



EDITAL DE PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 048/2017

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

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 Parcelada de Material Gráfico**, de acordo com especificações constantes no anexo I deste edital, 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 Equipe de Apoio, nomeados pela Portaria nº 344/2017, no endereço supracitado no dia **14/12/2017, 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 nº 10.520 de 17/07/2002, Decreto Federal nº 7.892/2013, do Decreto Municipal nº 77/2006, de 27/01/2006, Lei complementar 123/2006(alterada pela Lei Complementar nº 147/2014), Decreto Municipal nº 410/2010, com aplicação subsidiária da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações posteriores.

**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 048/2017  
ENVELOPE Nº 01 - PROPOSTA DE PREÇOS  
PROPONENTE (NOME COMPLETO)  
TELEFONE E FAX  
E-MAIL.**

**AO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS-RS  
EDITAL DE PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 048/2017  
ENVELOPE Nº 02 – DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO  
PROPONENTE (NOME COMPLETO)  
TELEFONE E FAX  
E-MAIL.**

2.2 – A abertura desta licitação ocorrerá no dia **14/12/2017, 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 (inclusive com o CEP).

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, consequentemente, 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 apresentem 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 N° 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 do 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 (30) trinta dias da realização da presente licitação;

#### **7.1.6. CAPACIDADE TÉCNICA:**

a) Atestado de capacitação técnico-operacional, em nome da empresa, comprovando aptidão para fornecimento de produto compatível 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 a 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 (05) cinco dias, 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 5 (cinco) dias.

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) 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;

b) 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;

c) 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;

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

e) 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;

f) 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;

g) 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;

h) 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/fax (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 fax / 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 Procuradoria Jurídica do Município, nos termos do parágrafo único do artigo 38 da Lei nº 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 Município 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:

- convocar o fornecedor, visando à negociação para redução de preços e sua adequação ao praticado no mercado;
- frustrada a negociação, o fornecedor será liberado do compromisso assumido; e
- 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. **MODELOS DOS ITENS**

GABINETE DO PREFEITO, em 27 de novembro de 2017.

RUBEMAR PAULINHO SALBEGO  
PREFEITO MUNICIPAL

Aprovo o presente Edital de acordo com a Lei n.º 10.520 de 17/07/2002, Decreto Federal nº 7.892/2013, Decreto Municipal nº 77/2006, de 27/01/2006, Lei complementar 123/2006(alterada pela LC nº 147/2014), Decreto Municipal nº 410/2010, com aplicação subsidiária da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações posteriores.

Dr. José Luiz Uberti Gonçalves  
Assessor Jurídico do Município  
OAB-RS: 18.098



**ANEXO I  
MODELO DE PROPOSTA FINANCEIRA  
PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 048/2017**

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

EMPRESA: \_\_\_\_\_, CNPJ: \_\_\_\_\_,  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_, TELEFONE: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_, E-MAIL: \_\_\_\_\_, VALIDADE DA  
PROPOSTA: \_\_\_\_\_ DIAS. (não inferior a (90) noventa dias).

ITEM	Produtos	Unidade	Quant. Mínima	Quant. Máxima	Preço Unitário
<b>Diversas Secretarias</b>					
01	Folha timbrada A4- Resma de 500 folhas. <b>ANEXO 01</b>	Resma	749	4.666	
02	Pasta de material Colche plastificada, timbrada em material resistente e gramatura mínima 180 gramas, na cor branca, tamanho 34x24cm. <b>ANEXO 02</b>	Unidade	560	2.010	
03	Pasta de cartolina, timbrada em material resistente gramatura mínima 180gr na cor azul - tamanho 48x33cm. <b>ANEXO 03</b>	Unidade	600	2.000	
04	Envelope timbrado na cor Branca, tamanho 24cmx34cm. <b>ANEXO 04</b>	Unidade	605	2.585	
05	Envelope timbrado na cor Branca, medindo 11cm x 22 cm. <b>ANEXO 05</b>	Unidade	380	2.035	
06	Envelope timbrado na cor Branca, tamanho 25cmx18cm. <b>ANEXO 06</b>	Unidade	335	2.000	
07	Bloco de memorando em 02 vias carbonadas sendo a 1ª primeira via Branca e a 2ª via amarela, blocos com 50 jogos, a partir de 001. <b>ANEXO 07</b>		67	392	
08	Bloco de requerimento de diárias com 02 vias carbonada, sendo a 1ª via branca e a 2ª via amarela, bloco de 50 jogos. <b>ANEXO 08</b>	Bloco	140	489	
<b>Secretaria Geral Da Administração</b>					
09	Bloco de requisição de diárias para viagens a serviço da prefeitura municipal em 03 vias carbonada, sendo a 1ª via branca, a 2ª amarela e a 3ª via rosa, blocos 50 jogos cada. <b>ANEXO 09</b>	Bloco	50	100	
10	Cartões de anotação tamanho 15x10cm. <b>ANEXO 10</b>	Unidade	20	50	
<b>Setor Pessoal</b>					
11	Ficha Funcional (tamanho 48x33 cm) conforme modelo anexo. <b>ANEXO 11</b>	Unidade	100	300	
<b>Almoxarifado</b>					
12	Ficha de controle de estoque do almoxarifado. <b>ANEXO 12</b>	Unidade	100	200	
13	Talão para requisição do almoxarifado. <b>ANEXO 13</b>	Unidade	36	80	
<b>Secretaria Municipal de Turismo de Desporto</b>					
14	Bloco de autorização de abastecimento em duas vias carbonada, sendo a 1ª via branca e a 2ª via amarela, numeradas a partir de 001, bloco com 50 jogos. <b>ANEXO 14</b>	Bloco	04	06	
<b>Secretaria Municipal da Agricultura e Meio Ambiente</b>					
15	Bloco 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 nº 001. <b>ANEXO 15</b>	Bloco	15	30	
16	Bloco de autorização de abastecimento, tamanho 15cmx12cm, de 50 folhas, 02 vias carbonadas, com numeração a partir do nº 001, com destaque. <b>ANEXO 16</b>	Bloco	5	10	
<b>Secretaria Municipal da Fazenda</b>					
17	Ficha aluguel carneira em papel cartão, medindo 22 cm de largura x 16 cm de altura. <b>ANEXO 17</b>	Unidade	50	300	
18	Pasta Receita medindo 22 cm de largura x 16 cm de altura, 180 gramas. <b>ANEXO 18</b>	Unidade	500	2000	
19	Pasta Despesas, medindo 24 cm de largura x 32,5 cm de altura, 180 gramas. <b>ANEXO 19</b>	Unidade	500	2000	
20	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 1051. <b>ANEXO 20</b>	Bloco	3	10	
21	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 21</b>	Bloco	30	150	
<b>Secretaria Municipal de Obras</b>					
22	Blocos de autorização, tamanho 14cmx13cm, de 50 folhas, 02 vias carbonada, com numeração a partir do nº001, com destaque. <b>ANEXO 22</b>	Unidade	50	200	
23	Blocos de autorização de abastecimento, tamanho 15cmx12cm, de 50 folhas, 02 vias carbonada, com numeração a partir do nº001, com destaque. <b>ANEXO 23</b>	Unidade	50	200	
24	Folhas ponto de operários, tamanho 33cmx24cm. <b>ANEXO 24</b>	Unidade	10	200	
25	Blocos de passagens de ônibus urbano, tamanho 18cm x 8 cm, de 50 folhas, 02 vias, com numeração a partir do nº 001, com destaque. <b>ANEXO 25</b>	Unidade	10	500	
26	Envelope cor amarela, tamanho 25 x 18 cm.	Unidade	10	50	
<b>Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social</b>					



27	Bloco para solicitação para esgotamento de poço negro, com 02 vias, 01 cor branca e outra amarela, bloco com 50 jogos, numerados de 0001 à 0050, tamanho 20x80 cm. <b>ANEXO 26</b>	Bloco	05	15	
28	Bloco para solicitação para 2ª via de documento, com 02 vias, 01 cor branca e outra amarela, bloco com 50 jogos, numerados de 0001 a 0050, tamanho 20 x 08 cm. <b>ANEXO 27</b>	Bloco	05	15	
29	Bloco para autorização, com 02 vias, 01 cor branca e outra rosa, bloco com 50 jogos, numerados de 0001 a 0050, tamanho 14,5 x 13 cm. <b>ANEXO 28</b>	Bloco	05	15	
30	Bloco para autorização de abastecimento, com 02 vias, 01 cor branca e outra rosa, bloco com 50 jogos, numerados de 0001 à 0050, tamanho 14,5 x 13 cm. <b>ANEXO 29</b>	Unidade	05	15	
31	Folha timbrada (conselho tutelar), impressas em folha A4, 210 x 297 mm, 75 g/m <sup>2</sup> . o timbre devera ser colorido. No rodapé, deverá constar os dados (endereço, telefone, e-mail...) da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. <b>ANEXO 30</b>	Unidade	500	1500	
32	Prontuário SUAS Formato: 21 x 29,7 cm Número de páginas: 56 Capa: papel cartão supremo 250g - 4/4 cores Miolo: papel AP 90g - 4/4 cores Acabamento: canoa, 2 grampos, faca de corte especial, verniz de proteção. <b>ANEXO 31</b>	Unidade	500	3000	
<b>Secretaria Municipal de Educação e Cultura</b>					
33	Bloco para autorização, timbrado, com 02 vias, 1ª via na cor branca e 2ª via na cor rosa, em papel carbonado, com (50) cinquenta jogos cada, numerados a partir de 001, dimensões 14,5 x 13 cm.  OBS.01: deverá ser alterado o nome desta Secretaria para: Secretaria Municipal de Educação e Cultura, igualmente alterado o espaço para assinatura.  OBS.02: deverá constar na capa a sequencia de numeração compreendida no bloco. <b>ANEXO 32</b>	Unidade	15	50	
34	Talão de autorização de abastecimento de combustível, timbrado, com 02 vias, 1ª via na cor branca e 2ª via na cor rosa, em papel carbonado, com (50) cinquenta jogos cada, numerados a partir de 001, dimensões 15,5 cm x 11,5 cm.  OBS.01: deverá ser alterado o nome desta Secretaria para: Secretaria Municipal de Educação e Cultura  OBS.02: deverá ser acrescentado local para horário do abastecimento, e alterado onde consta <b>res. p/ abastecimento para nome por extenso.</b>  OBS.03: deverá constar na capa a sequencia de numeração compreendida no bloco. <b>ANEXO 33</b>	Unidade	15	50	
<b>Secretaria Municipal de Habitação Indústria e Comercio</b>					
35	Bloco de arrecadação com 03 vias, uma na cor branca, verde e azul, carbonada com 50 guias numeradas a partir do nº 001. <b>ANEXO 34</b>	Unidade	05	10	
36	Envelope, pardo, tamanho ofício, sem timbre.	Unidade	50	200	
<b>Secretaria Municipal de Saúde</b>					
37	Adesivo - CAPs, colorido, dimensões: 05cm x 03cm. <b>ANEXO 35</b>	Unidade	500	2.000	
38	Adesivo - Dia Mundial da Saúde Mental, colorido, dimensões: 8,5cm x 10cm. <b>ANEXO 36</b>	Unidade	500	2.000	
39	Adesivo - Setembro Amarelo, colorido, dimensões: 07cm x 07cm. <b>ANEXO 37</b>	Unidade	500	2.000	
40	Alvará Sanitário, dimensões: 19cm x 30cm, papel 180g. <b>ANEXO 38</b>	Unidade	250	1.000	
41	APAC - Laudo para Solicitação e Autorização de Atendimento Ambulatorial, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 39</b>	Unidade	1.500	6.000	
42	Auto do Infração, uma folha branca, outra folha verde e outra amarela, todas em papel carbonado, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 40</b>	Unidade	250	1.000	
43	Boletim de Produção Ambulatorial - BPA Consolidado, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 41</b>	Unidade	500	1.000	
44	Cadastro Domiciliar e Territorial, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 42</b>	Unidade	5.000	20.000	
45	Cadastro Individual, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 43</b>	Unidade	5.000	20.000	
46	Cartão da Mulher, frente e verso, papel 180g, dimensões: 10cm x 21,5cm. <b>ANEXO 44</b>	Unidade	500	2.000	
47	Cartão de Hipertensos e Diabéticos, frente e verso, papel 180g, dimensões: 20cm x 10cm. <b>ANEXO 45</b>	Unidade	500	2.000	
48	Cartão de Saúde Mental, frente e verso, colorido, papel 180g, dimensões: 20cm x 10cm. <b>ANEXO 46</b>	Unidade	500	2.000	
49	Cartão de Vacina, frente e verso, colorido, papel 180g, dimensões: 15cm x 10,5cm. <b>ANEXO 47</b>	Unidade	1.500	6.000	



