )	( )
a) Risco de amputação ou perda funcional de membros	( )	( )	( )
b) Insuficiência Renal	( )	( )	( )
c) Sequela neurológica	( )	( )	( )
d) Insuficiência Hepática	( )	( )	( )
e) Insuficiência Respiratória	( )	( )	( )
f) Insuficiência Cardíaca	( )	( )	( )
g) Surdez	( )	( )	( )
h) Cegueira	( )	( )	( )
i) Obstrução ou Perfuração Intestinal	( )	( )	( )
Risco hemorrágico ou sangramento atual	( )	( )	( )
a) Lesão sangrante de origem neoplásica	( )	( )	( )
b) Metrorragia	( )	( )	( )
c) Hematúria	( )	( )	( )
d) Epistaxe	( )	( )	( )
e) Hemoptise	( )	( )	( )
f) Enterorragia	( )	( )	( )
g) Melena	( )	( )	( )
h) Hematêmese	( )	( )	( )
i) Otorragia	( )	( )	( )
Imunocomprometido	( )	( )	( )
Risco de auto ou hetero agressão	( )	( )	( )
Risco de perda súbita de consciência	( )	( )	( )
Infecção atual	( )	( )	( )
Dor refratária e incapacitante	( )	( )	( )
Criança < 1 ano	( )	( )	( )
Gestante	( )	( )	( )
Atendimento em serviço de urgência ou internação pelo problema atual nos últimos 30 dias	( )	( )	( )
Paciente vítima de violência	( )	( )	( )
Idoso > 80 anos	( )	( )	( )

Assinatura do médico e carimbo

Data



**ANEXO 106** – Instrumento SAE, cada página em folha separada, dimensões: 21cm x 30cm;

Ausculta pulmonar:

( ) sem alteração ( ) alterada ( ) roncosp ( ) estertores ( ) sibilos

Ausculta cardíaca: ( ) rítmico ( ) arrítmico ( ) sopros

Mamas: ( ) sem alterações ( ) assimétricas ( ) presença de nódulos palpáveis ( ) dor ( ) secreção

Abdome: ( ) Plano ( ) Flácido ( ) distendido ( ) Indolor ( ) doloroso

Ruídos Hidroaéreos: ( ) presentes ( ) ausentes

Genitália externa: ( ) sem alterações ( ) alterada: \_\_\_\_\_

Exame especular: ( ) sem alterações ( ) alterado: \_\_\_\_\_

Diagnóstico de enfermagem: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Plano de intervenção: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Evolução: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avaliação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



INSTRUMENTO DA SAE NA SAÚDE DA MULHER

Dados de identificação

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

Fatores de risco: ( ) tabagismo ( ) etilismo ( ) obesidade ( ) câncer ( )  
imunossupressão

Antecedentes ginecológicos

Atividade sexual:

( ) Sem alteração ( ) alterado por : ( ) DST ( ) gestação ( ) dor ( )  
sangramento ( ) culpa ( ) separação ( ) falta de desejo ( ) incontinência  
urinária ( ) doença do sistema genital e do útero .

Uso de método contraceptivo: ( ) não ( ) sim qual ?

\_\_\_\_\_

DUM:

Menopausa:

Alterações vaginais:

Corrimento: ( ) não ( ) Sim

Aspecto \_\_\_\_\_

Prurido ( ) sim ( ) não

Sangramento: ( ) não ( ) sim duração \_\_\_\_\_

DST: ( ) não ( ) sim qual: \_\_\_\_\_

Exame Papanicolau: ( ) não ( ) sim resultado: \_\_\_\_\_

Antecedentes obstétricos

Nº gesta: \_\_\_\_\_ Nº partos: \_\_\_\_\_ PN: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_

Abortos: ( ) sim ( ) Não Laqueadura : ( ) sim ( ) Não

Exame Físico

Pa: \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Pele e mucosas: ( ) normocoradas ( ) hipocoradas

Cabeça e pescoço:

Condições do couro cabeludo ( ) sem alteração ( ) alterado \_\_\_\_\_

Pescoço: ( ) sem alteração ( ) linfonodos ( ) tireóide aumentada ( )  
lesões

Tórax:



## INSTRUMENTO DA SAE NA SAÚDE GESTANTE

### Dados de identificação

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade: ( ) analfabeta ( ) fundamental ( ) médio ( ) superior

Antecedentes ginecológicos e obstétricos:

Gesta: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ Tipo de parto: \_\_\_\_\_

Aborto: ( ) sim \_\_\_\_\_ ( ) não

Amamentou: ( ) sim ( ) não por que? \_\_\_\_\_

DUM: \_\_\_\_\_ DPP: \_\_\_\_\_ IG: \_\_\_\_\_ MF: \_\_\_\_\_

Gestação planejada: ( ) sim ( ) Não

Fatores de risco:

( ) Tabagismo ( ) Etilismo ( ) Uso de drogas ( ) Obesidade

( ) Gestante alto risco (< 15 anos e > 35 anos) ( ) Hipertensão

( ) Diabetes ( ) Cardiopatia

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

Ocupação atual: \_\_\_\_\_

Exame físico:

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

Pele: ( ) íntegra ( ) lesão

Mucosas: ( ) Normocoradas ( ) Hipocoradas ( ) Hiperacoradas

Pescoço:

( ) sem alteração ( ) Linfonodos ( ) Tireóide aumentada ( ) lesões

Tórax:

Ausculta pulmonar: ( ) sem alteração

( ) alterada: ( ) roncos ( ) estertores ( ) sibilos

Ausculta cardíaca: ( ) Rítmico ( ) Arritmico ( ) Bradicárdico

( ) Taquicárdico ( ) Sopros



Mamas: ( ) sem alterações ( ) simétricas ( ) assimétricas

( ) presença de nódulos palpáveis ( ) dor ( ) secreção

Mamilos: ( ) protuso ( ) invertido ( ) plano

Abdome : ( ) Plano ( ) Flácido ( ) distendido ( ) Indolor ( ) doloroso

Ruídos Hidroaéreos: ( ) presentes ( ) ausentes

Genitália externa: ( ) sem alterações ( ) alterada: \_\_\_\_\_

MMIIs ( ) sem alteração ( ) edemaciado ( ) lesões

Medida da AU: \_\_\_\_\_

Ausculta de BCFs: \_\_\_\_\_

Situação vacinal:

Antitetânica: ( ) sem informação de imunização

( ) imunizada há menos de 5 anos ( ) imunizada há mais de 5 anos

Hepatite B: ( ) imunizada ( ) esquema incompleto

Outras vacinas: \_\_\_\_\_

Testes rápidos:

HIV: ( ) Reagente ( ) NR Sifilis: ( ) Reagente ( ) NR

Hepatite B: ( ) Reagente ( ) NR Hepatite C: ( ) Reagente ( ) NR

Exames realizados:

( ) toxoplasmose ( ) urocultura ( ) hemograma ( ) coombs indireto

( ) fator Rh ( ) glicemia ( ) outros: \_\_\_\_\_

1ª Consulta odontológica: \_\_\_\_\_

Suplementação sulfato ferroso: ( ) sim ( ) não

Suplementação ácido fólico: ( ) sim ( ) não

Diagnóstico de enfermagem \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Plano de intervenção:

---

---

Evolução:

---

---

Avaliação:

---

---



## INSTRUMENTO DA SAE NA SAÚDE DA CRIANÇA

### Dados de identificação :

Nome: \_\_\_\_\_ IG: \_\_\_\_\_ Tipo de parto: \_\_\_\_\_  
Local de nascimento: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ ( ) BIG ( ) PIG ( ) GIG

### ANAMNESE E EXAME FISICO :

Avaliação Antropométrica:

PC: \_\_\_\_\_ EST: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

Aleitamento materno exclusivo:

( ) sim ( ) não - especificar: \_\_\_\_\_

Vitaminas e Suplementação em uso:

( ) Ferro ( ) vitamina A+D ( ) outros: \_\_\_\_\_

Situação Vacinal : ( ) adequado ( ) inadequado

#### 1) PELE E TECIDOS:

Integridade da Pele: ( ) Adequado ( ) Inadequado

obs: \_\_\_\_\_

Coloração da Pele:

( ) Cianótico ( ) Normocoradas e hidratadas ( ) Icterícia ( ) Lesões de pele

#### 2) CRÂNIO:

Fontanela Anterior: ( ) normal ( ) abaulamento

Fontanela Posterior: ( ) normal ( ) abaulamento

Integridade do couro cabeludo: ( ) adequado ( ) inadequado \_\_\_\_\_

3) FACE: ( ) Normal ( ) alterada: \_\_\_\_\_

Nariz: ( ) S/A ( ) Coriza ( ) Alergia / Epistaxe

Boca: ( ) S/A ( ) Presença de Lesões ( ) Má formações

4) PESCOÇO: ( ) Sem anormalidades ( ) Presença de Linfonodos

5) TORÁX: ( ) S/A anatômica

Expansão torácica ( ) Normal ( ) alterado



Ausculata Pulmonar:

- ( ) Dentro da normalidade ( ) Presença de Tiragem  
( ) Uso de Musculatura acessória ( ) estertores / sibilos

Frequência Cardíaca: ( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico

Ausculata Cardíaca: ( ) Rítmico ( ) Arritmico

6) ABDOMEM:( ) Normotenso ( ) Distendido

Ruídos hidroaéreos ( ) presente ( ) ausente

Coto umbilical : ( ) normal ( ) alterado: \_\_\_\_\_

7) APARELHO GENITURINÁRIO:

Alterações anatômicas : ( ) Sim ( ) Não

Lesões em órgão genital: ( ) Sim ( ) Não

Eliminações Urinárias :( ) S/ A ( ) Alterado Obs: \_\_\_\_\_

Eliminações Intestinais: ( ) S/ A ( ) Alterado Obs: \_\_\_\_\_

8) HIGIENE CORPORAL:( ) adequado ( ) inadequado

9) DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR:

( ) Normal para faixa etária ( ) Anormal para faixa etária

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

---

---

PLANO DE INTERVENÇÃO:

---

---

AVALIACÃO:

---

---



EVOLUÇÃO:

---

---

---



## INSTRUMENTO DA SAE NAS LESÕES DE PELE

### Dados de identificação :

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Endereço: \_\_\_\_\_

Relatado pelo ( ) paciente ( ) Acompanhante

Confiabilidade : ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 (onde 4 e muito bom ).