50	Cartão do Dentista - Saúde Bucal, frente e verso, dimensões: 07cm x 07cm. <b>ANEXO 48</b>	Unidade	1.000	4.000	
51	Cartão Nacional do SUS, papel 250g, colorido, dimensões: 8,5cm x 5,4cm. <b>ANEXO 49</b>	Unidade	2.500	10.000	
52	Carteira de Gestante, frente e verso, papel 180g, dimensões: 22cm x 31cm. <b>ANEXO 50</b>	Unidade	500	2.000	
53	Check List - Ficha de Avaliação do Domicílio, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 51</b>	Unidade	2.000	8.000	
54	Check-list do Centro de Materiais e Esterilização, frente e verso, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 52</b>	Unidade	500	2.000	
55	Consentimento Informado do Paciente - Tele-ECG Digital, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 53</b>	Unidade	500	2.000	
56	Escala de Coelho, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 54</b>	Unidade	1.500	6.000	
57	Ficha de Acolhimento - CAPs, cada pagina em folha separada, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 55</b>	Unidade	1.000	4.000	
58	Prontuário Médico, frente e verso, papel 180g, dimensões: 20,5cm x 23,5cm. <b>ANEXO 56</b>	Unidade	5.000	20.000	
59	Ficha de Anamnese - Academia da Saúde Popular, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 57</b>	Unidade	500	2.000	
60	Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA), com dimensões: 21cm x 15cm. <b>ANEXO 58</b>	Unidade	50.000	200.000	
61	Ficha de Atendimento Ambulatorial Continuada (FAA Continuada), com dimensões: 21cm x 15cm. <b>ANEXO 59</b>	Unidade	50.000	200.000	
62	Ficha de Atendimento Individual, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 60</b>	Unidade	2.500	10.000	
63	Ficha de Atendimento Odontológico Individual, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 61</b>	Unidade	1.000	4.000	
64	Ficha de Atividade Coletiva, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 62</b>	Unidade	1.000	4.000	
65	Ficha de Cadastramento da Gestante, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 63</b>	Unidade	500	2.000	
66	Ficha de Cirurgias, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 64</b>	Unidade	1.000	4.000	
67	Ficha de Controle da Doença de Chagas - Diário de Pesquisa e Borrifação, dimensões: 21cm x 17cm. <b>ANEXO 65</b>	Unidade	500	2.000	
68	Ficha de Gestante, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 66</b>	Unidade	500	2.000	
69	Ficha de Monitoramento Semanal, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 67</b>	Unidade	1.500	6.000	
70	Ficha de Procedimentos, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 68</b>	Unidade	1.000	4.000	
71	Ficha de Referência Contra Referência - Municipal, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 69</b>	Unidade	2.500	10.000	
72	Ficha de Referência e Contra Referência - HUSM, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 70</b>	Unidade	2.500	10.000	
73	Ficha de Vacinação, papel 180g, dimensões: 10,5cm x 15cm. <b>ANEXO 71</b>	Unidade	2.500	10.000	
74	Ficha de Visita - Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue, papel 180g, dimensões: 11cm x 16cm. <b>ANEXO 72</b>	Unidade	1.000	4.000	
75	Ficha de Visita (controle da dengue), colorido, descrição: com o verso imantado, dimensões: 07cm x 08cm. <b>ANEXO 73</b>	Unidade	1.000	4.000	
76	Ficha de Visita Domiciliar e Territorial, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 74</b>	Unidade	2.000	8.000	
77	Ficha Hiperdia - Cadastro do Hipertenso e/ou Diabético, colorido dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 75</b>	Unidade	1.000	4.000	
78	Folder - Dengue pode Matar, frente e verso, colorido, papel reciclado, dimensões: 21 cm x 30cm. <b>ANEXO 76</b>	Unidade	1.500	6.000	
79	Folder Dengue - Ainda dá Tempo de Combater o Mosquito, colorido, papel reciclado, dimensões: 15 cm x 21cm. <b>ANEXO 77</b>	Unidade	1.500	6.000	
80	Formulário de Solicitação de Exame-Procedimento, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 78</b>	Unidade	1.000	4.000	
81	Formulário de Visitas aos Imóveis - AB, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 79</b>	Unidade	1.000	4.000	
82	Formulário de Visitas Diárias aos Imóveis - Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia Formulário de Visitas Diárias aos Imóveis, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 80</b>	Unidade	1.500	6.000	
83	Instrumento SAE, cada pagina em folha separada, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 81</b>	Unidade	1.000	4.000	
84	Laudo para Solicitação e Autorização de Atendimento Ambulatorial, dimensões: 21cm x 17cm. <b>ANEXO 82</b>	Unidade	500	2.000	
85	Laudo Testes Rápidos HIV-Sífilis-Hepatites, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 83</b>	Unidade	500	2.000	
86	Lista de Viagem, frente e verso, papel 180g, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 84</b>	Unidade	750	3.000	
87	PTS - Plano Terapêutico Singular, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 85</b>	Unidade	500	2.000	
88	Pasta Cartolina, na cor amarelo, papel 180g, dimensões: 24cm x 33cm. <b>ANEXO 86</b>	Unidade	500	2.000	
89	Pasta Cartolina, na cor azul, papel 180g, dimensões: 24cm x 33cm. <b>ANEXO 87</b>	Unidade	500	2.000	
90	Pasta Cartolina, na cor branco, papel 180g, dimensões: 24cm x 33cm. <b>ANEXO 88</b>	Unidade	500	2.000	
91	Pasta Cartolina, na cor laranja, papel 180g, dimensões: 24cm x 33cm. <b>ANEXO 89</b>	Unidade	500	2.000	
92	Pasta Cartolina, na cor verde escuro, papel 180g,	Unidade	500	2.000	



	dimensões: 24cm x 33cm. <b>ANEXO 90</b>				
<b>93</b>	Pasta Cartolina, na cor vermelho, papel 180g, dimensões: 24cm x 33cm. <b>ANEXO 91</b>	Unidade	500	2.000	
<b>94</b>	Programa Nacional de Controle da dengue - PNCD - Registro Diário do Serviço Antivetorial, frente e verso, colorido dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 92</b>	Unidade	1.000	4.000	
<b>95</b>	Programa Nacional de Controle da Dengue - PNCD - Vigilância Entomológica - Armadilhas, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 93</b>	Unidade	1.000	4.000	
<b>96</b>	Prontuário do Dentista - Saúde Bucal, frente e verso, papel 180g, dimensões: 21,5cm x 14cm. <b>ANEXO 94</b>	Unidade	500	2.000	
<b>97</b>	RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 95</b>	Unidade	1.000	4.000	
<b>98</b>	Receituário Controle Especial, bloco c/ 100 fls, dimensões: 14,5cm x 21cm. <b>ANEXO 96</b>	Bloco	250	1.000	
<b>99</b>	Receituário comum c/100 fls, dimensões: 14,5cm x 21cm. <b>ANEXO 97</b>	Bloco	250	1.000	
<b>100</b>	Receituário de Plantão c/100 fls Verde, dimensões: 14,5cm x 21cm. <b>ANEXO 98</b>	Bloco	200	800	
<b>101</b>	Relatório de Viagem, frente e verso, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 99</b>	Unidade	1.500	6.000	
<b>102</b>	Requisição de Exame Citopatológico, colorido, frente e verso, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 100</b>	Unidade	1.000	4.000	
<b>103</b>	Requisição de Mamografia, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 101</b>	Unidade	1.000	4.000	
<b>104</b>	Requisição de Exames, bloco c/100 fls, dimensões: 21cm x 14,5cm. <b>ANEXO 102</b>	Bloco	250	1.000	
<b>105</b>	Resumo Semanal do Serviço Antivetorial - PE, colorido, dimensões: 21vm x 30cm. <b>ANEXO 103</b>	Unidade	1.000	4.000	
<b>106</b>	Serviço de Aconselhamento e Testagem, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 104</b>	Unidade	500	2.000	
<b>107</b>	Sistematização da Assistência de Enfermagem - CAPs, cada página em folha separada, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 105</b>	Unidade	500	2.000	
<b>108</b>	Sisvan (sistema de vigilância alimentar e nutricional), frente e verso, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 106</b>	Unidade	1.000	4.000	
<b>109</b>	Talão de Autorização de Abastecimento de Combustível, com numeração a partir de 0001, uma folha branca e outra rosa, em papel carbonado, com 50 jogos, dimensões: 15,5cm x 11,5cm. <b>ANEXO 107</b>	Unidade	100	400	
<b>110</b>	Teste Rápido para Detecção de Anticorpos para HIV, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 108</b>	Unidade	500	2.000	
<b>111</b>	Teste Rápido para Detecção de Anticorpos para Sífilis, dimensões: 21cm x 30cm. <b>ANEXO 109</b>	Unidade	500	2.000	

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 048/2017

(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 048/2017, 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 048/2017

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 048/2017, 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 048/2017

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 048/2017

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 048/2017 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 048/2017

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 048/2017**

**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 048/2017, 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 2017.



**ANEXO VIII  
MINUTA DA ATA DE PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 048/2017**

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, que se regerá pelas normas gerais da Lei n.º 10.520 de 17/07/2002, Decreto Federal nº 7.892/2013, Decreto Municipal nº 77/2006, de 27 de Janeiro de 2006, Lei complementar 123/2006(alterada pela LC nº 147/2014), Decreto Municipal nº 410/2010, com aplicação subsidiária da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações posteriores e as condições deste Edital e demais normas legais aplicáveis e considerando o resultado da licitação modalidade **PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 035/2016**, conforme consta do processo administrativo próprio, firmam a presente Ata de Registro de Preços, obedecendo 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	Produto	Unidade	Quantidade Mínima	Quantidade Máxima	Preço Unitário
------	---------	---------	-------------------	-------------------	----------------

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 035/2016, 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 a entrega e conferência das quantidades solicitadas pelo Município;

3.2- O fornecedor apresentará a nota fiscal, de acordo com o solicitado pela Secretaria, ao serviço Financeiro do Município.

3.3 - Para pagamento, a empresa deverá apresentar ao Departamento de Contabilidade, 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/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 de seu período de validade; (O contribuinte que possuir a Certidão Específica Previdenciária e a Certidão Conjunta PGFN/RFB, dentro do período de 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 do seu período de validade;

3.4.3 – Prova de regularidade com a Fazenda Municipal, relativa à sede ou domicílio do proponente, dentro do seu período de 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 do seu período de validade.

3.5 – Na eventualidade de aplicação de multas, estas deverão ser liquidadas simultaneamente com a parcela vinculada ao evento cujo descumprimento deu origem.

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

3.7 – 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 (05) cinco dias 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 5 (cinco) 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 – Aplicar 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 Fornecedor

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:

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 048/2017, o qual integra a presente Ata de Registro de Preços, observadas as disposições constante do Decreto Municipal 410/2010.

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 048/2017, menor preço por item.

#### CLÁUSULA XIV – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

14.1 – Integram esta Ata, o edital do Pregão Presencial para Registro de Preços nº 048/2017 e proposta da empresa \_\_\_\_\_, classificada em 1º lugar nos itens nºs -----no certame supra numerado.

14.2 – Integram esta Ata, o edital do Pregão Presencial para Registro de Preços nº 048/2017 e proposta da empresa \_\_\_\_\_, classificada em 2º lugar nos itens nºs -----no certame supra numerado

14.3 – Integram esta Ata, o edital do Pregão Presencial para Registro de Preços nº 048/2017 e proposta da empresa \_\_\_\_\_, classificada em 3º lugar nos itens nºs -----no certame supra numerado.

14.4 – Os casos omissos serão resolvidos de acordo pelas disposições legais e condições estabelecidas no presente Edital, que se regerá pelas normas gerais da Lei nº 10.520 de 17/07/2002, Decreto Federal nº 7.892/2013, Decreto Municipal nº 77/2006, de 27 de Janeiro de 2006, Lei complementar 123/2006 e suas alterações posteriores, com aplicação subsidiária da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações posteriores, e as condições deste Edital, no que não colidir com a primeira e nas demais normas aplicáveis. Subsidiariamente, aplicar-se-ão os princípios gerais de direito.

#### 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 na presença de duas testemunhas abaixo.

São Francisco de Assis, ----- de ----- de 2017.