### 1. INVESTIGAÇÃO :

2.1 Doenças pré existente:

( ) Diabetes ( ) HAS ( ) Doença Vascular ( ) Doença Neurológica

( ) Outros: \_\_\_\_\_

2.2 Fumante : ( ) Sim ( ) Não

2.3 Nutrição e Ingesta Hídrica ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim

2.4 Urinário ( ) Espontânea ( ) Incontinência ( ) Retenção ( ) Fraldas.

### 2. EXAME FISICO:

2.1 Ferida ( ) Aguda ( ) Crônica N° de Feridas: \_\_\_\_\_

2.2 Estagio ( ) Eritema com pele integra ( ) Perda total tecido subcutâneo com comprometimento muscular.

( ) Perda da epiderme com presença de vesícula ou cratera.

( ) Lesão tecidual atingindo tecido muscular, cartilagem, tendão e osso ( muito profundo).

2.3 Características do Tecido:

( ) Necrótico ( ) Epitelizado ( ) Com crosta ( ) Infectado

( ) Com Antibiograma ( ) Granulado.

2.4 Com Exsudato ( ) Sim ( ) Não

( ) Seroso ( ) Serosanguinolento ( ) Sanguinolento

( ) Pio sanguinolento ( ) Purulento.

2.5 Odor : ( ) Fétido ( ) Inodoro

2.6 Dor: ( ) Não ( ) Sim



### 2.7 Mobilidade :

- ( ) Capaz de fazer mudança de decúbito ou cadeira de rodas;
- ( ) Mudança de decúbito no leito e não em cadeira de rodas;
- ( ) Incapaz de fazer mudança, mas capaz de ficar na cadeira de rodas;
- ( ) Incapacidade de mudança de decúbito no leito e cadeira de rodas;
- ( ) Contido no leito.

Diagnostico	Intervenção
1. )Integralidade da Pele Prejudicada.	( Aplicar compressas frias e ou mornas, realizar e anotar curativos, realizar mudança de decúbito a cada 2 horas.
2. )Integralidade Tissular Prejudicada.	( Observar e anotar características dadas e observare anotar estado ou consciência. Observar temperatura e cor da pele.
3. )Déficit no auto cuidado: Banho/Higiene.	( Encaminhar, auxiliar, realizar banho, orientar, auxiliar higiene oral, realizar e anotartroca de fraldas, hidratar região perineal.
4. )Déficit no auto cuidado: Alimentação	( Estimular o uso de alimentos ricos em proteínas, vitaminas e sais minerais, estimulara ingesta hídrica.
5. )Risco para Incontinência Urinaria:	( Observar a presença de globo vesical, observar e anotar aspecto da diurese, observar e anotar edema.
6. )Mobilidade Física Prejudicada:	( Realizar mudança de decúbito, estimular paciente a sentar e a deambular.
7. )Risco para Infecção:	( Atentar pra a presença de flogísticos, sangramentos, hipertermia, a parecimentode lesões cutâneas. Implementar cuidados com .sondas, drenos, cateteres.
8.	( Estimular atividades



)Distúrbio na Auto Estima:	recreativas,oferecer apoio psicológico,estimular exposição dos sentimentos.
----------------------------	---

Evolução da Enfermagem: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## INSTRUMENTO DA SAE NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

### Dados de identificação

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Idade: \_\_\_\_\_ Acs: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Escala De Coelho: \_\_\_\_\_

#### 1- Fatores De Risco:

( ) Tabagismo ( ) Etilista ( ) Obesidade ( ) Sedentarismo

( ) Estresse ( ) Excesso De Sol ( ) Outros: \_\_\_\_\_

#### 2- Regulação Vascular:

( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico ( ) Normocárdico

( ) Pulso Cheio:

( ) Filiforme ( ) Arritmico

#### 3- Hábitos:

##### 3.1- Alimentação:

( ) Adequada ( ) Inadequada IMC: \_\_\_\_\_

CÁLCULO IMC:
Altura ao quadrado
-----
Peso

##### 3.2- Sono/Repouso:

( ) Adequado ( ) Inadequado Horas De Sono: \_\_\_\_\_

##### 3.3- Atividade Física/ Recreação:

( ) Adequado ( ) Inadequado



4- Entendimento Sobre A Has:

Bom  Ruim  Ótimo

5- Doença Crônica Pré Existente:

Não  Sim Qual(Ais): \_\_\_\_\_

6-Complicações Da Has:

Neurológico  Renal  Cardíaco  Motora  SENSORIAL

DIAGNÓSTICO	PLANO DE CUIDADO
<input type="checkbox"/> Sono Inadequado	-Auxiliar identificação dos determinantes do inadequado de sono; -Buscar ambiente tranquilo, estabelecimento de horários para dormir; -Orientar/evitar uso de estimulantes.
<input type="checkbox"/> Atividade Física Inadequada <input type="checkbox"/> Déficit Atividade Recreativa <input type="checkbox"/> Compreensão Comprometida	-Incentivar atividade física/interação social; -Orientar que a ausência de exercício físico constitui fatores de risco para doença vascular, respiratória, metabólica, muscular. -Oferecer recursos comunitários que promovam lazer; -Estimular participação em grupos-eventos comunitários. -Disponibilizar informação de forma



	<p>lúcida conforme necessária a compreensão pelo paciente/cuidados;</p> <p>-Estabelecer escuta ativa;</p> <p>Programar acompanhamento domiciliar.</p>
( ) Ansiedade	<p>-Acolher o usuário conforme necessidade;</p> <p>-Estabelecer relação de confiança com o paciente;</p> <p>-Identificar rede de apoio familiar e comunitário;</p> <p>-Orientar quantas as técnicas de relaxamento.</p>
( ) Ingestão Alimentação Alterada	<p>-Comer em pequenas quantidades várias vezes ao dia;</p> <p>-Orientar adaptação da dieta de acordo com o modo de vida do paciente;</p> <p>- Orientar a importância da diminuição da ingestão de alimentos com grande teor de gorduras e sal.</p>

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## INSTRUMENTO DA SAE NA DIABETES MELLITUS

### Dados de identificação

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Idade: \_\_\_\_\_ Acs: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Escala De Coelho: \_\_\_\_\_

#### 1-Fatores De Risco:

- ( ) Obesidade ( ) Tabagismo ( ) Etilista ( ) Sedentarismo  
( ) Alcoolismo ( ) Dislipidemia ( ) Corticoterapia  
( ) Infecções ( ) Diabetes Gestacional

#### 2-Alimentação:

- ( ) Adequada ( ) Hipercalórica

#### 3-Atividade Física:

- ( ) Nenhum Dia Da Semana ( ) 1x Por Semana  
( ) 3 Ou Mais Vezes Por Semana

#### 4-Eliminações Urinárias:

- ( ) Poliúria ( ) Ictéria ( ) Anúria ( ) Piúria

#### 5-Distúrbios Gástricos:

- ( ) Náusea/Vômito ( ) Perda De Peso Não Intencional  
( ) Diarreia



6-Tipo De Diabetes:

Tipo 1    Tipo 2

Faz Uso De Insulina, Unidades De Insulina: \_\_\_\_\_

7-Entendimento Do Dm:

Ruim    Bom    Ótimo

8-Complicações:

Retinopatia Diabética    Pé Diabético

Neuropatia Diabética

Cetoacidose    Outros: \_\_\_\_\_



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



DIAGNÓSTICO	PLANO DE CUIDADO
( ) Eliminação Urinária Inadequada	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Investigar a frequência e características das eliminações vesicais(desconforto, dor, ardência ao urinar);</li> <li>-Eliminar urina sempre que sentir vontade.</li> <li>-Agendar consulta médica;</li> </ul>
( ) Dor	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Acolher o usuário conforme sua necessidade;</li> <li>-avaliar frequência, intensidade e localização da dor;</li> <li>-Encaminhar para atendimento especializado.</li> </ul>
( ) Atividade Física Inadequada	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Incentivar atividade física/interação social;</li> <li>-Orientar que a ausência de exercícios contribuí para aumento de peso e disfunções metabólicas.</li> </ul>
( ) Risco Para Mobilidade Física Prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Orientar indivíduo quanto ao uso auxiliar de deambulação;</li> <li>-Orientar o não uso de degraus, tapetes e calçados soltos;</li> <li>-Orientar a instalação de barras de proteção em banheiros e escadas.</li> </ul>
( ) Integridade Da Pele Prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Manter ferimentos limpos e secos;</li> <li>-Monitorar cor da pele, umidade, ressecamento e a característica das lesões;</li> <li>-Envolver familiares à observação e cuidados freqüente da integridade</li> </ul>



	cutânea.
( ) Conhecimento Inadequado	-Disponibilizar informações de forma lúdica conforme necessidade para compreensão do paciente/cuidador; -Estabelecer escuta ativa; -Programa acompanhamento domiciliar.
( ) Ingesta Alimentar Alterada	-Comer em pequenas quantidades, várias vezes ao dia; -Orientar adaptação de dieta de acordo com o modo de vida do paciente; -Orientar a importância de ingestão de alimentos com grande teor de gordura e açúcar.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



ANEXO 107 - Laudo para Solicitação e Autorização de Atendimento Ambulatorial, dimensões: 21cm x 17cm;



	SIA/SUS/RS	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>
EMISSOR	<input type="checkbox"/> Unid. Pública <input type="checkbox"/> Cons. Particular <input type="checkbox"/> Sindicato	<input type="checkbox"/> Ambul. Hosp. Pública <input type="checkbox"/> Ambul. Hosp. Filantrópico <input type="checkbox"/> Ambul. Hosp. Privado
<b>DADOS DO PACIENTE:</b>		
Nome: .....		Idade: .....
Endereço: .....		Fone: .....
Município: .....		Estado: .....
<b>DADOS CLÍNICOS:</b>		
<b>EXAME OU PROCEDIMENTOS SOLICITADOS:</b>		
código: _____	Nome procedimento _____	
código: _____	Nome procedimento _____	
código: _____	Nome procedimento _____	
DATA: ____/____/____	Ass. e carimbo do profissional recorrente:	
DATA: ____/____/____	Ass. e carimbo do autorizador da 4ª CRS	
ENCAMINHADO PARA:		
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL (após a realização do procedimento)		



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



**ANEXO 108 – Laudo Testes Rápidos HIV-Sífilis-Hepatites, dimensões: 21cm x 30cm;**

**LAUDO TESTES RÁPIDOS PARA HIV, SÍFILIS E HEPATITES B e C**

**NOME:** \_\_\_\_\_ **DATA DA COLETA:** \_\_\_\_\_  
**SEXO:** M ( ) F ( ) **DN:** \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_ **Nº Prontuário:** \_\_\_\_\_

TR HIV <sup>1</sup> (01) Conj. Diag.:	( ) REAGENTE	( ) NÃO REAGENTE	( ) NÃO REALIZADO
TR HIV <sup>1</sup> (02) Conj. Diag.:	( ) REAGENTE	( ) NÃO REAGENTE	( ) NÃO REALIZADO
RESULTADO FINAL	( ) AMOSTRA REAGENTE PARA HIV ( ) AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA HIV		
TR Sífilis <sup>2</sup> Conj. Diag.:	( ) REAGENTE	( ) NÃO REAGENTE	( ) NÃO REALIZADO
TR Hepatite C <sup>3</sup> Conj. Diag.:	( ) REAGENTE	( ) NÃO REAGENTE	( ) NÃO REALIZADO
TR Hepatite B <sup>4</sup> Conj. Diag.:	( ) REAGENTE	( ) NÃO REAGENTE	( ) NÃO REALIZADO

**OBSERVAÇÕES:**

O fluxograma de testagem rápida para HIV foi realizado conforme a Portaria n°29, de 17 dezembro de 2013.

<sup>1</sup> Amostra NÃO REAGENTE para HIV: em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta dessa amostra.

Amostra com resultado NÃO REAGENTE no teste rápido para HIV: ressaltamos que a manutenção depende de práticas seguras diante da infecção do HIV, observadas pelo testado no último mês e no futuro.

Amostra REAGENTE para o HIV: é indicada a realização imediata de carga viral (CV).

<sup>2</sup> O teste rápido utilizado é um teste treponêmico.

Amostra NÃO REAGENTE para Sífilis: em caso de uma suspeita de sífilis, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta dessa amostra e submetida ao teste. A situação clínica e epidemiológica deverá ser observada.

<sup>3</sup> O teste rápido utilizado é um teste de triagem para Hepatite C.

Amostra com resultado REAGENTE no teste rápido para triagem do Anti-HCV: encaminhar paciente para teste confirmatório.

Amostra com resultado NÃO REAGENTE no teste rápido para triagem do Anti-HCV: avaliar a janela imunológica e, se necessário, retornar após 30 dias para realizar novo teste.

<sup>4</sup> O teste rápido utilizado é um teste de triagem para Hepatite B.

Amostra com resultado REAGENTE no teste rápido para triagem do HbsAg: encaminhar paciente para testes complementares para a conclusão do diagnóstico.

Amostra com resultado NÃO REAGENTE no teste rápido para triagem do HbsAg: verificar o esquema de vacina e avaliar a janela imunológica. Caso não tenha informação sobre a vacinação, se necessário, solicitar retorno em 30 dias.

1 Conj. Diag. HIV:	Método: Imunocromatografia	Lote:	Validade:	Tipo de amostra: Sangue Total
2 Conj. Diag HIV :	Método: Imunocromatografia	Lote:	Validade:	Tipo de amostra: Sangue Total
3 Conj. Diag. Sífilis:	Método: Imunocromatografia	Lote:	Validade:	Tipo de amostra: Sangue Total
4 Conj. Diag. HepC:	Método Imunocromatografia	Lote:	Validade:	Tipo de amostra: Sangue Total
5 Conj. Diag. HepB:	Método Imunocromatografia	Lote:	Validade:	Tipo de amostra: Sangue Total

Responsável Técnico: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_



**ANEXO 109** – Lista de Viagem, frente e verso, papel 180g, dimensões: 21cm x 30cm;

DESLOCAMENTO: \_\_\_\_\_  
 HORÁRIO DE SAÍDA: \_\_\_\_\_  
 DATA: \_\_\_\_\_

	NOME	DOCUMENTO IDENTIDADE	HORÁRIO	LOCAL	EMBARQUE	TELEFONE
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						





ANEXO 110 – Marcadores de Consumo – Sisvan, colorido, dimensões: 21 x 30cm;

	<b>MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR</b>	DIGITADO POR: _____	DATA: / /
		CONFERIDO POR: _____	FOLHA Nº: _____

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:*	CBO:*	Cod. CNES UNIDADE:*	Cod. EQUIPE (INE):*	DATA:*
_____	_____	_____	_____	/ /

Nº CARTÃO SUS: _____	
Nome do Cidadão:*	
Data de Nascimento:*	Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino Local de Atendimento:*
/ /	

<b>**</b>	<b>CRANÇAS MENORES DE 6 MESES</b>		
	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Ontem a criança consumiu:		
	Mingau	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Água/chá	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Leite de vaca	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Fórmula infantil	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Suco de fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Outros alimentos/bebidas	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe	
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe	
	Se sim, essa comida foi oferecida:	<input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Só o caldo <input type="radio"/> Não Sabe	
	Ontem a criança consumiu:		
	Outro leite que não o leite do peito	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Mingau com leite	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Iogurte	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/alpim/macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beterrão, berinjela, espinafre, mostarda)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Verdura de folha (alfaca, acelga, repolho)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Fígado	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Aroz, batata, inhame, alpim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groseira, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (bala, pirulito, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Quais refeições você faz ao longo do dia?	<input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia	
	Ontem você consumiu:		
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Frutas Frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, alpim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groseira, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (bala, pirulito, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	

Legenda:  Opção Múltipla de Escolha     Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

\* Campo Obrigatório

\*\* Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS    02 - Unidade Móvel    03 - Rua    04 - Domicílio    05 - Escola/Creche    06 - Outros    07 - Polo (Academia da Saúde)    08 - Instituição / Abrigo

09 - Unidade prisional ou congêneres    10 - Unidade socioeducativa



**ANEXO 111** – Pasta Cartolina, na cor amarelo, azul, branco, laranja, verde ou vermelho, papel 180g, dimensões: 24cm x 33cm .



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SÃO FRANCISCO DE ASSIS**

\_\_\_\_\_

**NOME DA FAMÍLIA:** \_\_\_\_\_

**Nº DA FAMÍLIA:** \_\_\_\_\_

**ACS:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MICRO ÁREA:** \_\_\_\_\_





Verso ↓

**RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO**

No imóveis trabalhados por tipo		No imóveis		Pendência		No depósitos inspecionados por tipo													
Residência/Comércio	TB	PE	Outro	Total	Tint. Focal	Trat. Periferal	Inspe. Cômodos	Recu. período	Recusa	Fechados	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total	

TB - terreno baldio PE - Ponto Estratégico

Depósitos		Tratadas	
Eliminados	Larvicida (1)	Larvicida (2)	Total
Tipo	Qtde./Gramas	Qtde./Gramas	Qtde./dep./trat

Aduidicida	
Type	Qtde (Carga)

No e seq. dos quarteirões trabalhados																		
No e seq. dos quarteirões concluídos																		

**RESUMO DO LABORATORIO**

No e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti									

No de imóveis com espécimes, por tipo									
R	C	TB	PE	O	Total	Larvas	Pupas	Estatos de pupa	Adultos

No de depósitos com espécimes por tipo									
A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total		

A1 - casa d'água (elevado) A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (balco)  
 D1 - Freios e outros materiais rodantes D2 - Lixo (resíduos plásticos, latas) sucatas, entulhos  
 E - Depósitos naturais

TB - terreno baldio PE - Ponto Estratégico B - Pequenos depósitos móveis C - Depósitos floas  
 E - Depósitos naturais

**Data de entrada**

**Data de conclusão**

**Laboratório**

**Laboratorista**

**Assinatura**







**ANEXO 116** – Protocolo de Atendimento TCC, frente e verso, dimensões: 21cm x 30cm;  
Frente.

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS**  
**PROTOCOLO ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA NASF/ CAPS / CREAS/ ONG**  
**REFERENCIA E CONTRAREFERENCIA ENTRE PROFISSIONAIS PSICOLOGOS E MEDICOS**  
**CONCEITUALIZAÇÃO COGNITIVA - TCC**

**1) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

NOME: \_\_\_\_\_ DATA AVALIAÇÃO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

D.N.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ com quem reside: \_\_\_\_\_ Religião \_\_\_\_\_

Quais profissionais atende o paciente \_\_\_\_\_

Tratamentos Psiquiátrico e Psicoterápico anteriores \_\_\_\_\_

Nome de um familiar ou responsável \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

**Genetograma:.**

**2) USO DE MEDICAÇÃO**

Entorpecentes \_\_\_\_\_ Medicação psiquiátrica com dose \_\_\_\_\_

Medicações não psiquiátricas atuais \_\_\_\_\_

**3) MOTIVO DA BUSCA DO ATENDIMENTO** \_\_\_\_\_

**4) FORMA DE ENCAMINHAMENTO** \_\_\_\_\_

**5) INFORMAÇÕES HISTÓRICAS RELEVANTES**

HISTÓRIA FAMILIAR \_\_\_\_\_



Verso ↓

HISTORIA ESCOLAR \_\_\_\_\_

HISTORIA SOCIAL \_\_\_\_\_

HISTORIA SEXUAL \_\_\_\_\_

6) LISTA DE PROBLEMAS \_\_\_\_\_

7) HIPOTESE DIAGNOSTICA \_\_\_\_\_

8) DIAGNOSTICO TEORICO \_\_\_\_\_

9) DADOS RELEVANTES PARA ENCAMINHAMENTOS A OUTRAS ESPECIALIDADES E/OU QUIRURGIA \_\_\_\_\_

10) OBSERVAÇÕES DO TERAPEUTA QUANTO AO ENGAJAMENTO OU NÃO DO PACIENTE \_\_\_\_\_

SÃO FRANCISCO DE ASSIS, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
PSICOLOGA - CRP e/ou MEDICO - CRM