Prefeito Municipal  
Contratante

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

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



Anexos Referentes aos Pedidos de Material Gráfico:

ANEXO 01

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS - RS - CNPJ: 87.896.882/0001-01  
RUA: JOÃO MOREIRA, 1707 - FONE: (55) 3252.1414 - CEP: 97610-000



ANEXO 02



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

PROCESSO Nº: \_\_\_\_\_

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

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

DISTRIBUIÇÃO

GRAFOESTE - FONE/FAX: 3252-1840



ANEXO 03



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

PROCESSO Nº: \_\_\_\_\_

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

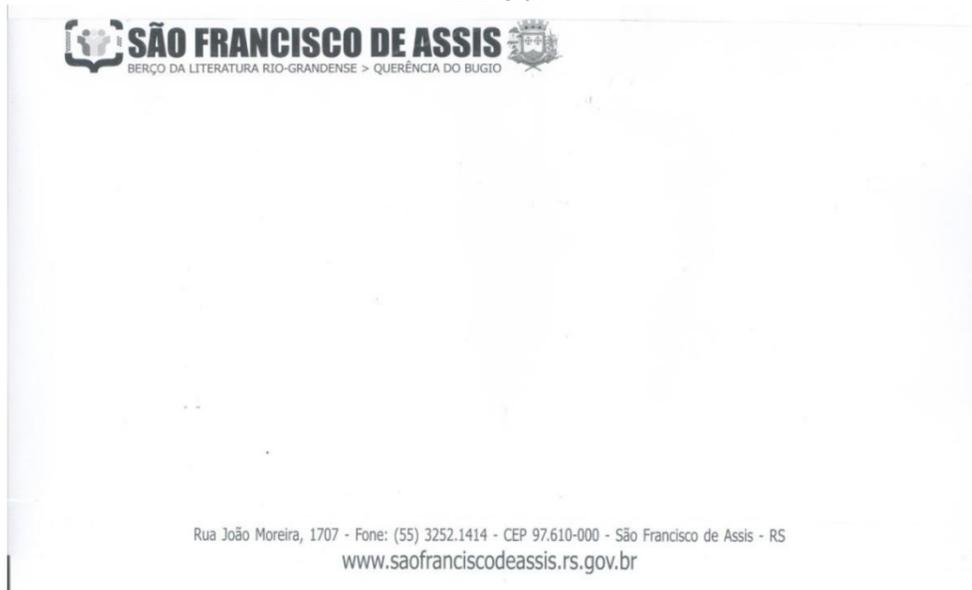
ASSUNTO: \_\_\_\_\_

[Large empty rectangular box for content]

**DISTRIBUIÇÃO**




ANEXO 04



ANEXO 05



ANEXO 06







ANEXO 08



## 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 0050

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

SECRETÁRIO MUNICIPAL

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 0050

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

SECRETÁRIO MUNICIPAL



ANEXO 09

 **REQUISIÇÃO DE DIÁRIAS PARA VIAGENS A SERVIÇO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS**

1.ª Via - Contadoria  
2.ª Via - Secretaria  
3.ª Via - Servidor

R\$ \_\_\_\_\_

De conformidade com a Lei 80/89, solicito a liberação de ..... (.....) diária para:  
Servidor: .....  
Cargo ou Função: .....  
Localidade da Viagem: .....  
Dias Correspondentes: .....  
Justificativas da Viagem: .....

São Francisco de Assis, ..... de ..... de .....

.....  
Secretário da Administração

 **REQUISIÇÃO DE DIÁRIAS PARA VIAGENS A SERVIÇO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS**

1.ª Via - Contadoria  
2.ª Via - Secretaria  
3.ª Via - Servidor

R\$ \_\_\_\_\_

De conformidade com a Lei 80/89, solicito a liberação de ..... (.....) diária para:  
Servidor: .....  
Cargo ou Função: .....  
Localidade da Viagem: .....  
Dias Correspondentes: .....  
Justificativas da Viagem: .....

São Francisco de Assis, ..... de ..... de .....

.....  
Secretário da Administração

 **REQUISIÇÃO DE DIÁRIAS PARA VIAGENS A SERVIÇO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS**

1.ª Via - Contadoria  
2.ª Via - Secretaria  
3.ª Via - Servidor

R\$ \_\_\_\_\_

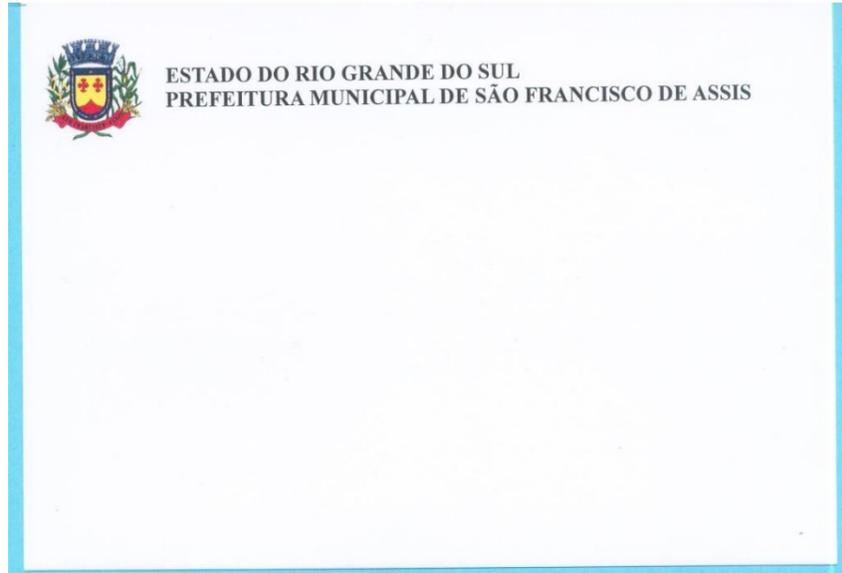
De conformidade com a Lei 80/89, solicito a liberação de ..... (.....) diária para:  
Servidor: .....  
Cargo ou Função: .....  
Localidade da Viagem: .....  
Dias Correspondentes: .....  
Justificativas da Viagem: .....

São Francisco de Assis, ..... de ..... de .....

.....  
Secretário da Administração



ANEXO 10







ANEXO 11  
VERSO 01

Averbações		
PORTARIA	ESPÉCIE	DATA

SALÁRIO FAMÍLIA								
Nome do Filho	Nascimento		Dados das Certidões			Obs.		
	Data	Localidade	Nº	Livro	Fls.	Data da Entrega	Baixa	Visto INSS.



ANEXO 11  
FRENTE 02

Férias					
Portaria	Dias	Início	Fim	Período Aquisitivo	OBSERVAÇÕES





ANEXO 12

**PREFEITURA MUNICIPAL  
DE  
SÃO FRANCISCO DE ASSIS**

**CONTROLE DO ALMOXARIFADO**

Peça ou Artigo				
Data	Fornecedor	Entrada	Saída	Estoque



ANEXO 13

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

Espécie do Material: \_\_\_\_\_  
Quantidade Solicitada: \_\_\_\_\_  
Destino do Material Requisitado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Recebi o Material em ..... de ..... de 20 .....

\_\_\_\_\_ Responsável pelo Almozarifado \_\_\_\_\_ Assinatura do Requirante

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

Espécie do Material: \_\_\_\_\_  
Quantidade Solicitada: \_\_\_\_\_  
Destino do Material Requisitado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Recebi o Material em ..... de ..... de 20 .....

\_\_\_\_\_ Responsável pelo Almozarifado \_\_\_\_\_ Assinatura do Requirante



ANEXO 14

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA  
AUTORIZAÇÃO DE ABASTECIMENTO

Nº 0051

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo  
o Sr. \_\_\_\_\_ a abastecer

Veículo \_\_\_\_\_ com combustível  Gasolina  
Placas \_\_\_\_\_  Diesel  
Km. \_\_\_\_\_  Diesel S-10

Horário do Abastecimento: \_\_\_\_\_

Assinatura do Autorizador

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

Declaro que abasteci o \_\_\_\_\_ com \_\_\_\_\_ litros

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

\_\_\_\_\_  
Servidor Autorizado

\_\_\_\_\_  
Resp. p/Abastecimento

OBS: COM O NOME NO BLOCO DA SECRETARIA SOLICITANTE.

ANEXO 15

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 fo(i)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.

ESPECIE	PESO KG	Nº DE VOLUMES	NATUREZA VOLUMES

NOTA FISCAL Nº: \_\_\_\_\_ SÉRIE: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_

Ponto da embalagem: \_\_\_\_\_ Remetente: \_\_\_\_\_  
 Marca ou letreiro: \_\_\_\_\_ Consignatário: \_\_\_\_\_  
 Estabelecimento de origem: \_\_\_\_\_ Embarcador: \_\_\_\_\_  
 Meio de Transporte: \_\_\_\_\_ Destino: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
NOME E CARIMBO



ANEXO 16

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA  
AUTORIZAÇÃO DE ABASTECIMENTO

Nº 0051

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo  
o Sr. \_\_\_\_\_ a abastecer

Veículo \_\_\_\_\_ com combustível  Gasolina  
Placas \_\_\_\_\_  Diesel  
Km. \_\_\_\_\_  Diesel S-10

Horário do Abastecimento: \_\_\_\_\_

Assinatura do Autorizador

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

Declaro que abasteci o \_\_\_\_\_ com \_\_\_\_\_ litros

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

Servidor Autorizado

Resp. p/Abastecimento

OBS: COM O NOME NO BLOCO DA SECRETARIA SOLICITANTE.

ANEXO 17

Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis  
CEMITÉRIO PÚBLICO  
CARNEIRAS

Carreira Nº \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Filiação \_\_\_\_\_  
Data da Inumação \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Carneiras: Grande   
Pequena   
Conhecimento Nº \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Renovações**  
Renovado em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ anos - Conhecimento Nº \_\_\_\_\_  
Vencimento em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Renovado em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ anos - Conhecimento Nº \_\_\_\_\_  
Vencimento em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Renovado em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ anos - Conhecimento Nº \_\_\_\_\_  
Vencimento em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Responsável \_\_\_\_\_  
Observações: \_\_\_\_\_



ANEXO 18



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

## RECEITA

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



ANEXO 19



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

**DESPESA**

DIA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

**Documentos Pagos Nesta Data**





ANEXO 23

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA  
AUTORIZAÇÃO DE ABASTECIMENTO

Nº 0051

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo

o Sr. \_\_\_\_\_ a abastecer

Veículo \_\_\_\_\_ com combustível  Gasolina

Placas \_\_\_\_\_  Diesel

Km. \_\_\_\_\_  Diesel S-10

Horário do Abastecimento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Autorizador

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

Declaro que abasteci o \_\_\_\_\_ com \_\_\_\_\_ litros

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

\_\_\_\_\_  
Servidor Autorizado

\_\_\_\_\_  
Resp. p/Abastecimento

OBS: COM O NOME NO BLOCO DA SECRETARIA SOLICITANTE.

ANEXO 24

Nº	NOMES	DISTRITO - DURANTE OS DIAS																															Observ.						
		PONTO DE OPERÁRIOS DIARISTAS NA ESTRADA															DE															Total Horas							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31					
1																																							
2																																							
3																																							
4																																							
5																																							
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							
11																																							
12																																							
13																																							
14																																							
15																																							
16																																							
17																																							
18																																							
19																																							

Fone: (65) 3251-1862

Secretário Municipal de Obras

Capataz de Turma

ANEXO 25

<p>PREFEITURA MUNICIPAL DE  SÃO FRANCISCO DE ASSIS  SECRETARIA MUNICIPAL  DE OBRAS  NÚCLEO MUNICIPAL DE  VIAÇÃO E TRANSPORTE</p>	<p>PREFEITURA MUNICIPAL DE  SÃO FRANCISCO DE ASSIS  SECRETARIA MUNICIPAL DE OBRAS  NÚCLEO MUNICIPAL DE VIAÇÃO E TRANSPORTE</p>	
<p>Nº 1851 Série A</p>	<p>Série A Nº 1851</p>	
<p><b>PASSAGEM DE ÔNIBUS URBANO</b></p>	<p><b>PASSAGEM DE ÔNIBUS URBANO</b></p>	
<p>Valor R\$ _____</p>	<p>Valor R\$ _____</p>	
<p>Data ____/____/____</p>	<p>Data ____/____/____</p>	



ANEXO 26



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.....

0206

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.....

0216

Secretária Municipal do Desenvolvimento Social



ANEXO 27

PREFEITURA MUNICIPAL  
São Francisco de Assis - RS  
Secretaria Municipal de Assistência Social Nº - 0098

**Solicitação para 2ª via de documento**

Solicito ao Ofício de Registros Públicos de São Francisco de Assis - RS, o fornecimento ao Sr(a) \_\_\_\_\_ nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, filho de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_, residente a Rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, o fornecimento de uma 2ª via do(s) seguinte(s) documento(s):

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

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

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL

PREFEITURA MUNICIPAL  
São Francisco de Assis - RS  
Secretaria Municipal de Assistência Social Nº - 0098

**Solicitação para 2ª via de documento**

Solicito ao Ofício de Registros Públicos de São Francisco de Assis - RS, o fornecimento ao Sr(a) \_\_\_\_\_ nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, filho de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_, residente a Rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, o fornecimento de uma 2ª via do(s) seguinte(s) documento(s):

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

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

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL



ANEXO 28

PREFEITURA MUNICIPAL  
SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
SECRETARIA MUN. DE DESENV. SOCIAL

AUTORIZAÇÃO Nº **0150**

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

SECRETARIA MUN. DE DESENV. SOCIAL

PREFEITURA MUNICIPAL  
SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
SECRETARIA MUN. DE DESENV. SOCIAL

AUTORIZAÇÃO Nº **0150**

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

SECRETARIA MUN. DE DESENV. SOCIAL



ANEXO 29

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA  
AUTORIZAÇÃO DE ABASTECIMENTO**

Nº 0051

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo

o Sr. \_\_\_\_\_ a abastecer

Veículo \_\_\_\_\_ com combustível  Gasolina

Placas \_\_\_\_\_  Diesel

Km. \_\_\_\_\_  Diesel S-10

Horário do Abastecimento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Autorizador

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

Declaro que abasteci o \_\_\_\_\_ com \_\_\_\_\_ litros

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

\_\_\_\_\_  
Servidor Autorizado

\_\_\_\_\_  
Resp. p/Abastecimento

OBS: COM O NOME NO BLOCO DA SECRETARIA SOLICITANTE.



ANEXO 30



## Conselho Tutelar dos Direitos da Criança e do Adolescente

Lei nº 8.069/90

---

---

Rua Gabriel Machado, 1931 - Fone: (55) 3252-1592  
CEP 97.610-000 - São Francisco de Assis - RS



ANEXO 31





REGISTRO SIMPLIFICADO DOS ATENDIMENTOS (CONTINUAÇÃO)					
N <sup>o</sup>	Data de Atendimento	N <sup>o</sup> de Ord	Descrição Sumária do Atendimento	Código	Nome do Técnico Responsável
4	—/—/—				
4	—/—/—				
4	—/—/—				
4	—/—/—				
4	—/—/—				
4	—/—/—				
4	—/—/—				
4	—/—/—				
4	—/—/—				
4	—/—/—				
5	—/—/—				
5	—/—/—				
5	—/—/—				
5	—/—/—				
5	—/—/—				
5	—/—/—				
5	—/—/—				
5	—/—/—				
5	—/—/—				
5	—/—/—				
6	—/—/—				
6	—/—/—				
6	—/—/—				
6	—/—/—				
6	—/—/—				
6	—/—/—				
6	—/—/—				
6	—/—/—				
6	—/—/—				
6	—/—/—				
6	—/—/—				
6	—/—/—				
6	—/—/—				



7	—/—/—			
7	—/—/—			
7	—/—/—			
7	—/—/—			
7	—/—/—			
7	—/—/—			
7	—/—/—			
7	—/—/—			
7	—/—/—			
7	—/—/—			
7	—/—/—			
8	—/—/—			

**Códigos auxiliares para Descrição Sumária dos Atendimentos:**

1- Atendimento socioassistencial individualizado; 2 - Atendimento em atividade coletiva de caráter continuado; 3 - Participação em atividade coletiva de caráter não continuado; 4 - Cadastramento/Atualização Cadastral; 5 - Acompanhamento de MSE; 6 - Solicitação/Concessão de Benefício Eventual ; 7 - Visita Domiciliar; 9 - Outros

**NOME DA PESSOA DE REFERÊNCIA NA FAMÍLIA:**

\_\_\_\_\_

**NºDOPRONTUÁRIO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **TIPO DE UNIDADE:** |\_|CRAS

|\_|CREAS

**NºDAUNIDADE:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**NOME DA UNIDADE:** \_\_\_\_\_



**REGISTRO SIMPLIFICADO DOS ATENDIMENTOS**

<b>Nº</b>	<b>Data de Atendimento</b>	<b>Nº de Ordem da</b>	<b>Descrição Sumária do Atendimento</b>	<b>Código</b>	<b>Nome do Técnico Responsável</b>
1	___/___/___				
2	___/___/___				
3	___/___/___				
4	___/___/___				
5	___/___/___				
6	___/___/___				
7	___/___/___				
8	___/___/___				
9	___/___/___				
1	___/___/___				
1	___/___/___				
1	___/___/___				
1	___/___/___				
1	___/___/___				
1	___/___/___				
1	___/___/___				
1	___/___/___				
1	___/___/___				
1	___/___/___				
2	___/___/___				
2	___/___/___				
2	___/___/___				
2	___/___/___				
2	___/___/___				
2	___/___/___				
2	___/___/___				
2	___/___/___				
2	___/___/___				
2	___/___/___				
2	___/___/___				
2	___/___/___				
2	___/___/___				
2	___/___/___				
2	___/___/___				
2	___/___/___				
3	___/___/___				
3	___/___/___				
3	___/___/___				
3	___/___/___				
3	___/___/___				
3	___/___/___				
3	___/___/___				
3	___/___/___				
3	___/___/___				
3	___/___/___				
3	___/___/___				
3	___/___/___				
3	___/___/___				
3	___/___/___				
3	___/___/___				
4	___/___/___				

---

**Códigos auxiliares para Descrição Sumária dos Atendimentos:**

**1-**Atendimentosocioassistencialindividualizado;**2-**Atendimentoematividadecoletivadecarátercontinuado;**3-**Participaçãematividadecoletivadecaráternão continuado;**4-**Cadastramento/AtualizaçãoCadastral;**5-**AcompanhamentodeMSE;**6-**Solicitação/ConcessãodeBenefícioEventual;**7-**VisitaDomiciliar;**9-**Outros

---

**PREZADO(A) PROFISSIONAL, LEIA COM ATENÇÃO ESTA PÁGINA**

**ANTES DE INICIAR O USO DESSE INSTRUMENTO**

**APÓS A LEITURA, DESTAQUE ESTA PÁGINA PARA FACILITAR O MANUSEIO DO PRONTUÁRIO**

O Prontuário SUAS é um instrumento técnico que tem como objetivo contribuir para a organização e qualificação do conjunto de informações necessárias ao diagnóstico, planejamento e acompanhamento do trabalho social realizado com as famílias/indivíduos. Permite aos profissionais da Unidade registrar as principais características da família e as ações realizadas com a mesma, preservando assim todo o histórico de relacionamento da família com os serviços da Unidade. A sua Unidade receberá o Manual de Instruções para utilização do Prontuário SUAS, leia-o com atenção e consulte-o sempre que achar necessário. As anotações realizadas no Prontuário devem ser efetuadas de forma gradativa, seguindo o fluxo próprio dos atendimentos no decorrer do processo de acompanhamento familiar. É importante notar que o aspecto central e mais importante desse instrumento é possibilitar o registro organizado de informações relativas ao processo de acompanhamento da família. Dessa maneira, o Prontuário é, sobretudo, um instrumento para realizar anotações sobre riscos, vulnerabilidades e potencialidades da família, e sobre o planejamento e evolução do processo de acompanhamento. Isso significa que esse instrumento nunca deve ser utilizado como um "questionário" a ser aplicado ao usuário. Toda informação anotada/registrada (inclusive dos campos fechados) deve ser fruto do processo natural de diálogo e de escuta qualificada que são próprios do trabalho social com as famílias.

Para as famílias já inseridas no Cadastro Único de Programas Sociais, algumas informações socioeconômicas do domicílio e das pessoas já foram coletadas por profissionais do próprio município, portanto sugere-se que o formulário do CadÚnico seja impresso e anexado ao Prontuário, dispensando assim a duplicação de esforços na obtenção e registro das mesmas informações. No caso de famílias que ainda não estejam cadastradas, mas que tenham perfil CadÚnico (renda familiar per capita até ½ salário mínimo, ou renda familiar total até 3 salários mínimos) deve-se sempre providenciar o cadastramento da mesma.

Por fim, lembre-se sempre de que esse Prontuário contém informações pessoais e sigilosas. As anotações e a leitura de seu conteúdo devem ser realizadas apenas pela equipe de referência da Unidade, e exclusivamente para as ações pertinentes ao atendimento e acompanhamento da família. Os Prontuários devem ser guardados em local seguro e de acesso restrito (armário ou arquivo com chave em sala que não seja de acesso público).





Data de abertura do prontuário: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA DE REFERÊNCIA E ENDEREÇO DA FAMÍLIA	
Nome Completo da Pessoa de Referência: _____                     Órgão: _____ UF:       Data de emissão: / /	
Endereço (Rua, Av.): _____ Domicílio:     Urbano     Rural <input type="checkbox"/> Assinale caso o endereço seja de um Abrigo	
<b>ATUALIZAÇÃO DO ENDEREÇO</b> Data de atualização: / / _____   PontodeReferência: _____ Telefone de Contato _____	

### FORMA DE INGRESSO NA UNIDADE E MOTIVO DO PRIMEIRO ATENDIMENTO

De que forma a família (ou membro da família) acessou a Unidade para o primeiro atendimento?

- Por demanda espontânea
- Em decorrência de Busca Ativa realizada pela equipe da unidade
- Em decorrência de encaminhamento realizado por outros serviços/unidades da Proteção Social Básica
- Em decorrência de encaminhamento realizado por outros serviços/unidades da Proteção Social Especial
- Em decorrência de encaminhamento realizado pela área de Saúde
- Em decorrência de encaminhamento realizado pela área de Educação
- Em decorrência de encaminhamento realizado por outras políticas setoriais
- Em decorrência de encaminhamento realizado pelo Conselho Tutelar
- Em decorrência de encaminhamento realizado pelo Poder Judiciário
- Em decorrência de encaminhamento realizado pelo Sistema de Garantia de Direitos (Defensoria Pública, Ministério Público, Delegacias)
- Outros encaminhamentos

1

Sempre que o acesso for decorrente de algum encaminhamento, identifique detalhadamente o Nome e Contato do órgão/unidade que encaminhou o usuário: \_\_\_\_\_

Quais as razões, demandas ou necessidades que motivaram este primeiro atendimento?

---

---

---

---

---

||BolsaFamília | |BPC | |PETI | | Outro(s) Programa(s)prioritário(s): \_\_\_\_\_

---

COMPOSIÇÃO FAMILIAR		Data da primeira anotação: ___/___/___			Atualização: ___/___/___		Atualização: ___/___/___	
Nº de	Nome Completo (Sempre começar a lista pela Pessoa de Referência)	S e	Data de Nascimento	Idade	* Parentesco com a pessoa de Referência	Assinale em caso	** Assinale caso seja identificadaneecessidad e de providenciar documentação civil da	
1		( ) ) F	___/___/___			(	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>	
2		( ) ) F	___/___/___			(	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>	
3		( ) ) F	___/___/___			(	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>	
4		( ) ) F	___/___/___			(	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>	
5		( ) ) F	___/___/___			(	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>	
6		( ) ) F	___/___/___			(	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>	
7		( ) ) F	___/___/___			(	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>	
8		( ) ) F	___/___/___			(	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>	
9		( ) ) F	___/___/___			(	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>	
1		( ) ) F	___/___/___			(	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>	
1		( ) ) F	___/___/___			(	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>	
1		( ) ) F	___/___/___			(	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>	
1		( ) ) F	___/___/___			(	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>	
1		( ) ) F	___/___/___			(	<input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>	

\* **Códigos de Parentesco:** **1** - Pessoa de Referência; **2** - Cônjuge/ companheiro(a); **3** - Filho(a); **4** - Enteado(a); **5** - Neto(a), Bisneto(a); **6** - Pai/ Mãe; **7** - Sogro(a); **8** - Irmão/irmã; **9** - Genro/Nora; **10** - Outro parente; **11** - Não parente

**Atenção:** Caso necessite excluir uma pessoa da composição familiar (separação/divisão da família, óbito etc) marque um " X" sobre o número de ordem e realize na página ao lado as observações relativas à data e motivo da exclusão.

Faixas Etárias	Qtd. de Pessoas	Qtd. de Pessoas (Atualização)	Qtd. de Pessoas (Atu)
Pessoas de 0 a 6 anos			
Pessoas de 7 a 14 anos			
Pessoas de 15 a 17 anos			
Pessoas de 18 a 29 anos			
Pessoas de 30 a 59 anos			
Pessoas de 60 a 64 anos			
Pessoas de 65 a 69 anos			
Pessoas com 70 anos ou			
<b>Total de Pessoas na Família</b>			

**Especificidades sociais, étnicas ou culturais da família**

- Família/pessoa em situação de rua
- Família quilombola
- Família ribeirinha
- Família cigana
- Família indígena residente em aldeia/reserva  
Especifique o povo/etnia: \_\_\_\_\_
- Família indígena **não residente** em aldeia/reserva  
Especifique o povo/etnia: \_\_\_\_\_
- Outras: \_\_\_\_\_



## COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Outras observações referentes ao diagnóstico da composição familiar

*(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)*



CONDIÇÕES HABITACIONAIS DA FAMÍLIA		
características do domicílio	marque o item	utilize para atualização do
<b>a. Tipo de residência</b>		
Própria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alugada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cedida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocupada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Material das paredes externas do domicílio</b>		
Alvenaria ou madeira aparelhada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madeira aproveitada, taipa ou outros materiais precários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. Acesso a energia elétrica</b>		
Sim, com Medidor próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, com Medidor compartilhado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, sem medidor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não possui energia elétrica no domicílio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d. Possui água canalizada</b>		
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e. Forma de abastecimento de água</b>		
Rede geral de distribuição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poço ou nascente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cisterna de captação de águas de chuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carro pipa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra forma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>f. Escoamento sanitário</b>		
Rede coletora de esgoto ou pluvial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fossa séptica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fossa rudimentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Direto para vala, rio, lago ou mar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domicílio sem banheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>g. Coleta de lixo</b>		
Sim, coleta direta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, coleta indireta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não possui coleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4 h. Qual o número total de cômodos do domicílio</b>		
Número de Cômodos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>i. Qual o nº de cômodos utilizados como dormitório</b>		
Número de dormitórios	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>j. Quanto é o nº de pessoas do domicílio dividido pelo nº de dormitórios ?</b>		
Número médio de pessoas por dormitório	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>k. O domicílio possui acessibilidade para pessoas com dificuldade de locomoção?</b>		
Sim, tanto nos espaços internos como na comunicação com a rua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, apenas nos espaços internos, mais possui "barreiras" na comunicação com a rua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não possui condições de acessibilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>l. O domicílio está localizado em área de risco de desabamento ou alagamento?</b>		
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>m. O domicílio está localizado em área de difícil acesso geográfico?</b>		
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>n. O domicílio está localizado em área com forte presença de conflito/violência?</b>		
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data da Anotação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## CONDIÇÕES HABITACIONAIS DA FAMÍLIA

Outras observações referentes ao diagnóstico das condições habitacionais da família