**ANEXO 117 – PTS - Plano Terapêutico Singular, dimensões: 21cm x 30cm;**

**CAPS Márcia Mendes Minussi Gioda – São Francisco de Assis – RS**  
**Plano Terapêutico Singular – PTS**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ ESF/ACS: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Ingresso no CAPS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Atividades terapêuticas acordadas com o(a) usuário(a)/familiar(es) a serem desenvolvidas:

**1. Atendimento:**

- Médico/Psiquiátrico
- Psicológico:  Semanal  Quinzenal  Mensal
- Enfermagem:  Diário  Semanal:  2ª  3ª  4ª  5ª  6ª  Mensal
- Grupos de familiares
- Assembleias
- Grupo de Dependentes Químicos
- Outros: \_\_\_\_\_

**2. Oficinas terapêuticas:**

Semanal:  2ª  3ª  4ª  5ª  6ª Turno:  Manhã  Tarde

Oficinas:

- Artesanato
- Beleza
- Horta/jardim
- Geração de renda
- Lazer/cultura
- Atividades físicas/esportivas
- Alfabetização – ALFA
- Outra: \_\_\_\_\_

Reavaliação (Mês/Ano): \_\_\_\_\_

Profissionais de referência: \_\_\_\_\_

Usuário(a): \_\_\_\_\_

Familiar de referência: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_



**ANEXO 118** – RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;

Frente ↓

		<b>RAAS</b> Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde formulário da Atenção Psicossocial no CAPS		pg. 1/2		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b>						
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				CNES		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS</b>						
Nº DO PRONTUÁRIO	NOME DO PACIENTE					
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE		
RAÇACOR	ETNIA INDÍGENA	NOME DA MÃE				
NOME DO RESPONSÁVEL		MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				
UF						
CÓD. IBGE MUNICÍPIO	CEP DE RESIDÊNCIA	ENDEREÇO (RUA, NÚMERO)				
COMPLEMENTO	DDD	TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE	DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
<b>DADOS DO ATENDIMENTO</b>						
DATA DE ADMISSÃO	MES ATENDIMENTO	NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO				
Usuário de Alcool e/ou Outras Drogas? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		ORIGEM DO PACIENTE <input type="checkbox"/> Demanda Espontânea <input type="checkbox"/> Atenção Básica <input type="checkbox"/> Serviço de Urgência <input type="checkbox"/> Outro CAPS <input type="checkbox"/> Hospital Geral <input type="checkbox"/> Hospital Psiquiátrico				
CID10 PRINCIPAL	DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL					
CID10 CAUSAS ASS.	DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO - CAUSAS ASSOCIADAS					
EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		CNES				
ENCAMINHAMENTO <input type="checkbox"/> Continuidade do Acompanhamento em outro CAPS <input type="checkbox"/> Continuidade do acompanhamento na Atenção Básica <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Óbito				DATA DE CONCLUSÃO		
<b>AÇÕES REALIZADAS</b>						
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QT DE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO	
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/>	Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/>	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QT DE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO	
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/>	Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/>	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QT DE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO	
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/>	Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/>	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QT DE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO	
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/>	Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/>	Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QT DE.	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO	
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/>	Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/>	Ação realizada no Território



Verso ↓

		<b>RAAS</b> Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde Formulário da Atenção Psicossocial no CAPS		pg. 2/2	
AÇÕES REALIZADAS					
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QT DE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QT DE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QT DE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QT DE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QT DE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QT DE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QT DE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QT DE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QT DE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QT DE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QT DE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QT DE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QT DE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QT DE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE			<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território



**ANEXO 119** – Receituário comum c/100 fls, dimensões: 14,5cm x 21cm;



**Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis**

CNPJ: 87.896.882/0001-01

Fone: (55) 3252.1414 - Fax: (55) 3252.1861

**Secretaria Municipal da Saúde**

Fone: (55) 3252.1344

Rua João Moreira, 1598

São Francisco de Assis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



**ANEXO 120** – Receituário Controle Especial, bloco c/ 100 fls, dimensões: 14,5cm x 21cm;

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
<p><b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b></p> <p>Rua João Moreira, 1588 - Fone: (55) 3252-1344</p> <p>São Francisco de Assis - RS</p>	
	<p>1.ª VIA - FARMÁCIA</p> <p>2.ª VIA - PACIENTE</p>

**Paciente:** .....

**Endereço:** .....

**Prescrição:** .....

.....

.....

.....

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
<p>Nome: .....</p> <p>Ident.: .....</p> <p>Órgão Emissor: .....</p> <p>End: .....</p> <p>.....</p> <p>Cidade: ..... UF: .....</p> <p>Telefone: .....</p>	<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura do Farmacêutico</p> <p style="text-align: center;">Data ____/____/____</p>

**DATA E ASSINATURA DO PRESCRITOR**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



ANEXO 121 – Receituário de Plantão c/100 fls Verde, dimensões: 14,5cm x 21cm;

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
Secretaria Municipal da Saúde

**Plantão Médico**

São Francisco de Assis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_



**ANEXO 122** – Relatório de Viagem, frente e verso, dimensões: 21cm x 30cm;



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**RELATÓRIO DE VIAGEM**

**NOME DO SERVIDOR:** \_\_\_\_\_

**UNIDADE ORÇAMENTÁRIA:** \_\_\_\_\_

**DESTINO:** \_\_\_\_\_

**SAÍDA EM:** \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ **horas**

**RETORNO EM:** \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ **horas**

**ASSUNTO, HORÁRIO E LOCAL.** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Declaro para os devidos fins que as declarações acima são verdadeiras.**

\_\_\_\_\_  
**Servidor /Secretário/ Prefeito**



**ANEXO 123** – Requisição de Exame Citopatológico, colorido, frente e verso, dimensões: 21cm x 30cm;

Frente ↓

MINISTÉRIO DA SAÚDE		REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO	
		Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero	
UF	CNES da Unidade de Saúde	Nº Protocolo	
Unidade de Saúde		(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)	
Município		Prontuário	
INFORMAÇÕES PESSOAIS			
Cartão SUS*			
Nome Completo da Mulher*			
Nome Completo da Mãe*			
CPF	Apelido da Mulher	Nacionalidade	
Data de Nascimento*	Idade	Raça/cor	
<input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Indígena/ Etnia			
Dados Residenciais:			
Logradouro			
Número	Complemento	UF	
Código do Município	Município	Bairro	
CEP	DDD	Telefone	
Ponto de Referência			
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo			
DADOS DA ANAMNESE			
1. Motivo do exame*		7. Já fez tratamento por radioterapia?*	
<input type="checkbox"/> Rastreamento <input type="checkbox"/> Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau) <input type="checkbox"/> Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
2. Fez o exame preventivo (Pap smear) alguma vez?*		8. Data da última menstruação / regra:*	
<input type="checkbox"/> Sim. Quando fez o último exame? ano _____		<input type="checkbox"/> Não sabe / Não lembra	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?*	
3. Uso DIU?*		(não considerar a primeira relação sexual na vida)	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra	
4. Está grávida?*		10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?*	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)	
5. Usa pílula anticoncepcional?*		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe			
6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?*			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe			
EXAME CLÍNICO			
11. Inspeção do colo*		12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?	
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ausente (anomalias congênitas ou retirada cirurgicamente) <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Colo não visualizado		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<p><b>NOTA:</b> Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame para encaminhar a mulher para colposcopia.</p>			
Data da coleta*		Responsável*	
_____ / _____ / _____		_____	

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (\*) são obrigatórios



Verso ↓

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO	
CNES do Laboratório* _____	Número do Exame* _____
Nome do Laboratório* _____	Recebido em: * ____/____/____
RESULTADO DO EXAME CITO PATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO	
<b>AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA</b> <b>AMOSTRA REJEITADA POR:</b> <input type="checkbox"/> Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário <input type="checkbox"/> Lâmina danificada ou ausente <input type="checkbox"/> Causas alheias ao laboratório; especificar: _____ <input type="checkbox"/> Outras causas; especificar: _____ <b>EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:*</b> <input type="checkbox"/> Escamoso <input type="checkbox"/> Glandular <input type="checkbox"/> Metaplásico	<b>ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*</b> <input type="checkbox"/> Satisfatória Insatisfatória para avaliação oncológica devido a: <input type="checkbox"/> Material celular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço <input type="checkbox"/> Sangue em mais de 75% do esfregaço <input type="checkbox"/> Piócitos em mais de 75% do esfregaço <input type="checkbox"/> Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço <input type="checkbox"/> Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço <input type="checkbox"/> Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço <input type="checkbox"/> Outros; especificar: _____
<b>DIAGNÓSTICO DESCRITIVO</b> <b>DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS</b> <input type="checkbox"/> Inflamação <input type="checkbox"/> Metaplasia escamosa imatura <input type="checkbox"/> Reparação <input type="checkbox"/> Atrofia com inflamação <input type="checkbox"/> Radiação <input type="checkbox"/> Outros; especificar: _____ <b>MICROBIOLOGIA</b> <input type="checkbox"/> Lactobacillus sp <input type="checkbox"/> Cocos <input type="checkbox"/> Sugestivo de Chlamydia sp <input type="checkbox"/> Actinomyces sp <input type="checkbox"/> Candida sp <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis <input type="checkbox"/> Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes <input type="checkbox"/> Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus) <input type="checkbox"/> Outros bacilos _____ <input type="checkbox"/> Outros; especificar: _____	<b>CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO</b> Escamosas: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas (ASC-US) <input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)  Glandulares: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas <input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau  De origem indefinida: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas <input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau  <b>ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS</b> <input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito atópico pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I) <input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III) <input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir meto-invasão <input type="checkbox"/> Carcinoma epidermóide invasor  <b>ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES</b> <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma "in situ" Adenocarcinoma invasor: <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Endometrial <input type="checkbox"/> Sem outras especificações  <input type="checkbox"/> OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____ <input type="checkbox"/> PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)
Observações Gerais: _____	
Screening pelo citotécnico: _____	Responsável* _____
Data do Resultado* ____/____/____	CPF _____



**ANEXO 124 – Requisição de Mamografia, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;**

Frente.