*(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)*

CONDIÇÕES EDUCACIONAIS DA FAMÍLIA				Data da primeira anotação: ___/___/___			Data de Atualização: ___/___/___			Data de Atualização: ___/___/___		
Nº de	Primeiro Nome (Liste as pessoas obedecendo sempre o mesmo nº de ordem)	Idade	Saber e escrever?	Frequenta escola atualmente?			Escolaridade (Última série concluída com aprovação)			Códigos de escolaridade		
				1ª Anotação	Atualização	Atualização						
1			( ) ( ) C: N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5						
2			( ) ( ) C: N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5						
3			( ) ( ) C: N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5						
4			( ) ( ) C: N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5						
5			( ) ( ) C: N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5						
6			( ) ( ) C: N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5						
7			( ) ( ) C: N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5						
8			( ) ( ) C: N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5						
9			( ) ( ) C: N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5						
1			( ) ( ) C: N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5						
1			( ) ( ) C: N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5						
1			( ) ( ) C: N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5						
1			( ) ( ) C: N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5						
1			( ) ( ) C: N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5	( ) Sim ( ) N5						

00 - Nunca frequentou escola  
 01- Creche  
 02 - Educação Infantil  
 11- 1ºanoE.Fundamental  
 12- 2ºanoE.Fundamental  
 13- 3ºanoE.Fundamental  
 14- 4ºanoE.Fundamental  
 15- 5ºanoE.Fundamental  
 16- 6ºanoE.Fundamental  
 17- 7ºanoE.Fundamental  
 18- 8ºanoE.Fundamental

Identificação de Vulnerabilidade Educacional			
Faixas Etárias	Qtd. de	Qtd. de Pessoas	Qtd. de Pessoas (Atual)
Qtd. de pessoas entre 0 e 5 anos que não estão frequentando escola ou creche			
Qtd. de pessoas entre 06 e 14 anos que não estão frequentando escola			
Qtd. de pessoas entre 15 e 17 anos que não estão frequentando escola			
Qtd. de pessoas entre 10 e 17 anos que não sabem ler/escrever			
Qtd. de pessoas entre 18 e 59 anos que não sabem ler/escrever			
Qtd. de pessoas com 60 anos ou mais que não sabem ler/escrever			

Anotações sobre o descumprimento de condicionalidade de educação no Programa Bolsa Família				
Nº de Ordem	Data da ocorrência (Mês/Ano)	Efeito * (Código)	Solicitada suspensão do efeito?	* Códigos para os Efeitos gerados por descumprimento de Condicionalidades
	___/___		( ) Sim ( )	1. Advertência 2. Bloqueio 3. Suspensão 4. Cancelamento
	___/___		( ) Sim ( )	
	___/___		( ) Sim ( )	
	___/___		( ) Sim ( )	
	___/___		( ) Sim ( )	
	___/___		( ) Sim ( )	
	___/___		( ) Sim ( )	



### CONDIÇÕES EDUCACIONAIS DA FAMÍLIA

Outras observações referentes ao diagnóstico das condições educacionais da família

*(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)*

Blank lined area for notes.



**CONDIÇÕES DE TRABALHO E RENDIMENTOS DA FAMÍLIA**

Data da primeira anotação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Data de Atualização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Data de Atualização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nº de Ord	Primeiro Nome (Liste as pessoas obedecendo sempre em ordem)	Idade	Possui Carteira de Trabalho?	Condição de Ocupação 1ª Anotação    Atualização	Possui qualificação profissional?	Casosim, qual?	Renda Mensal (R\$) Aqui não devem ser considerados recursos recebidos de Programas Sociais, tais como BPC ou Bolsa Família
1			( ) ( ) C: Não				
2			( ) ( ) C: Não				
3			( ) ( ) C: Não				
4			( ) ( ) C: Não				
5			( ) ( ) C: Não				
6			( ) ( ) C: Não				
7			( ) ( ) C: Não				
8			( ) ( ) C: Não				
9			( ) ( ) C: Não				
1			( ) ( ) C: Não				
1			( ) ( ) C: Não				
1			( ) ( ) C: Não				
1			( ) ( ) C: Não				
1			( ) ( ) C: Não				

**códigos da condição de ocupação:**

0-Não Trabalha; 1-Trabalhador por conta própria (bico, autônomo); 2-Trabalhador temporário em área rural; 3-Empregado sem carteira de trabalho assinada; 4-Empregado com carteira de trabalho assinada; 5-Trabalhador doméstico sem carteira de trabalho assinada; 6-Trabalhador doméstico com carteira de trabalho assinada; 7-Trabalhador não-

**Renda total da família:** (Sem considerar a renda recebida de programas sociais)      |\_\_| Outros      - Valor R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_

R\$ \_\_\_\_\_      Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ / R\$ \_\_\_\_\_

**Renda familiar per capita** (Sem considerar a renda recebida de programas sociais)

R\$ \_\_\_\_\_      Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ / R\$ \_\_\_\_\_

**A família recebe dinheiro de algum Programa Social?**

|\_\_| Não    |\_\_| Sim    Atualizações: ( ) S    ( ) N    /    ( ) S    ( ) N

**Anote o valores recebidos pela família por meio de Programas Sociais**

|\_\_| Bolsa Família - Valor: R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_

|\_\_| BPC      - Valor: R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_

|\_\_| PETI      - Valor: R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_

**Para famílias que recebem o BPC, indique o número de ordem da(s) pessoa(s) beneficiária(s):**

Nº de Ordem da(s) pessoa(s): \_\_\_\_\_

**Algum membro da família é aposentado ou pensionista?**

Não  Sim. Se sim, indique o nº de ordem da(s) pessoa(s): \_\_\_\_\_

**Qual a renda total da família, incluído o valor recebido de programassociais?**

R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ / R\$ \_\_\_\_\_

**Qual a Renda familiar per capita, incluído o valor recebido de programassociais?**

R\$ \_\_\_\_\_ Atualizações: R\$ \_\_\_\_\_ / R\$ \_\_\_\_\_

**Atenção! Fique atento para identificar famílias potencialmente elegíveis aos programas de transferência de renda e que ainda não recebem o benefício ao qual têm direito. Observe sempre as regras específicas de cada Programa/Benefício.**



## CONDIÇÕES DE TRABALHO E RENDIMENTOS DA FAMÍLIA

Outras observações referentes ao diagnóstico das condições de trabalho e rendimentos da família

*(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)*

Importante! Para uma melhor avaliação da condição econômica da família, é necessário que além da renda, você conheça também os principais gastos/despesas da família, especialmente despesas com aluguel e com medicamentos de uso contínuo.

## coNdições de tRabalHo e ReNdimeNtos da família



Caso haja presença de pessoa com deficiência na família, preencha o quadro abaixo:

Nº de Ordem	Primeiro Nome	*Tipo(s) de	Necessita de cuidados constantes de	Quem é o responsável pelo cuidado
			( ) ( )	
			( ) ( )	
			( ) ( )	
			( ) ( )	
			( ) ( )	

**\* tipos de deficiência:**  
**1** - Cegueira; **2** - Baixa Visão; **3** - Surdez severa/profunda; **4** - Surdez leve/moderada; **5** - Deficiência física; **6** - Deficiência mental ou intelectual; **7** - Síndrome de Down; **8** - Transtorno/doença mental.

A família possui algum integrante que, devido ao envelhecimento ou à doença, necessita de cuidados constantes de outra pessoa para realizar atividades básicas, tais como, tomar banho, alimentar-se, ficar só em casa, locomover-se dentro de casa etc.?

|| Não | | Sim.

Caso sim, registre o Nº de Ordem e/ou nome(s) da(s) pessoa(s): \_\_\_\_\_ Quem é responsável? \_\_\_\_\_

A família declara, ou fornece indícios, de que vivencia situação de insegurança alimentar devido a insuficiência de alimentos?

|| Não | | Sim. (Data da anotação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

Algum membro da família é portador de alguma doença grave?

|| Não | | Sim. Casosim, registre o Nº de Ordem e/ou nome(s) da(s) pessoa(s) e o(s) tipo(s) de doença(s): \_\_\_\_\_

Algum membro da família faz uso de remédios controlados (tarja preta) para transtornos mentais?

|| Não | | Sim. Casosim, registre o Nº de Ordem e/ou nome(s) da(s) pessoa(s): \_\_\_\_\_

Algum membro da família faz uso abusivo de álcool? (Data da anotação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

|| Não | | Sim. Casosim, registre o Nº de Ordem e/ou nome da(s) pessoa(s): \_\_\_\_\_

Algum membro da família faz uso abusivo de crack ou outras drogas (cocaína, maconha etc)? (Data da anotação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

/ \_\_\_\_\_  
 / \_\_\_\_\_  
 ) \_\_\_\_\_

|| Não | | Sim. Casosim, registre o Nº de Ordem e/ou nome(s) da(s) pessoa(s) e o(s) tipo(s) de substância(s): \_\_\_\_\_

Registre a presença de gestante(s) na família:

Nº de	Primeiro Nome	Quantos meses de	Já iniciou Pr	Data da anotação
			( ) Sim ( )	___/___/___
			( ) Sim ( )	___/___/___
			( ) Sim ( )	___/___/___
			( ) Sim ( )	___/___/___
			( ) Sim ( )	___/___/___
			( ) Sim ( )	___/___/___

Anotações sobre descumprimento de condicionalidades de saúde no Programa Bolsa Família



## condições de trabalho e rendimentos da família

Sempre que possível, identifique e registre nessa página a Unidade Básica de Saúde que referencia esta família e nome do Agente Comunitário de Saúde que costumava visitá-la. Essa informação pode ser útil para futuras trocas de informações intersetoriais no nível local.







## CONVIVENCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA

Há quantos anos a família mora neste estado: | | anos ( ) a família sempre morou no estado

Há quantos anos a família mora no município: | | anos ( ) a família sempre morou no município

Há quantos anos a família mora no bairro atual: | | anos ( ) a família sempre morou no mesmo bairro

A família, ou algum de seus membros, é vítima de ameaças ou de discriminação na comunidade onde reside?

|| Sim | | Não *Caso sim, utilize a página aoladoparaanotar as informações que sejam relevantes.*

A família possui parentes que residam próximo ao seu local de moradia e que constituam rede de apoio e solidariedade?

|| Sim | | Não *Caso sim, utilize a página aoladocaso queira anotar o nome, parentes e contato destes parentes mais próximos.*

A família possui vizinhos que constituam rede de apoio e solidariedade?

|| Sim | | Não *Caso sim, utilize a página aoladocaso queira anotar o nome e contato de algum vizinho mais próximo.*

A família, ou algum de seus membros, participa de grupos religiosos, comunitários ou outros grupos/instituições que constituam rede de apoio e solidariedade?

|| Sim | | Não *Caso sim, utilize a página aoladoparaanotar as informações que sejam relevantes.*

A família, ou algum de seus membros, participa de movimentos sociais, sindicatos, organizações comunitárias, Conselhos ou quaisquer outras ações ou instituições voltadas para organização política e defesa de interesses coletivos?

|| Sim | | Não *Caso sim, utilize a página aoladoparaanotar as informações que sejam relevantes.*

Existe alguma criança ou adolescente do grupo familiar que não tem acesso a atividades de lazer, recreação e convívio social?

|| Sim | | Não || *Não se aplica (família sem criança/adolescente)*

Existe algum idoso do grupo familiar que não tem acesso a atividades de lazer, recreação e convívio social?

|| Sim | | Não || *Não se aplica (família sem idoso)*

Há pessoas dependentes (crianças, idosos dependentes ou pessoas com deficiência) que permanecem períodos do dia em casa sem a companhia de um adulto?

|| Sim | | Não *Caso sim, utilize a página aoladoparaanotar as informações que sejam relevantes.*

### Relações de Convivência Intrafamiliares \*

Percepção/Avaliação do técnico sobre as <b>relações conjugais</b> na família, se for o caso	Nome do Técnico	Data (Mês/A)
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___
Percepção/Avaliação do técnico sobre as <b>relações entre pais/responsáveis e os filhos</b> inclusive entre o padrasto ou madrasta com o(s) enteado(s), se for o caso	Nome do Técnico	Data (Mês/A)
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___
Percepção/Avaliação do técnico sobre as <b>relações entre os irmãos</b> , se for o caso	Nome do Técnico	Data (Mês/A)
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___
( ) Conflituoso, com violência ( ) Conflituoso, sem violência ( ) Sem conflitos relevantes		___/___

14

**coNvivêNcia familiaR e comuNitáRia**

*\* A descrição ou detalhamento dos conflitos intrafamiliares, quando pertinente, poderá ser realizada na página ao lado.*

Indique se há relações conflituosas envolvendo outros indivíduos que residam no domicílio?

|| Sim, com presença de violência. Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações relevantes.

|| Sim, sem presença de violência. Caso sim, utilize a página ao lado para anotar as informações relevantes.

|| Não há conflitos relevantes envolvendo outros indivíduos que residam no domicílio.



## CONVIVENCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA

Outras observações referentes ao diagnóstico das condições de convivência familiar e comunitária

*(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)*



**PARTICIPAÇÃO EM SERVIÇOS, PROGRAMAS OU PROJETOS QUE CONTRIBUAM PARA O DESENVOLVIMENTO DA CONVIVÊNCIA COMUNITÁRIA E PARA O FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS**

Registre a participação de membros da família em serviços, programas ou projetos que contribuam para o desenvolvimento da convivência comunitária e para o fortalecimento de vínculos.

N	Nº de Ordem	Primeiro Nome da Pessoa	Serviço, Programa	Unidade de Realização	Data de Ingresso	Data de Desligamento	* Códigos para Serviços, Programas ou Projetos
1					___/___	___/___	<b>1.</b> Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para <b>crianças e/ou adolescentes</b> <b>2.</b> Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para <b>Idosos</b> <b>3.</b> Grupo específico desenvolvido pelo <b>PAIF</b> <b>4.</b> Grupo específico desenvolvido pelo <b>PAEFI</b> <b>5.</b> Programas ou projetos específicos da Assistência Social que não configurem serviços continuados
2					___/___	___/___	
3					___/___	___/___	
4					___/___	___/___	
5					___/___	___/___	
6					___/___	___/___	
7					___/___	___/___	
8					___/___	___/___	
9					___/___	___/___	
1					___/___	___/___	
1					___/___	___/___	
1					___/___	___/___	
1					___/___	___/___	
1					___/___	___/___	
1					___/___	___/___	

**\*\* Códigos para a Unidade de Realização do respectivo Serviço, Programa ou Projeto:**  
**1** - Nesta própria Unidade; **2** - Em outra Unidade Pública da rede Socioassistencial; **3** - Em unidade/entidade privada da rede socioassistencial;

**Outras observações referentes à participação de membros da família em Serviços programas ou projetos que contribuam para o desenvolvimento da convivência comunitária e para o fortalecimento de vínculos** (Atenção! Toda a anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)

Importante! Utilize o espaço de anotações para registrar de forma precisa os dados e contatos referentes à unidade de realização do serviço, programa ou projeto, sempre que o mesmo não for realizado nesta própria Unidade.

**Participação em serviços, programas ou projetos que contribuem para o desenvolvimento da convivência comunitária e para o fortalecimento de vínculos**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**PARTICIPAÇÃO EM SERVIÇOS, PROGRAMAS OU PROJETOS QUE CONTRIBUAM PARA O DESENVOLVIMENTO**

**DA CONVIVÊNCIA COMUNITÁRIA PARA O FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS**

**Outras observações referentes à participação de membros da família em Serviços programas ou projetos que contribuam para o desenvolvimento da convivência comunitária para o fortalecimento de vínculos** (Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)

**Participação em serviços, programas ou projetos que contribuam para o desenvolvimento da convivência comunitária e para o fortalecimento de vínculos**



SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA E VIOLAÇÕES DE DIREITOS

QUADRO 1 Histórico de situações de violência e violações de direitos vivenciadas pela família				
Situação	A situação persiste	Data da Anotação	(ATUALIZAÇÃO) A situação	(ATUALIZAÇÃO) Data da
Trabalho Infantil	( ) ( )	___/___	( ) ( )	___/___
Exploração Sexual	( ) ( )	___/___	( ) ( )	___/___
Abuso/Violência Sexual	( ) ( )	___/___	( ) ( )	___/___
Violência Física	( ) ( )	___/___	( ) ( )	___/___
Violência Psicológica	( ) ( )	___/___	( ) ( )	___/___
Negligência contra idoso	( ) ( )	___/___	( ) ( )	___/___
Negligência contra criança	( ) ( )	___/___	( ) ( )	___/___
Negligência contra PCD	( ) ( )	___/___	( ) ( )	___/___
Trajetória de Rua	( ) ( )	___/___	( ) ( )	___/___
Tráfico de Pessoas	( ) ( )	___/___	( ) ( )	___/___
Violência Patrimonial contra Idoso ou	( ) ( )	___/___	( ) ( )	___/___
Outra: _____	( ) ( )	___/___	( ) ( )	___/___

QUADRO 2 - EXCLUSIVO PARA UTILIZAÇÃO PELO CRAS Caso família esteja, ou já tenha estado, sob o acompanhamento de um CREAS, registre o período em que isso ocorreu ou o CREAS que realizou o acompanhamento		
Data Início	Data Final (Mês/Ano)	Identificação do CREAS
___/___	___/___	
___/___	___/___	
___/___	___/___	
___/___	___/___	

18

QUADRO 3 - EXCLUSIVO PARA UTILIZAÇÃO DO CRAS Registro obrigatório de situações de violência e violações de direitos identificadas no grupo familiar				
<p>Utilize este Quadro para registrar situações de violência e/ou violação de direitos, atuais ou recentes, ocorridas com membros da família. Estas situações podem ser detectadas pelo profissional do CREAS durante o atendimento da família/indivíduo, ou já serem de conhecimento prévio, no caso em que constituem razão pela qual a família foi incluída em acompanhamento pelo PAEFI.</p>				
Nº de Ordem da pessoa	* Código das Situações	Indício ou Confirmada	Data do Registro (mês/ano)	* Código de Situações
		( ) ( )	___/___	1. Violência Física 2. Violência Psicológica 3. Exploração Sexual 4. Abuso/Violência Sexual 5. Negligência ou Abandono 6. Trabalho Infantil 7. Trajetória de Rua 8. Tráfico de Pessoas 9. Discriminação por orientação sexual 10. Violência Patrimonial contra Idoso ou PCD 99. Outra
		( ) ( )	___/___	
		( ) ( )	___/___	
		( ) ( )	___/___	
		( ) ( )	___/___	
		( ) ( )	___/___	
		( ) ( )	___/___	
		( ) ( )	___/___	
		( ) ( )	___/___	
		( ) ( )	___/___	
<p>Tod o registro incluído neste quadro deve ser transposto e identificado da pessoa para o Mapa Consolidado de Registros Obrigatórios deste CREAS. Além disso, o profissional deve ficar atento para a sua responsabilidade de notificar os Órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e preencher a Ficha de Notificação nos casos em que for pertinente.</p>				



## SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA E VIOLAÇÕES DE DIREITOS

Outras observações referentes ao diagnóstico de violência e violações de direitos

*(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)*

## situações de violêNcia e violações dediReitos



## HISTÓRICO DE CUMPRIMENTO DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS

Histórico de Aplicação de Medidas Socioeducativas para Adolescentes

Nº	Nº de Ordem	Primeiro Nome	*Tipo de Medida	Número do Processo	Data de Início	Data de Fim (Mês/Ano)	*Códigos dos Tipos de Medida Socioeducativa
1					__/__/__	__/__/__	<b>1-</b> Liberdade Assistida (LA) <b>2-</b> Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) <b>3-</b> Advertência <b>4-</b> Obrigação de Reparar o Dano <b>5-</b> Semi-Liberdade <b>6-</b> Internação
2					__/__/__	__/__/__	
3					__/__/__	__/__/__	
4					__/__/__	__/__/__	
5					__/__/__	__/__/__	
6					__/__/__	__/__/__	
7					__/__/__	__/__/__	
8					__/__/__	__/__/__	
9					__/__/__	__/__/__	
10					__/__/__	__/__/__	

Caso o adolescente esteja cumprindo medidas socioeducativas de LA ou PSC, registre se e como foi, ou está sendo, acompanhado pelo CREAS.

Nº	Nº de Ordem	Acompanhado pelo CREAS	Data da Anotação	Observação
1		( ) Não	__/__/__	
2		( ) Não	__/__/__	
3		( ) Não	__/__/__	
4		( ) Não	__/__/__	
5		( ) Não	__/__/__	
6		( ) Não	__/__/__	
7		( ) Não	__/__/__	
8		( ) Não	__/__/__	
9		( ) Não	__/__/__	
10		( ) Não	__/__/__	

Caso esteja cumprindo medida socioeducativa de PSC registre os contatos relativos ao local de prestação do serviço e do orientador responsável:

**Histórico de cumPRimeNto de medias socioeducativas**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## HISTÓRICO DE CUMPRIMENTO DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS

Outras observações referentes ao histórico de cumprimento de medidas socioeducativas

*As anotações relativas ao processo de acompanhamento do adolescente em cumprimento de Medida Socioeducativa pelo CREAS devem ser registradas no bloco Planejamento e Evolução do Acompanhamento Familiar*

*(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)*



## HISTÓRICO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL OU FAMILIAR

Utilize o quadro abaixo para registrar eventuais situações de acolhimento institucional vivenciadas por algum membro do grupo familiar, sejam situações atuais ou ocorridas no passado.

Histórico de acolhimento:					
Nº	Nº de Ordem	Primeironome	Período do		Motivo
			Data de Início	Data de Fim	
1			--/--	--/--	
2			--/--	--/--	
3			--/--	--/--	
4			--/--	--/--	
5			--/--	--/--	
6			--/--	--/--	
7			--/--	--/--	
8			--/--	--/--	
9			--/--	--/--	
1			--/--	--/--	
1			--/--	--/--	
1			--/--	--/--	
1			--/--	--/--	
1			--/--	--/--	
1			--/--	--/--	
1			--/--	--/--	

Sempre que possível, identifique e registre na página ao lado a instituição na qual a pessoa foi acolhida

Caso grupo familiar, em seu conjunto, já tenha vivenciado alguma situação de acolhimento institucional (abrigo) decorrente da perda, temporária ou definitiva do domicílio, quer em função de catástrofe natural ou de fatalidade pessoal, registre o período em que o fato ocorreu e o motivo/fato que levou ao acolhimento:

---

---

Caso algum criança/adolescente da família esteja, ou já tenha estado, sob guarda (legal ou informal) de outra pessoa não residente no domicílio (família extensa, amigos, patrões etc), registre o período em que o fato ocorreu, a razão pela qual ocorreu, a pessoa que esteve com a guarda e o nome ou número de ordem da criança/adolescente.

## Histórico de acolhimento institucional ou familiar

---

---

---

---

---

Outras situações de afastamento do convívio familiar:

|| Assinale caso a família possua algum membro adulto (pais ou filhos) em instituição prisional.

|| Assinale caso a família possua algum membro adolescente cumprindo medida socioeducativa de internação.





## PLANEJAMENTO E EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Registro de Ingresso e de Desligamento da Família ou Indivíduo no Acompanhamento do PAIF ou PAEFI

Assinale o	Data de Ingresso	Assinale o	Data de Desligamento	*Razão do	* Códigos de Razões para
	—/—/—		—/—/—		<b>1 -</b> Avaliação técnica <b>2 -</b> Evasão ou recusada Família <b>3 -</b> Mudança de
	—/—/—		—/—/—		
	—/—/—		—/—/—		
	—/—/—		—/—/—		

### PLANEJAMENTO INICIAL:

O planejamento inicial deve ser elaborado de forma dialogada com a família/indivíduo e considerar de forma particularizada as necessidades e as potencialidades de cada família. Nele se identificam os objetivos a serem perseguidos e as possíveis ações e estratégias para alcançá-los. Embora não deva ser encarado de forma rígida, o planejamento inicial ajuda a orientar o trabalho a ser desenvolvido com a família/indivíduo e a avaliar sua evolução.

*(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Planejamento e evolução do acompanhamento familiar

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## Planejamento e evolução do acompanhamento familiar



EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Entende-se por **evolução do acompanhamento familiar** todo o processo que se segue ao contato inicial com a família/indivíduo, por meio do qual o profissional aprofunda seu conhecimento sobre a realidade específica daquela família, planeja e realiza ações para alcançar determinados objetivos e avalia os resultados alcançados.

Este espaço do Prontuário é destinado às anotações qualitativas sobre aspectos importantes da vida familiar que venham a ser identificados durante o processo de acompanhamento. Deve, também, ser utilizado para anotações pertinentes aos procedimentos e atividades desenvolvidas com a família para a avaliação dos resultados obtidos.

*(Atenção! Toda anotação incluída neste espaço deve ser precedida de data, nome e função do profissional responsável pela mesma)*



## Planejamento e evolução do acompanhamento familiar



## Planejamento e evolução do acompanhamento familiar



## Planejamento e evolução do acompanhamento familiar



## Planejamento e evolução do acompanhamento familiar



## Planejamento e evolução do acompanhamento familiar



## Planejamento e evolução do acompanhamento familiar



## Planejamento e evolução do acompanhamento familiar



## Planejamento e evolução do acompanhamento familiar



## Planejamento e evolução do acompanhamento familiar



EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

A series of horizontal lines for writing.

## Planejamento e evolução do acompanhamento familiar

## PLANEJAMENTO E EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

### REGISTRO SINTÉTICO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

A Avaliação de Resultados do Acompanhamento Familiar pode ser realizada a qualquer momento, a critério do profissional responsável. Entretanto, recomenda-se que o registro sintético da avaliação de resultados seja preenchido, no mínimo, uma vez a cada seis meses durante o período de acompanhamento; e obrigatoriamente, sempre que houver o desligamento de um familiar do PAIF ou PAEFI.

A Avaliação de Resultados deve ser realizada com a participação da família acompanhada (ou indivíduo), e a avaliação do profissional também deve considerar as opiniões e percepções da própria família (ou indivíduo). Deve, ainda, haver especial atenção com a identificação dos fatores que contribuíram, ou que dificultaram, o alcance dos resultados esperados.

**Nome do Profissional Responsável:** \_\_\_\_\_ **Data da Avaliação:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ **Número de meses que a família está sendo acompanhada:** |\_\_| |\_\_| meses

Foram efetivamente disponibilizadas para a família/indivíduo todas as ofertas de Assistência Social (em termos de serviços, benefícios, programas e projetos) cuja necessidade havia sido identificada pelo profissional?