MINISTÉRIO DA SAÚDE		REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA	
		Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama	
UF	CNES da Unidade de Saúde	Nº Protocolo	
Unidade de Saúde		(nº gerado automaticamente pelo SIS/CAN)	
Código Município	Município	Prontuário	
INFORMAÇÕES PESSOAIS			
Cartão SUS*	Sexo		
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
Nome Completo do(a) paciente*		Apelido do(a) paciente	
Nome Completo da Mãe*			
CPF	Nacionalidade		
Data de Nascimento*	Idade*	Cor/Raça	
		<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena/Etnia	
Dados Residenciais:			
Logradouro			
Número	Complemento	Bairro	UF
Código Município	Município		
CEP	DDD	Telefone	
Ponto de Referência			
Escolaridade			
<input type="checkbox"/> Analfabeto(a) <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo			
DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)			
1 - Tem nódulo ou caroço no mama?*		5- Fez radioterapia no mama ou no seio? Em que ano?*	
<input type="checkbox"/> Sim, mama direita		<input type="checkbox"/> Sim, mama direita	
<input type="checkbox"/> Sim, mama esquerda		<input type="checkbox"/> Sim, mama esquerda	
<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não	
2. Apresenta risco elevado* para câncer de mama?*		<input type="checkbox"/> Não sabe	
<input type="checkbox"/> Sim		6 - Fez cirurgia de mama? Em que ano?*	
<input type="checkbox"/> Não		Mama direita	
<input type="checkbox"/> Não sabe		Mama esquerda	
* Risco elevado são:			
Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:			
- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;			
- câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;			
Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;			
Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ			
Mulheres com história pessoal de câncer de mama			
3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?*		Biópsia cirúrgica inócuo	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Biópsia cirúrgica excisional	
<input type="checkbox"/> Nunca foram examinadas anteriormente		<input type="checkbox"/> Centralectomia	
<input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/> Segmentectomia	
4 - Fez mamografia alguma vez?*		<input type="checkbox"/> Ductectomia	
<input type="checkbox"/> Sim. Quando fez a última mamografia? Ano		<input type="checkbox"/> Mastectomia	
<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Mastectomia poupadora pele	
<input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/> Mastectomia poupadora de pele e complexo aréolo-papilar	
		<input type="checkbox"/> Linfadenectomia axilar	
		<input type="checkbox"/> Biópsia de linfonodo sentinela	
		<input type="checkbox"/> Reconstrução mamária	
		<input type="checkbox"/> Mastoplastia redutora	
		<input type="checkbox"/> Inclusão de implantes	
		<input type="checkbox"/> Não fez cirurgia	

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (\*) são obrigatórios



Verso ↓

**INDICAÇÃO CLÍNICA\***

**7 - Mamografia diagnóstica**

**7a. Achados no exame clínico**

<p>Mama direita</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão papilar      Descarga papilar      <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica</p> <p>Nódulo:</p> <p>Localização: <input type="checkbox"/> QSL    <input type="checkbox"/> QIL    <input type="checkbox"/> QSM    <input type="checkbox"/> QIM    <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup    <input type="checkbox"/> UQmed    <input type="checkbox"/> UQinf    <input type="checkbox"/> RRA    <input type="checkbox"/> PA</p> <p>Espessamento:</p> <p>Localização: <input type="checkbox"/> QSL    <input type="checkbox"/> QIL    <input type="checkbox"/> QSM    <input type="checkbox"/> QIM    <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup    <input type="checkbox"/> UQmed    <input type="checkbox"/> UQinf    <input type="checkbox"/> RRA    <input type="checkbox"/> PA</p> <p>Linfonodo palpável    <input type="checkbox"/> Axilar    <input type="checkbox"/> Supraclavicular</p>	<p>Mama esquerda</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão papilar      Descarga papilar      <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica</p> <p>Nódulo:</p> <p>Localização: <input type="checkbox"/> QSL    <input type="checkbox"/> QIL    <input type="checkbox"/> QSM    <input type="checkbox"/> QIM    <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup    <input type="checkbox"/> UQmed    <input type="checkbox"/> UQinf    <input type="checkbox"/> RRA    <input type="checkbox"/> PA</p> <p>Espessamento:</p> <p>Localização: <input type="checkbox"/> QSL    <input type="checkbox"/> QIL    <input type="checkbox"/> QSM    <input type="checkbox"/> QIM    <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup    <input type="checkbox"/> UQmed    <input type="checkbox"/> UQinf    <input type="checkbox"/> RRA    <input type="checkbox"/> PA</p> <p>Linfonodo palpável    <input type="checkbox"/> Axilar    <input type="checkbox"/> Supraclavicular</p>
--	---

**7b. Controle radiológico Categoria 3**       **7c. Lesão com diagnóstico de câncer**       **7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante**

<p>Mama direita      nódulo      Mama esquerda</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> microcalcificação      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> assimetria focal      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> assimetria difusa      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> área densa      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> distorção focal      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> linfonodo axilar      <input type="checkbox"/></p>	<p>Mama direita      nódulo      Mama esquerda</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> microcalcificação      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> assimetria focal      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> assimetria difusa      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> área densa      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> distorção focal      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> linfonodo axilar      <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Mama direita</p> <p><input type="checkbox"/> Mama esquerda</p>
---	---	--

**7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição**       **7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno**

<p>Mama direita      Categoria 0      Mama esquerda</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Categoria 3      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Categoria 4      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Categoria 5      <input type="checkbox"/></p>	<p>Mama direita      nódulo      Mama esquerda</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> microcalcificação      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> assimetria focal      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> assimetria difusa      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> área densa      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> distorção focal      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Linfonodo axilar      <input type="checkbox"/></p>
---	---

**8 - Mamografia de rastreamento**

**8a. População alvo**       **8b. População de risco elevado (história familiar)**       **8c. Paciente já tratado de câncer de mama**

Data de solicitação\*      Responsável\*

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

Número do Exame:      Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

**ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO**

<p><b>7 - Mamografia Diagnóstica</b></p> <p><b>7a - Achados no exame clínico</b></p> <p><b>7b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS )</b></p> <p><b>7c - Lesão com diagnóstico de câncer</b></p> <p><b>7d -Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante</b></p> <p><b>7e -Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição</b></p> <p><b>7f-Controle de lesão após biópsia ou PAAF com resultado benigno</b></p>	<p>Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no Formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, e espessamento e linfonodo axilar supraclavicular.)</p> <p>Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna</p> <p>Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento</p> <p>Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta</p> <p>Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de outra instituição nas categorias 0, 3, 4 e 5 para revisão de resultado</p> <p>Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de biópsia de fragmento ou PAAF de lesões benignas</p>
<p><b>8 - Mamografia de Rastreamento</b></p> <p>Localização:</p> <p>QSL- Quadrante superior lateral QIL- Quadrante inferior lateral QSM- Quadrante superior medial QIM- Quadrante inferior medial UQlat- União dos quadrantes laterais UQsup- União dos quadrantes superiores</p>	<p>Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos (população alvo) ou maiores de 35 anos com histórico familiar (População de risco elevado- história familiar) ou histórico pessoal de câncer de mama (pacientes já tratados) Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama</p> <p>UQinf- União dos quadrantes inferiores UQmed- União dos quadrantes mediais RRA- Região retroareolar RC- Região central (união de todos os quadrantes) PA- Prolongamento axilar NR- Não realizado</p>



**ANEXO 125** – Requisição de Exames, bloco c/100 fls, dimensões: 21cm x 14,5cm;

<b>SECRETARIA DE MEDICINA SOCIAL</b>						<b>AMBULATÓRIO</b>	
<b>REQUISIÇÃO/RESULTADO DE EXAMES</b>						<b>PAM</b>	
NOME						PRONTUÁRIO N.º	
IDADE							
SEXO		COR		PESO		ALTURA	
M ) F )	B ) P ) A )						
DADOS CLÍNICOS						CLÍNICA	
MATERIAL A EXAMINAR							
EXAMES SOLICITADOS							
DATA				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO			



**ANEXO 126** – Resumo do Boletim de Campo e Laboratório - LIRAA, colorido, dimensões: 14,5cm x 15cm;

ANEXOS

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE		
Resumo do Boletim de Campo e Laboratório - LIRAA		
Formulário para digitação		
Município:	Estado:	Estrato:
Número de imóveis	Programados:	
	Trabalhados:	
<i>Aedes aegypti</i>	Terrenos baldios:	
	Outros imóveis:	
<i>Aedes albopictus</i>	Terrenos baldios:	
	Outros imóveis:	
Número de recipientes positivos para <i>Aedes aegypti</i> por tipo		Quantidade
Descrição	Código	
Caixa de água ligada à rede (depósitos elevados)	A1	
Depósitos ao nível do solo (barril, tina tambor, tanque, poço)	A2	
Dep. móveis (vasos/frascos, pratos, pingadeiras, bebedouros, etc.)	B	
Depósitos fixos (tanques, obras e borracharias, calhas, lajes, etc.)	C	
Pneus e outros materiais rodantes	D1	
Lixo (recip. plásticos, garrafas, latas), sucatas em ferro-velhos	D2	
Depósitos naturais	E	
	Total geral:	
Número de recipientes positivos para <i>Aedes albopictus</i>		
Data: _____		
Responsável pelas informações:		



ANEXO 127 – Resumo Semanal do Serviço Antivetorial - PE, colorido, dimensões: 21cm x 30cm;

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD  
RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTI-VECTORIAL



01	Controle Digitação
----	--------------------

02	Município	03	Código e nome da localidade	04	Zona (Agente)								
05	Categ. Localid.	06	Tipo	07	Ciclo/Ano	08	Data início	09	Data final	10	Concluído?	11	Sem. Epidem.
			1 - sede 2 - outros		/		/ /		/ /		S - Sim N - Não		/

12	Atividade					
	1 - LI - Levantamento de Índice		2 - LI+T - Levantamento de Índice+Tratamento		3 - PE - Ponto estratégico	
	4 - T - Tratamento		5 - DF - Delimitação de Foco		6 - PVE - Pesquisa Vetorial Especial	

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

13	Total quart. concl.	Nº imóveis trabalhados por tipo						Nº imóveis			23	Pendência		
		14	15	16	17	18	19	20	21	22	Amostras Coletadas	24	25	26
		Residência	Comércio	TB	PE	Outro	Total	Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspecionados		Recusa	Fechados	Recuperados