Sim       Parcialmente       Não

Em relação aos encaminhamentos da família/indivíduo para as demais políticas, houve atendimento efetivo e resolutivo por parte da área que recebeu o(s) encaminhamento(s)?

Sim       Parcialmente       Não       Não se aplica, pois não houve necessidade de encaminhamentos para outra área

A família reconhece o Serviço de Acompanhamento como algo que contribui para a superação ou enfrentamento dos seus problemas e dificuldades e deseja continuar recebendo a atenção deste Serviço?

Sim       Parcialmente       Não

Como você classifica os resultados obtidos, até o presente momento, no que se refere à ampliação da capacidade de enfrentamento ou superação das condições de vulnerabilidade e/ou risco social e pessoal por parte da família/indivíduo?

Houve um agravamento/piora em relação à situação inicial da família/indivíduo

A situação atual é equivalente à situação inicial, sem avanços identificáveis

Houve avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades

Houve significativo avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades, justificando-se o desligamento do acompanhamento sistemático, sempre juízo da eventual permanência da família ou indivíduo em outros programas, projetos, serviços ou benefícios da Assistência Social.

Registre, descritivamente, os principais resultados alcançados, bem como fatores que contribuíram ou dificultaram o alcance dos resultados:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Planejamento e evolução do acompanhamento familiar



## PLANEJAMENTO E EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

### REGISTRO SINTÉTICO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Nome do Profissional Responsável: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

da Avaliação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Número de meses que a família está sendo acompanhada: |\_|\_| meses

Foram efetivamente disponibilizadas para a família/indivíduo todas as ofertas de Assistência Social (em termos de serviços, benefícios, programas e projetos) cuja necessidade havia sido identificada pelo profissional?

Sim           Parcialmente           Não

Em relação aos encaminhamentos da família/indivíduo para as demais políticas, houve atendimento efetivo e resolutivo por parte da área que recebeu o(s) encaminhamento(s)?

Sim           Parcialmente           Não           Não se aplica, pois não houve necessidade de encaminhamentos para outra área

A família reconhece o Serviço de Acompanhamento como algo que contribuiu para a superação ou enfrentamento dos seus problemas e dificuldades e deseja continuar recebendo a atenção deste Serviço?

Sim           Parcialmente           Não

Como você classifica os resultados obtidos, até o presente momento, no que se refere à ampliação da capacidade de enfrentamento ou superação das condições de vulnerabilidade e/ou risco social e pessoal por parte da família/indivíduo?

Houve um agravamento/piora em relação à situação inicial da família/indivíduo

A situação atual é equivalente à situação inicial, sem avanços identificáveis

Houve avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades

Houve significativo avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades, justificando-se o desligamento do acompanhamento sistemático, sempre juízo da eventual permanência da família ou indivíduo em outros programas, projetos, serviços ou benefícios da Assistência Social.

Registre, descritivamente, os principais resultados alcançados, bem como fatores que contribuíram ou dificultaram o alcance dos resultados:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Planejamento e evolução do acompanhamento familiar



## PLANEJAMENTO E EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

### REGISTRO SINTÉTICO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Nome do Profissional Responsável: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de meses que a família está sendo acompanhada: |\_|\_| meses

Foram efetivamente disponibilizadas para a família/indivíduo todas as ofertas de Assistência Social (em termos de serviços, benefícios, programas e projetos) cuja necessidade havia sido identificada pelo profissional?

Sim  Parcialmente  Não

Em relação aos encaminhamentos da família/indivíduo para as demais políticas, houve atendimento efetivo e resolutivo por parte da área que recebeu o(s) encaminhamento(s)?

Sim  Parcialmente  Não  Não se aplica, pois não houve necessidade de encaminhamento para outra área

A família reconhece o Serviço de Acompanhamento como algo que contribuiu para a superação ou enfrentamento dos seus problemas e dificuldades e deseja continuar recebendo o atendimento deste Serviço?

Sim  Parcialmente  Não

Como você classifica os resultados obtidos, até o presente momento, no que se refere à ampliação da capacidade de enfrentamento ou superação das condições de vulnerabilidade e/ou risco social e pessoal por parte da família/indivíduo?

- Houve um agravamento/piora em relação à situação inicial da família/indivíduo
- A situação atual é equivalente à situação inicial, sem avanços identificáveis
- Houve avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades
- Houve significativo avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades, justificando-se o desligamento do acompanhamento sistemático, sempre juízo da eventual permanência da família ou indivíduo em outros programas, projetos, serviços ou benefícios da Assistência Social.

Registre, descritivamente, os principais resultados alcançados, bem como fatores que contribuíram ou dificultaram o alcance dos resultados:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Planejamento e evolução do acompanhamento familiar



## PLANEJAMENTO E EVOLUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

### REGISTRO SINTÉTICO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DO ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

**Nome do Profissional Responsável:** \_\_\_\_\_ **Data**  
**da Avaliação:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ **Número de meses que a família está sendo acompanhada:** |\_\_|\_| meses

Foram efetivamente disponibilizadas para a família/indivíduo todas as ofertas de Assistência Social (em termos de serviços, benefícios, programas e projetos) cuja necessidade havia sido identificada pelo profissional?

Sim  Parcialmente  Não

Em relação aos encaminhamentos da família/indivíduo para as demais políticas, houve atendimento efetivo e resolutivo por parte da área que recebeu o(s) encaminhamento(s)?

Sim  Parcialmente  Não  Não se aplica, pois não houve necessidade de encaminhamentos para outra área

A família reconhece o Serviço de Acompanhamento como algo que contribuiu para a superação ou enfrentamento dos seus problemas e dificuldades e deseja continuar recebendo a atenção deste Serviço?

Sim  Parcialmente  Não

Como você classifica os resultados obtidos, até o presente momento, no que se refere à ampliação da capacidade de enfrentamento ou superação das condições de vulnerabilidade e/ou risco social e pessoal por parte da família/indivíduo?

Houve um agravamento/piora em relação à situação inicial da família/indivíduo

A situação atual é equivalente à situação inicial, sem avanços identificáveis

Houve avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades

Houve significativo avanço/melhora da capacidade de enfrentamento ou de superação dos riscos e vulnerabilidades, justificando-se  
o desligamento do acompanhamento sistemático, sempre juízo da eventual permanência da família ou indivíduo em outros programas, projetos, serviços ou benefícios da Assistência Social.

Registre, descritivamente, os principais resultados alcançados, bem como fatores que contribuíram ou dificultaram o alcance dos resultados:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





**FORMULÁRIOS DE CONTROLE  
DOS ENCAMINHAMENTOS  
REALIZADOS NO PROCESSO  
DE ACOMPANHAMENTO DA FAMÍLIA**



## TABELA DE CÓDIGOS DE ENCAMINHAMENTOS

- 5** - Para Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos voltados a crianças e adolescentes
- 6** - Para Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos voltados para idosos
- 7** - Para atualização cadastral no CadÚnico (inclusive quando realizada na própria Unidade)
- 8** - Para inclusão no CadÚnico (inclusive quando realizada na própria Unidade)
- 9** - Para o INSS, visando acesso ao BPC
- 10** - Para o INSS, visando acesso a outros direitos, que não o BPC
- 11** - Para acesso a Benefícios Eventuais
- 12** - Para acesso a Documentação Civil (Certidão de Nascimento, RG, Carteira de Trabalho, etc)
- 13** - Encaminhamento do CRAS para o CREAS (marcação exclusiva para o CRAS) **14** - Encaminhamento do CREAS para o CRAS (marcação exclusiva para o CREAS) **15** - Encaminhamento para outras unidades/serviços de Proteção Social Especial
  
- 30** - Para Serviços de Saúde Bucal (por exemplo: Brasil Sorridente)
- 31** - Para Serviços de Saúde Mental
- 32** - Para Serviços de Saúde voltados ao acesso de órteses e próteses para pessoas com deficiência
- 33** - Para Unidades de Saúde da Família
- 34** - Para outros serviços ou unidades do Sistema Único de Saúde
  
- 40** - Para Educação - Creche e Pré-escola (ensino infantil)
- 41** - Para Educação - Rede regular de ensino (ensino fundamental e ensino médio)
- 42** - Para Educação de Jovens e Adultos (por exemplo: Brasil Alfabetizado)
  
- 50** - Para Serviços, Programas ou Projetos voltados à capacitação profissional
- 51** - Para Serviços, Programas ou Projetos voltados à geração de trabalho e renda
- 52** - Para Serviços, Programas ou Projetos voltados à intermediação de mão-de-obra
- 53** - Para acesso a microcrédito
- 54** - Para o Programa BPC-Trabalho
  
- 60** - Para programa da área de habitação
- 61** - Para acesso à Tarifa Social de Energia Elétrica
  
- 70** - Para Conselho Tutelar
- 71** - Para Poder Judiciário
- 72** - Para Ministério Público
- 73** - Para Defensoria Pública
- 74** - Para Delegacias (especializadas ou não)
  
- 85** - Outros encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município) **86** - Outros encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município) **87** - Outros encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município) **88** - Outros encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município) **89** - Outros encaminhamentos (código livre, a ser utilizado conforme interesse específico de cada município)

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento: | | |

(Utilize a tabela de códigos)

Formulário de Encaminhamento  
SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - SUAS

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Encaminhado Sr(a)

\_\_\_\_\_ e  
solicito atenção para seu atendimento, no(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ localizado(a) na \_\_\_\_\_

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Objetivo/Motivo:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome do Profissional:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

\_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_  
Nome do Profissional: \_\_\_\_\_

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento: | | |

(Utilize a tabela de códigos)

Formulário de Encaminhamento  
SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - SUAS

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Encaminhado Sr(a)

\_\_\_\_\_ e  
solicito atenção para seu atendimento, no(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ localizado(a) na \_\_\_\_\_

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Objetivo/Motivo:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome do Profissional:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Nome do Profissional: \_\_\_\_\_

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



**Anotações de Contra-referência**

**Acompanhamento do Encaminhamento**

*(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Anotações de Contra-referência**

**Acompanhamento do Encaminhamento**

*(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento: | | |

(Utilize a tabela de códigos)

Formulário de Encaminhamento  
SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL –  
SUAS

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Encaminhado Sr(a)

\_\_\_\_\_ e  
solicito atenção para seu atendimento, no(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ localizado(a) na \_\_\_\_\_

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Objetivo/Motivo:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Profissional:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

\_\_\_\_\_  
Telefone para contato: \_\_\_\_\_  
Nome do Profissional: \_\_\_\_\_

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento: | | |

(Utilize a tabela de códigos)

Formulário de Encaminhamento  
SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL –  
SUAS

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Encaminhado Sr(a)

\_\_\_\_\_ e  
solicito atenção para seu atendimento, no(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ localizado(a) na \_\_\_\_\_

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Objetivo/Motivo:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Profissional:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento*

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Nome do Profissional: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**AnotaçõesdeContra-referência**

**Acompanhamento doEncaminhamento**

*(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**AnotaçõesdeContra-referência**

**Acompanhamento doEncaminhamento**

*(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento: | | |

(Utilize a tabela de códigos)

Formulário de Encaminhamento  
SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL –  
SUAS

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Encaminhado Sr(a)

\_\_\_\_\_ e  
solicito atenção para seu atendimento, no(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ localizado(a) na \_\_\_\_\_

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Objetivo/Motivo:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Profissional:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

\_\_\_\_\_  
Telefone para contato: \_\_\_\_\_  
Nome do Profissional: \_\_\_\_\_

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento: | | |

(Utilize a tabela de códigos)

Formulário de Encaminhamento  
SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL –  
SUAS

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Encaminhado Sr(a)

\_\_\_\_\_ e  
solicito atenção para seu atendimento, no(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ localizado(a) na \_\_\_\_\_

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Objetivo/Motivo:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Profissional:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento*

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Nome do Profissional: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Anotações de Contra-referência	Acompanhamento do Encaminhamento
--------------------------------	----------------------------------

*(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)*

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---	---



<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------	-------------------------

**Anotações de Contra-referência**

**Acompanhamento do Encaminhamento**

*(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)*

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---	---

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento: | | |

(Utilize a tabela de códigos)

Formulário de Encaminhamento  
SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL –  
SUAS

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Encaminhado Sr(a)

\_\_\_\_\_ e  
solicito atenção para seu atendimento, no(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ localizado(a) na \_\_\_\_\_

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Objetivo/Motivo:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Profissional:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

\_\_\_\_\_  
Telefone para contato: \_\_\_\_\_  
Nome do Profissional: \_\_\_\_\_

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento: | | |

(Utilize a tabela de códigos)

Formulário de Encaminhamento  
SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL –  
SUAS

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Encaminhado Sr(a)

\_\_\_\_\_ e  
solicito atenção para seu atendimento, no(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ localizado(a) na \_\_\_\_\_

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Objetivo/Motivo:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Profissional:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento*

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Nome do Profissional: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**Anotações de Contra-referência**

**Acompanhamento do Encaminhamento**

*(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Anotações de Contra-referência**

**Acompanhamento do Encaminhamento**

*(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento: | | |

(Utilize a tabela de códigos)

Formulário de Encaminhamento  
SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL -  
SUAS