TB - Terreno baldio PE - Ponto Estratégico

Nº depósitos inspecionados por tipo								35	Nº depósitos tratados Larvicida (1)														
27	A1	28	A2	29	B	30	C	31	D1	32	D2	33	E	34	Total	35	Depósito Eliminado	36	Tipo	37	Qtd. (Gramas)	38	Qtd. Dep. Trat.
																		L1					

Adulticidade		43	Total de Agentes na Semana		44	Total de Dias trabalhados na semana		Atenção!				
39	Tipo	40	Qtd. (cargas)					37 - Inserir a quantidade de larvicida em gramas (ex. 2 cargas = 1.000g)				
								43 - Total de Agentes na semana (Ex. Seg-1, Ter-1, Qua-1, Qui-1, Sex-1 Total=5)				
								44 - Total de Dias trabalhados na semana (Ex. Seg-1, Ter-1, Qua-1, Qui-1, Sex-1 Total=5)				

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº depósitos com es. pécies por tipo																
	45	A1	46	A2	47	B	48	C	49	D1	50	D2	51	E	52	Total
com Aedes aegypti																
com Aedes albopictus																

A1 - Caixa d'água (elevado) A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (balco) B - Pequenos depósitos MÓVEIS C - Depósitos FIXOS  
D1 - Pneus e outros materiais rodantes D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos E - Depósitos naturais

Nº de imóveis com es. pécies, por tipo									Nº de exemplares											
	53	Residência	54	Comércio	55	Terreno Baldio	56	Ponto Estratégico	57	Outros	58	Total	59	Larvas	60	Pupas	61	Estiva de Pupas	62	Adultos
com Aedes aegypti																				
com Aedes albopictus																				
Outros																				

63	Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti				64	Nº e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus				65	Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti e Aedes albopictus												
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

66	Visto do Supervisor	67	Data do visto
----	---------------------	----	---------------



ANEXO 128 – Serviço de Aconselhamento e Testagem, dimensões: 21cm x 30cm;



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ACONSELHAMENTO E TESTAGEM

LAUDO LABORATORIAL

Nº. Registro:           Nome:

Documento:

Amostra: SANGUE

Data da Coleta:

**DIAGNÓSTICO RÁPIDO ANTI-HIV**

Método: **Imunocromatografia**

Resultado: **NÃO REAGENTE**

Conjunto Diagnóstico:

**RESULTADO FINAL: AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA HIV**

**DIAGNÓSTICO RÁPIDO SÍFILIS**

Método: **Imunocromatografia**

Resultado: **NÃO REAGENTE**

Conjunto Diagnóstico:

**RESULTADO FINAL: AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA SÍFILIS**

**DIAGNÓSTICO RÁPIDO HEPATITE C (HCV)**

Método: **Imunocromatografia**

Resultado: **NÃO REAGENTE**

Conjunto Diagnóstico:

**RESULTADO FINAL: AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA HCV**

**DIAGNÓSTICO RÁPIDO HEPATITE B (HBSAG)**

Método: **Imunocromatografia**

Resultado: **NÃO REAGENTE**

Conjunto Diagnóstico:

**RESULTADO FINAL: AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA HBSAG**

Observações:

1. **Atenção:** Esta amostra não foi coletada no laboratório. A responsabilidade pela coleta, identificação e remessa da amostra é da instituição/unidade onde foi feita a coleta;
2. Portaria SVS/MS nº151, de 14 de outubro de 2009. "Em caso de suspeita de infecção pelos vírus acima, uma nova amostra deverá ser coletada em 30 dias após a data desta amostra".

DATA:

RESPONSÁVEL:

Carimbo da Instituição:



ANEXO 129 – SINAN Hanseníase, dimensões: 21cm x 30cm;

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO		HANSENIASE		Nº		
<p><b>Caso confirmado de Hanseníase:</b> pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: - lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.</p>								
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual				
	2	Agravado/doença		HANSENIASE		3	Data da Notificação	
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7	Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8						9	
	Nome do Paciente						Data de Nascimento	
	10	(ou) idade	11	Sexo	12	Gestante	13	Raça/Cor
	14		Escolaridade					
	15		Número do Cartão SUS					
Dados de Residência	17		18		19		20	
	UF		Município de Residência		Código (IBGE)		Distrito	
	21		22				23	
	Baixo		Logradouro (rua, avenida,...)				Código	
	24		25		26		27	
	Geo campo 1		Geo campo 2		Ponto de Referência		CEP	
	28		29		30			
(DDD) Telefone		Zona		País (se residente fora do Brasil)				
<p align="center"><b>Dados Complementares do Caso</b></p>								
Dados Clínicos	31		32					
	Nº do Prontuário		Ocupação					
Atendimento	33		34		35		36	
	Nº de Lesões Cutâneas		Forma Clínica		Classificação Operacional		Nº de Nervos afetados	
	37							
Dados Lab.	38							
	Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico							
Tratamento	39							
	Modo de Entrada							
Med. Centr.	40							
	Baciloscopia							
41								
Data do Início do Tratamento								
42								
Esquema Terapêutico Inicial								
43								
Número de Contatos Registrados								
Observações adicionais:								
Investigador	Município/Unidade de Saúde						Código da Unid. de Saúde	
	Nome				Função		Assinatura	
	Hanseníase				Sinan NET		SVS 30/10/2007	





**ANEXO 131** – Sistematização da Assistência de Enfermagem - CAPs, cada página em folha separada, dimensões: 21cm x 30cm;

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
CAPS Márcia Mendes Minussi Gioda

**I. IDENTIFICAÇÃO**

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome do usuário: \_\_\_\_\_  
 Data de nasc: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Pai: \_\_\_\_\_ Mãe: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão/Ocupação: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ Rua: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Médico: \_\_\_\_\_

**II. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

Motivo da consulta: \_\_\_\_\_  
 Queixa principal: \_\_\_\_\_  
 Encaminhado por: \_\_\_\_\_  
 Acompanhado: \_\_\_\_\_  
 Tratamento anterior: \_\_\_\_\_  
 Internação psiquiátrica: ( ) não ( ) sim Onde: \_\_\_\_\_  
 Medicação anterior: \_\_\_\_\_  
 Peso: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_  
 Doenças prévias: ( ) HAS ( ) HIV ( ) DM ( ) HCV ( ) Outras: \_\_\_\_\_  
 Alergias: \_\_\_\_\_

**III. HISTÓRIA FAMILIAR**

a) Configuração familiar: \_\_\_\_\_  
 b) Relacionamento familiar: \_\_\_\_\_  
 c) Doença mental na família: \_\_\_\_\_

**IV. HISTÓRIA PREGRESSA**

a) Condições de Saúde: \_\_\_\_\_  
 b) Crenças e práticas religiosas: \_\_\_\_\_  
 c) Relações interpessoais: \_\_\_\_\_  
 d) Situações conflituosas: \_\_\_\_\_

**V. CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS**

( ) empregado ( ) desempregado ( ) pensionista ( ) aposentado ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
 Nota: \_\_\_\_\_

**VI. CONDIÇÕES DE MORADIA**

Habitação: ( ) própria ( ) alugada ( ) cedida ( ) tijolo ( ) madeira ( ) mista  
 Situação: ( ) desabrigado ( ) urbano ( ) rural ( ) assentamento ( ) asilado  
 Luz elétrica: ( ) sim ( ) não Água: ( ) encanada ( ) arroio ( ) poço ( ) tratada ( ) não tratada  
 Esgoto: ( ) rede pública ( ) fossa ( ) céu aberto  
 Lixo: ( ) coletado ( ) queimado ( ) acumulado no pátio  
 Nota: \_\_\_\_\_

**VII. AVALIAÇÃO DO ESTADO FÍSICO**

Aparência geral: ( ) descuidada ( ) colaborativo ( ) reservado ( ) indiferente ( ) tenso



Couro cabeludo:( ) sem alteração ( ) lesões ( ) sujidade ( ) cabelo desalinhado  
Respiração:( ) eupnéia ( ) dispnéia ( ) tosse improdutivo  
Olhos/pupilas:( ) sem alteração ( ) acuidade visual diminuída ( ) uso de óculos  
Ouvidos:( ) sem alteração ( ) diminuição da audição ( ) surdez ( ) zumbido ( ) dor ( ) secreção ( ) lesão ( ) uso de aparelho auditivo  
Nariz:( ) sem alteração ( ) lesão ( ) secreção ( ) epistaxe  
Cavidade oral:( ) halitose ( ) lesão ( ) falha dentária ( ) cárie ( ) prótese dentária  
Pele:( ) sem alteração ( ) desidratada ( ) edemaciada ( ) lesão ( ) prurido ( ) descoradas ( ) hematomas  
Músculos esqueléticos: ( ) fraqueza ( ) tremores ( ) lesão  
Dor : ( ) sim ( ) não  
Deformidades ósseas:( ) sim ( ) não

Nota: \_\_\_\_\_

Hidratação/Alimentação:

Dieta:( ) normal ( ) P/ DM ( ) hipossódica ( ) hiperprotéica ( ) restrições  
Aceitação:( ) sem alteração ( ) disfagia ( ) polifagia ( ) anorexia ( ) náuseas/vômitos  
Peso:( ) mantido ( ) ganho ( ) perda ( ) obesidade ( ) emagrecido ( ) não sabe

Nota: \_\_\_\_\_

Eliminações:

Urinária:( ) sem alteração ( ) incontinência ( ) disúria ( ) hematúria ( ) retenção urinária  
Intestinal:( ) sem alteração ( ) constipação ( ) diarreia ( ) melena ( ) fezes ressequidas

Nota: \_\_\_\_\_

Reprodução e Sexualidade:

DUM: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Filhos:( ) ( ) sim N°: \_\_\_\_\_  
Métodos contraceptivos:( ) não ( ) sim Qual: \_\_\_\_\_  
Ciclo menstrual:( ) regular ( ) irregular ( ) ausente ( ) climatério  
Comportamento sexual:( ) ativo ( ) hipersexualizado ( ) impotência ( ) libido diminuído ( ) comportamento desinibido ( ) não avaliado  
Genitais e mamas:( ) dor ( ) secreção ( ) edema  
Exames preventivos: ( ) sim ( ) não

Nota: \_\_\_\_\_

Sono e Repouso:

( ) sem alteração ( ) dificuldade de conciliar/manter o sono ( ) fadiga ( ) insônia ( ) hipersonia ( ) sono interrompido  
Uso de medicação para dormir: ( ) não ( ) sim Qual: \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

Atividade Física/Locomoção:

Dependência:( ) total ( ) parcial ( ) independente  
Atividade física:( ) não ( ) sim

Nota: \_\_\_\_\_

#### VIII. CONDIÇÃO PSICOSSOCIAL

Interação social:( ) prejudicada ( ) inadequada ( ) isolamento social ( ) solidão ( ) abandono ( ) dificuldade em realizar atividades ( ) falta de interesse por atividades cotidianas ( ) dificuldade em assumir compromissos /concluir atividades ( ) dificuldade de comunicação

Nota: \_\_\_\_\_

Atividade Ocupacional:( ) oficina terapêutica ( ) ginástica ( ) leitura e escrita ( ) caminhadas ( ) horta/jardinagem



Lazer: ( ) TV ( ) rádio ( ) passeios ( ) outros: \_\_\_\_\_

Participação em atividades em grupo: \_\_\_\_\_

Cuidado Corporal:

Condições de higiene: ( ) adequada ( ) inadequada ( ) precária

Vestimenta: ( ) adequada ( ) inadequada ( ) sujidade

Dependência: ( ) total ( ) parcial ( ) independente

Comportamento relacionado à substância química: ( ) uso ( ) abuso ( ) não usa

Tipo	Quantidade	Frequência
( ) álcool	.....	.....
( ) drogas	.....	.....
( ) tabaco	.....	.....
( ) medicamento	.....	.....

Sintomas de abstinência: \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### IX. TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

Medicação	dose	frequência
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Sintomas colaterais da medicação: \_\_\_\_\_

#### X. EXAMES CLÍNICOS

#### XI. AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

Regulação Neurológica:

Consciência: ( ) lúcido ( ) confuso ( ) sonolento ( ) sedado ( ) obnubilado

Atenção: ( ) atento ( ) desatento ( ) hipovigil ( ) hipervigil ( ) hipotenaz ( ) hipertenz

Orientação: ( ) orientado ( ) desorientação autopsíquica ( ) desorientação alopsíquica

Memória: ( ) preservada ( ) remota ( ) imediata ( ) recente ( ) déficit de memória

Nota: \_\_\_\_\_

Sensopercepção: ( ) sem alteração ( ) alucinações ( ) ilusões

Nota: \_\_\_\_\_

Ansiedade: ( ) tremores ( ) medo ( ) preocupação excessiva ( ) tonturas ( ) inquietação

Nota: \_\_\_\_\_

Humor: ( ) eutímico ( ) triste ( ) desânimado ( ) expansivo ( ) eufórico

( ) ruína ( ) apatia ( ) labilidade emocional ( ) irritado ( ) exaltado ( ) oscilações do humor

Nota: \_\_\_\_\_

Afeto: ( ) preservado ( ) embotado ( ) inadequado ( ) ambivalência ( ) anedonia

Nota: \_\_\_\_\_

Pensamento: ( ) preservado ( ) inibido ( ) fuga de idéias ( ) ideação homicida ( ) fobias

( ) acelerado ( ) idéias delirantes ( ) desagregado

( ) obsessões ( ) ideação suicida



Nota: \_\_\_\_\_

Comportamento: ( ) adequado ( ) auto agressivo ( ) heteroagressivo ( ) regressivo  
 ( ) sedutor ( ) promiscuidade ( ) hostilidade ( ) impulsividade ( ) compulsão ( ) bizarro  
 ( ) anti-social

Nota: \_\_\_\_\_

Comunicação: ( ) efetiva ( ) incoerente ( ) desorganizada ( ) normolálica  
 ( ) afasia ( ) neologismos ( ) disartria ( ) mutismo ( ) coprolalia  
 ( ) arrastada ( ) verborria

Nota: \_\_\_\_\_

Auto-estima: ( ) culpa ( ) vergonha ( ) impotência ( ) fracasso  
 ( ) inutilidade ( ) auto-estima elevada ( ) sentimento de incapacidade  
 ( ) falta de autoconfiança

Nota: \_\_\_\_\_

Psicomotricidade: ( ) sem alteração ( ) discinesia ( ) ataxia ( ) inquietação ( ) catisia  
 ( ) catatonia ( ) agitação psicomotora ( ) hiperatividade ( ) hipoatividade

Nota: \_\_\_\_\_

Insigh: ( ) presente ( ) prejudicado Juízo crítico: ( ) presente ( ) prejudicado

Nota: \_\_\_\_\_

Situação de Risco: ( ) heteroagressão ( ) fuga ( ) comportamento suicida  
 ( ) auto-agressão ( ) complicações orgânicas ( ) automutilação

Nota: \_\_\_\_\_

## XII. HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

---



---



---



---

PLANO DE CUIDADOS		
Diagnóstico	Intervenção de enfermagem	Resultados esperados
1. Obesidade	- verificar padrão alimentar; monitorar peso; explicar sobre aumento. - avisar o serviço de nutrição, estimular regime dietético.	Peso diminuído
2. Padrão do exercício em nível diminuído	- estimular para exercitar sempre o corpo. - ensinar exercícios dos músculos e articulações.	Padrão do exercício em nível da normalidade
3. Comportamento interativo comprometido	- apoiar relacionamento com a família e com a comunidade - estimular vínculo com a família e comunidade.	Comportamento interativo em estado de normalidade
4. Risco de comportamento agressivo	- promover conforto por meio de terapia por musica. - tranquilizar, ouvir sempre as tristezas e emoções. - mobilizar o corpo em situação de crise.	Nenhum comportamento agressivo



5. Nenhuma participação na terapia de grupo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- motivar a participação na terapia de grupo.</li> <li>- informar sobre as oficinas terapêuticas.</li> </ul>	Aumentar a participação na terapia em grupo e nas oficinas terapêuticas.
6. Autocuidado comprometido	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verificar a aceitação e limitações do paciente em relação a alimentação e hidratação.</li> <li>- estimular a aceitação de dieta adequada.</li> <li>- acompanhar o paciente durante e após as refeições, se necessário.</li> <li>- auxiliar ou oferecer a dieta alimentar conforme a necessidade.</li> <li>- providenciar ambiente calmo e diminuir estímulos externos durante as refeições.</li> <li>- reforçar atitude sobre o cuidado; melhorar higiene; auxiliar na escovação dos dentes; estimular o usuário a banhar-se; ensinar a higienizar a parte íntima.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessidades de alimentação e hidratação satisfeitas;</li> <li>- Comunicação de sentimentos e preocupações e limitações relativas à alimentação;</li> <li>- Identificação de recursos para lidar com os problemas relacionados a aceitação da dieta.</li> <li>- Padrão de higiene melhorado</li> </ul>
7. Auto-estima comprometida	<p>Estimular a auto-estima mediante terapia de grupo; apoiar, elogiar o usuário com a sua imagem corporal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- escutar o paciente de forma compreensiva, respondendo-lhe de uma maneira aberta, sem julgamentos depreciativos ou extremo positivismo;</li> <li>- oferecer ao paciente retro alimentação positiva quanto relatos verbais e comportamentos que indicam melhoria de auto-estima.</li> <li>- proporcionar segurança e apoio psicológico através de grupos de apoio.</li> <li>- estimular o convívio social e atividades lúdicas.</li> </ul> <p>Auxiliar na identificação de pontos positivos e a aceitar novos desafios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- melhora sentimentos de auto-estima, de segurança no ambiente institucional e relacionamentos interpessoais;</li> <li>- melhora do convívio familiar e vínculo social;</li> </ul>
8. Comportamento desorganizado atual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- identificar a percepção do cliente;</li> <li>- promover o bem estar psicológico;</li> <li>- avaliar a orientação; observar o comportamento sempre;</li> <li>- promover a vigilância contínua do regime medicamentoso.</li> </ul>	Comportamento em nível esperado
9. Insônia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ensinar a técnica de relaxamento;</li> <li>- informar sobre o regime de medicamentos.</li> </ul>	Padrão de sono melhorado
10. Processo familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- estimular o cuidado familiar;</li> <li>- ouvir a família;</li> </ul>	Processo familiar melhorado



comprometido	- encaminhar a família para terapia familiar.	
11. Não adesão atual a instituição de saúde	- informar sobre o risco de recaída; - estimular a adesão em terapia de grupo.	Adesão em nível esperado na instituição
12. Delírio	- explicar a família sobre o pensamento distorcido do cliente; - vigiar o regime medicamentoso.	Delírio em nível melhorado
13. Risco de agitação	- demonstrar confiança ao cliente, tranquilizar; - diminuir a ansiedade.	Atividade psicomotora em nível esperado
14. Alucinação atual	- Informar a família sobre o a alucinação presente; - vigiar o regime medicamentoso.	Alucinação em nível diminuído
15. Resposta à medicação comprometida	Estimular o regime medicamentoso.	Resposta a medicação em nível esperado.
16. Ansiedade	- Proporcionar ambiente tranquilo e limitar os estímulos. - Ajudar o paciente a identificar situações que desencadeiam ansiedade. - Ensinar exercícios de relaxamento para alívio da ansiedade, aumentar o autocontrole e autoconfiança; - Observar as manifestações fisiológicas de ansiedade; - Estabelecer uma relação de apoio e confiança; - Estimular o cliente a participar de atividades; Administrar ansiolíticos se necessário;	- Melhora da instabilidade emocional. - Melhora na expressão de sentimentos de angústia. - Alívio e diminuição da ansiedade e medo - Aprendizagem de mecanismos efetivos de enfrentamento para o controle do estresse. - Melhora da tolerância relacionada às frustrações.
17. Comunicação prejudicada	- estimular comunicação verbal e não-verbal, respeitando as limitações. - fornecer material que facilite a comunicação (prancheta, lápis e papel). - observação comportamento e expressões para tentar entendê-lo (ex: uma inquietação pode indicar uma necessidade de urinar); - explicar procedimentos a serem realizados de maneira clara; - estimular diálogo com palavras simples de fácil entendimento; avaliar a evolução da comunicação e percepção dos estímulos ambientais;	- manutenção de vínculo de confiança a equipe; - comunicação com meios alternativos (escrita, mímica) melhora da capacidade de comunicação gradativamente.
18. Memória prejudicada	manter o paciente orientado no tempo e espaço. usar linguagem clara e objetiva;	- manutenção de um vínculo de confiança com a equipe,



	<p>repetir informações sempre que necessário;</p> <p>criar meios que facilitam a orientação no ambiente doméstico (anotar o lugar dos objetos de uso pessoal, identificar gavetas)</p> <p>Incentivar a participar de atividades que estimule a memória (jogos, olhar fotos e paisagens já conhecidas).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– comunicação das necessidades e desejos;</li> <li>– recuperar lembranças de acontecimentos importantes</li> <li>melhorar a capacidade de memória, facilitando a convivência social e melhorar a qualidade de vida.</li> </ul>
19. Controle ineficaz do regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>– auxiliar a inserção em programa de tratamento e mutua-ajuda;</li> <li>– orientar sobre doenças, a importância da adesão ao tratamento, medidas preventivas a recaídas;</li> <li>– avaliar o nível de conhecimento do paciente, família e comunidade sobre as doenças e tratamentos disponíveis;</li> <li>– orientar sobre as consequências da não adesão ou tratamento ineficaz.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– adesão ao tratamento proposto;</li> <li>– promoção do tratamento domiciliar.</li> <li>- manutenção de ações educativas de promoção e prevenção em saúde.</li> <li>- compreensão as consequências do uso e abuso de tabaco, álcool e outras drogas.</li> </ul>
20. Alteração no processo do pensamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>–Promover a comunicação que estimule o sentido de integridade da pessoa;</li> <li>–auxiliar para diferenciar entre os seus próprios pensamentos delirantes e a realidade</li> <li>–Proporcionar à pessoa oportunidades para a socialização positiva.</li> <li>–Reduzir a ansiedade e desenvolver uma sensação de segurança através de um clima de cuidado e interesse.</li> <li>–Prever as dificuldades na adaptação à vida em comunidade: discutir as preocupações do paciente sobre o retorno à comunidade e a reação da família à alta do indivíduo.</li> <li>–Revisar os sinais e os sintomas de doença recorrente que indicam inadaptação iminente.</li> <li>Instruir a família e as pessoas significativas quanto à doença da pessoa e às estratégias de resolução</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– reconhecimento dos sintomas e adesão ao regime terapêutico</li> <li>– interpretação alternativa da situação sem se tornar indevidamente hostil ou ansioso.</li> </ul>
21. Interação social prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> <li>auxiliara na aproximação familiar.</li> <li>encorajar no desenvolvimento de relações interpessoais</li> <li>proporcionar a interatividade social de forma gradativa;</li> <li>estimular a participação em atividades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– participação em grupos de apoio.</li> <li>– melhora da interação familiar e envolvimento de atividade social.</li> <li>– manutenção de</li> </ul>



	recreativas; Investigar sobre riscos para o convívio familiar e social;	estratégias adaptativas com a família e grupo
22. Isolamento social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- estabelecer uma relação de confiança e incentivar o paciente à verbalizar seus sentimentos e demonstrar contato visual;</li> <li>- incentivar o relacionamento com outras pessoas e aumentar seu nível de contatos social de maneira gradual.</li> <li>- envolver o paciente no planejamento do autocuidado</li> <li>- encaminhar à serviços sociais para o acompanhamento;</li> <li>- ajudar na identificar opções de contato social (atividades lúdicas, grupos de colegas, amigos)</li> <li>- facilitar e incentivar o convívio com familiares.</li> <li>- incentivar a participação em terapia em grupo e familiar;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- participação de atividades em grupos de apoio.</li> <li>- manutenção na interação familiar e social.</li> <li>- melhora de estratégias adaptativas com a família e sociedade.</li> <li>- prevenção de problemas de convivência familiar e social.</li> <li>- identifica problemas com a socialização.</li> <li>- melhora das habilidades de interação social.</li> </ul>
23. Processos familiares alterados: alcoolismo e drogadição	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cuidados intensivos e semi-intensivos no período de desintoxicação;</li> <li>- encaminhar paciente/família para grupos serviços de tratamento para dependentes químicos.</li> <li>- orientar sobre a importância da adesão e continuidade da terapêutica proposta.</li> <li>- auxiliar na Identificação do estilo de vida mais saudável;</li> <li>- identificar apoio familiar e recursos comunitários disponíveis.</li> </ul> <p>incentivar os familiares a participarem do plano terapêutico de recuperação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- melhora desempenho familiar</li> <li>- enfrentamento de conflitos e resolução satisfatório de problemas;</li> <li>- conscientização das conseqüências do uso de drogas;</li> <li>- desenvolvimento de estratégias de controle da ansiedade e estressores;</li> <li>- adota um estilo de vida mais saudável de promoção a saúde;</li> <li>- medidas de prevenção de recaídas e de redução de danos.</li> </ul>
24. Potencial de violência consigo mesmo e com os outros: comportamento suicida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- diminuição do risco de auto-agressão;</li> <li>- suporte familiar e social;</li> <li>- adesão satisfatório ao tratamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investigar uso de medicações e substância tóxicas: tipo, quantidade, tempo decorrido e associação de outras drogas, álcool, etc.</li> <li>- tomar medidas de urgência e emergência nos casos de intoxicação por medicamentos e substâncias tóxicas: lavagem gástrica,</li> </ul>



		<p>medicação indicada e procedimentos indicados pelo Centro Informação Taxológica (0800 721 3000)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- atender as complicações clínicas decorrentes tais como: contes, fraturas;</li> <li>- avaliar nível de consciência e riscos;</li> <li>- providenciar medidas de segurança frente a fatores de risco e com tentativa mal sucedida de suicídio.</li> <li>- auxiliar o paciente a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio.</li> <li>- observar e registrar as mudanças de humor e comportamento;</li> </ul>
<p>25. Potencial de violência consigo mesmo e com os outros: comportamento agressivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar e retirar do ambiente os objetos que oferecem risco para auto ou heteroagressividade</li> <li>- identificar sinais e sintomas preeminentes da agressividade;</li> <li>- estabelecer confiança e interação verbal com o paciente.</li> <li>- observar e registrar as mudanças de humor e/ou comportamento de risco.</li> <li>- evitar exposição do paciente no ambiente durante comportamento de agressividade</li> <li>- auxiliar o paciente a proteger sua integridade física e moral;</li> <li>- tomar medida de contenção em caso de agitação psicomotora ou comportamento violento;</li> <li>observar e intervir preventivamente no caso de risco auto e heteroagressividade;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- diminuição da impulsividade e riscos de agressão;</li> </ul>
<p>26. Alteração no padrão do sono</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- identificar as causas que levam ou agravam problemas referentes ao sono e repouso</li> <li>- proporcionar ambiente adequado ao sono e repouso.</li> <li>- evitar procedimentos durante o sono.</li> <li>- ensinar estratégias de higiene do sono.</li> <li>- monitorar os efeitos do medicamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- manutenção do padrão de sono normal, possibilitando energia adequada durante o dia;</li> </ul>



	sobre o padrão do sono. - orientar o paciente sobre fatores que contribuem para os distúrbios do sono.	
--	---	--

XIV EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

---

---

---

---

---

Enfermeiro: COREN

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_





**ANEXO 133** – Talão de Requerimento de Diária, com numeração a partir de 0001, uma folha branca e outra amarela, em papel carbonado, com 50 jogos, com dimensões: 20cm x 11,5cm;

  
**REQUERIMENTO DE DIÁRIA**

0 \_\_\_\_\_

Vem a Vossa Senhoria, solicitar a liberação de \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) diárias(s)  
ao servidor \_\_\_\_\_ ; lotado no \_\_\_\_\_

Esta(s) diária(s) tem por objetivo o \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

estando prevista a saída, em \_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_ horas e retorno  
em \_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_ horas.

Nº \_\_\_\_\_

São Francisco de Assis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

SECRETÁRIO MUNICIPAL \_\_\_\_\_



**ANEXO 134** – Teste Rápido para Detecção de Anticorpos para HIV, dimensões: 21cm x 30cm;



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE  
SEÇÃO ESTADUAL DE CONTROLE DE DST/AIDS**

<b>LAUDO DIAGNOSTICO</b>		
Número de registro:	cidade:	data:
Nome do paciente:	documento:	
Sexo: ( )M ( )F	data de nascimento:	
<b>TESTE RAPIDOS PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV</b>		
Amostra: sangue total		
Data da coleta da amostra: ____ / ____ / ____		
<b>TESTE 1:</b>		
Nome do produto: Biomanguinhos HIV 1 & 2		
Método: imunocromatografia		
Resultado do teste: Amostra <b>NÃO REAGENTE</b> para HIV		
<b>INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO:</b> Amostra <b>NÃO REAGENTE</b> para HIV		
Exames realizados em conformidade com a Portaria SVS/MS nº 151/2009		
1. Amostra <b>NÃO REAGENTE</b> para HIV: em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta dessa amostra e submetida ao teste.		
Responsável: Técnico:		
(assinatura e carimbo)		
Carimbo da Instituição:		



**ANEXO 135** – Teste Rápido para Detecção de Anticorpos para Sífilis, dimensões: 21cm x 30cm;



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE  
SEÇÃO ESTADUAL DE CONTROLE DE DST/AIDS**

<b>LAUDO DIAGNOSTICO</b>		
Número de registro:	cidade:	data:
Nome do paciente:	documento:	
Sexo: ( )M ( )F	data de nascimento:	
<b>TESTE RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS PARA SÍFILIS</b>		
Amostra: sangue total		
Data da coleta da amostra: ____ / ____ / ____		
<b>TESTE:</b>		
Nome do produto: Biomanguinhos Sífilis		
Método: imunocromatografia		
Resultado do teste: Amostra <b>NÃO REAGENTE</b> para Sífilis		
<b>INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO:</b> Amostra <b>NÃO REAGENTE</b> para Sífilis		
1. O teste rápido utilizado é um teste <u>treponêmico</u> .		
2. Amostra <b>NÃO REAGENTE</b> para Sífilis: em caso de suspeita de Sífilis, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta dessa amostra e submetida ao teste.		
3. A situação clínica e epidemiológica do paciente deverá ser observada.		
Responsável: Técnico:		
(assinatura e carimbo)		
Carimbo da Instituição:		