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Encaminhado Sr(a)

\_\_\_\_\_ e  
solicito atenção para seu atendimento, no(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ localizado(a) na \_\_\_\_\_

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Objetivo/Motivo:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Profissional:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

\_\_\_\_\_  
Telefone para contato: \_\_\_\_\_  
Nome do Profissional: \_\_\_\_\_

Registro de Encaminhamento

Código da área para a qual está sendo realizado o encaminhamento: | | |

(Utilize a tabela de códigos)

Formulário de Encaminhamento  
SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL -  
SUAS

(Para informações básicas de contra-referência, utilize o verso desta ficha)

Especifique o Órgão/Unidade para o qual está sendo feito este encaminhamento:

Encaminhado Sr(a)

\_\_\_\_\_ e  
solicito atenção para seu atendimento, no(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ localizado(a) na \_\_\_\_\_

tendo em consideração as necessidades identificadas pela Assistência Social e expostas a seguir:

Objetivo/Motivo:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Profissional:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Registre no verso desse canhoto o resumo das informações de acompanhamento relativas a esse encaminhamento*

Nome da Unidade responsável pela origem do encaminhamento:

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Nome do Profissional: \_\_\_\_\_

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____





**Anotações de Contra-referência**

hamento do Encaminhamento

*(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)*

Acompan

**Anotações de Contra-referência**

hamento do Encaminhamento

*(Para informações básicas de contra-referência, utilize esta lado da ficha)*

Acompan



ANEXO 32



**PREFEITURA MUNICIPAL**  
**SÃO FRANCISCO DE ASSIS**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA

**AUTORIZAÇÃO Nº 301**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

\_\_\_\_\_  
Secretária Municipal de Educação e Cultura



ANEXO 33

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA  
AUTORIZAÇÃO DE ABASTECIMENTO

Nº 0051

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo

o Sr. \_\_\_\_\_ a abastecer

Veículo \_\_\_\_\_ com combustível  Gasolina

Placas \_\_\_\_\_  Diesel

Km. \_\_\_\_\_  Diesel S-10

Horário do Abastecimento: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Autorizador

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

Declaro que abasteci o \_\_\_\_\_ com \_\_\_\_\_ litros

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

\_\_\_\_\_  
Servidor Autorizado

\_\_\_\_\_  
Resp. p/Abastecimento

OBS: COM O NOME NO BLOCO DA SECRETARIA SOLICITANTE.



ANEXO 34

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

Nº 091

Nome do Contribuinte \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_  
 Rua: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_

Especificação da Receita \_\_\_\_\_

Recolhimento relativo a: \_\_\_\_\_

Use da Repartição \_\_\_\_\_ Emitida por: \_\_\_\_\_  
 Funcionário Nome \_\_\_\_\_

Agente Arrecadador \_\_\_\_\_  
 Tesoureiro Municipal \_\_\_\_\_

Use Processamento \_\_\_\_\_  
 Quitação Mecânica \_\_\_\_\_

_____	R\$
_____	R\$
_____	R\$
_____	R\$
_____	R\$
_____	R\$
_____	R\$
_____	R\$
_____	R\$
_____	R\$
_____	R\$
TOTAL	R\$

Guia \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_\_

ANEXO 35

ADESISO VINIL

TAMANHO: 5x3cm





ANEXO 36

ADESISO VINIL

TAMANHO: 8,5x10cm



ANEXO 37



ADESISO VINIL

TAMANHO: 7x7cm



SETEMBRO  
**amarelo**  
Mês de prevenção  
ao suicídio

*Falar é a  
melhor solução!*

**CAPS Márcia Mendes Minussi Gioda**



ANEXO 38



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



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

*São Francisco de Assis*  
Pelo campo e cidade



**ANEXO**  
**39**

Ministério da Saúde  SUS Sistema Único de Saúde	<b>APAC</b> Autorização de Procedimentos Ambulatoriais Laudo de Solicitação / Autorização <small>pg. 1/2</small>
<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 _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
<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 ____/____/____
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____	ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO) _____
<b>AUTORIZAÇÃO</b>	
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____	Cód. Órgão Emissor _____
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____	Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____
DATA DA AUTORIZAÇÃO ____/____/____	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____
PERÍODO DE VALIDADE DA APAC ____/____/____ a ____/____/____	_____
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)</b>	
NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ CNES _____	



ANEXO 40



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 \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ 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.

\_\_\_\_\_  
Autuado

C.I. e nome do autuado \_\_\_\_\_



**ANEXO 41**



**SUS**

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**

SEQÜENCIA	PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	QUANTIDADE
01	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
02	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
03	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
04	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
05	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
06	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
07	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
08	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
09	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
10	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
11	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
12	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
13	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
14	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
15	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
16	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
17	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
18	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
19	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
20	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<b>TOTAL</b>				<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

---

**Formalização**

**RESPONSÁVEL(Estabelecimento de Saúde)**

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /

DATA / /

**GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL**

CARIMBO

RUBRICA

DATA / /

DATA / /

BPA-CONSOLIDADO-20-12-07.v.ssd



ANEXO 42  
FRENTE

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

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

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

TIPO DE IMÓVEL* ____	TELEFONES PARA CONTATO
	TEL. RESIDÊNCIA: ( ) _____
	TEL. CONTATO: ( ) _____

CONDIÇÕES DE MORADIA	
SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*	
<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	
LOCALIZAÇÃO*	
<input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural	

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

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

ABASTECIMENTO DE ÁGUA <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	ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO <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 <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	DESTINO DO LIXO <input type="radio"/> Coletado <input type="radio"/> Queimado/Enterrado <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outro

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

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
	_____	____/____/____	④⑤1234④	_____	____/____	<input type="checkbox"/>
	_____	____/____/____	④⑤1234④	_____	____/____	<input type="checkbox"/>
	_____	____/____/____	④⑤1234④	_____	____/____	<input type="checkbox"/>
	_____	____/____/____	④⑤1234④	_____	____/____	<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



**INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA**

NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA:

Existem outros profissionais de saúde vinculados à instituição (não inclui profissionais da rede pública de saúde)?  Sim  Não

**IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA**

NOME:

CNS DO RESPONSÁVEL:

CARGO NA INSTITUIÇÃO:

TEL. CONTATO:

**TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA**

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 43  
FRENTE**

	<b>CADASTRO INDIVIDUAL</b>	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"/> F <input type="radio"/> M
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	OCUPAÇÃO _____
FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* <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 1º 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 1º a 4º)	<input type="radio"/> 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
SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO <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	

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	
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.	
_____ Assinatura	



VERSO

**QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE**

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM HANSENIASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe		ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE		
1 - QUAL? _____	2 - QUAL? _____	3 - QUAL? _____

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos	VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular
TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras

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

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

FA: Fora de Área

\* Campo obrigatório

\*\* Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior



**ANEXO 44**

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

SÃO FRANCISCO - PREFEITURA 3102-0188

**ANEXO 45**



FRENTE



ANEXO  
46

Medicações em uso				
Medicação	mg	M	T	N


Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis Secretaria Municipal de Saúde Cartão de Saúde Mental

Márcia Mendes Minussi Gioda São Francisco de Assis - RS
Rua Silva Jardim, 1800. Tel.: 55 3252-3458
Nome: _____
Endereço: _____
CNS: _____
Telefone: _____
Data: ____/____/____





ANEXO 47



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





ANEXO 49

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

SUS



Secretaria Municipal de Saúde  
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

Nº:

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

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

Endereço: \_\_\_\_\_

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

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







## ANEXO 51

### 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			
Terrenos 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	

## ANEXO 52



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?		
Sanesantes 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 encubadora?		
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?		



Qual periodicidade?		
_____		
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?	_____	
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?	_____	



**ANEXO  
53**

**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 54

Escala de Coelho			
Dados do SISAB score 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		
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b>			

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		



ANEXO 55



**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:

---



---



---



---



---

---

\*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



---

---

\*Rotina do paciente (dia-a-dia, atividades, trabalho, sono, hábitos):

---

---

---

---

\*Prejuízos em áreas de desempenho:

---

---

---

\*Origem do paciente:

- ( ) Demanda espontânea ( ) Atenção Básica ( ) Serviço de Urgência  
( ) Judiciário ( ) Outro CAPS ( ) Hospital Dia ( ) Hospital psiquiátrico  
( ) CRAS ( ) CREAS ( ) ONG ( ) Conselho Tutelar ( ) Outros: \_\_\_\_\_

\*Hipótese da situação clínica (interpretação dos dados):

---

---

---

---

---

CID: \_\_\_\_\_

\*Encaminhamentos (sugestões de tratamento):

---

---

---

---

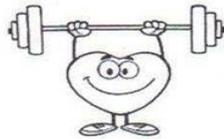
\*Profissional que realizou o acolhimento: \_\_\_\_\_







ANEXO 57



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

\_\_\_\_\_



ANEXO 58

 <p><b>SIASUS-RS</b> Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde</p>		<p>16. NÚMERO DO ATENDIMENTO</p> <p>011</p>		<p><b>FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b></p>	
<p>1. UNIDADE PRESTADORA DE ATENDIMENTO</p> <p>NOME DA UNIDADE: <u>SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE</u></p> <p>ENDEREÇO: <u>RUA JOÃO MOREIRA, 1598</u></p> <p>MUNICÍPIO: <u>SÃO FCO. DE ASSIS</u> UF: <u>RS</u></p> <p>CÓDIGO SIASUS: _____</p>		<p>5. CÓDIGO ESPECÍFICO ATIV. PROFIS. (TABELA 1)</p> <p>6. CÓDIGO DA TABELA DE PROCEDIMENTO SIASUS</p>		<p>9. MOTIVO DO ATENDIMENTO</p>	
<p>2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</p> <p>NOME: _____</p> <p>SEXO: _____</p> <p>IDADE: _____</p> <p>ENDEREÇO: _____</p> <p>BAIRRO: _____</p> <p>MUNICÍPIO: _____ UF: _____</p>		<p>7. TIPO (TABELA 2)</p> <p>8. GRUPO (TABELA 3)</p>		<p>10. PROF. SETOR</p> <p>11. TRATAMENTO/DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS</p> <p>12. ASS. E CARIMBO DO PROFISSIONAL</p>	
<p>3. DATA DO ATENDIMENTO</p> <p>4. HORA DO ATENDIMENTO</p>		<p>13. DIAGNOSTICO/CID</p>		<p>14. ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL</p> <p>15. POLEGAR DIREITO</p>	



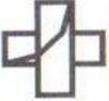
PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

# São Francisco de Assis

Pelo campo e cidade

### ANEXO 59

 <p><b>SIA/SUS-RS</b> SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</p>		<p>4. NÚMERO DO ATENDIMENTO</p> <p>011                    </p>		<p><b>FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL CONTINUADO</b></p> <p>9. MOTIVO DO ATENDIMENTO</p>				
<p>1. UNIDADE PRESTADORA DE ATENDIMENTO</p> <p>NOME DA UNIDADE: <b>Secretaria Municipal de Saúde</b></p> <p>ENDEREÇO: <b>Rua João Moreira, 1598</b></p> <p>MUNICÍPIO: <b>São Francisco de Assis, UF: RS</b></p> <p>CÓDIGO SIA/SUS: _____</p>		<p>5. TIPO DE ATENDIMENTO (TABELA 2)</p> <p>6. CÓDIGO DA TABELA DE PROCEDIMENTO SIA/SUS</p>		<p>10. DADOS DE EXAME CLÍNICO/TRATAMENTO/ DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS</p>				
<p>2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</p> <p>NOME: _____</p> <p>SEXO: _____</p> <p>IDADE: _____</p> <p>ENDEREÇO: _____</p> <p>BAIRRO: _____</p> <p>MUNICÍPIO: <b>S. F. de Assis</b> UF: <b>RS</b></p>		<p>7. CÓDIGO DA ESPECIALIZAÇÃO DA ATIVIDADE PROFISSIONAL (TABELA 1)</p> <p>8. GRUPO (TABELA 3)</p>		<p>11. DATA DO ATENDIMENTO</p> <p>12. ASSIN. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL</p>				
<p>3. ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL</p> <p>MOD. SIA/SUS - 004 _____</p>		<p>13. PEGELAR DIREITO</p>		<p>13. PEGELAR DIREITO</p>				



ANEXO 60

	<b>FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

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*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nº PRONTUÁRIO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CNS DO CIDADÃO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Local de atendimento* (ver legenda)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo atendimento* Demanda Espontânea	Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>
	Escuta Inicial/Orientação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Consulta no Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento de 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"/>
Atenção Domiciliar	Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__
Racionalidade em saúde (ver legenda)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avaliação antropométrica	Perímetro cefálico (cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Peso (kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Altura (cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacinação em dia?		SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
Criança	Aleitamento materno (ver legenda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DUM	Dia/Mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Gestante	Ano													
	Gravidez Planejada	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
	Idade Gestacional (semanas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestas Prévias/Partos		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Problemas/Condição avaliada*	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pré-natal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puericultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tabagismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



		Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13					
Problema/Condição avaliada*	Doenças transmissíveis	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Rastreio	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		Câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	CIAP-2																		
		CIAP-2																		
		CID-10																		
CID-10																				
Exames solicitados (S) e avaliados (A)	Coolesterol total	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	
	EAS/EQU	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletrocardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletroforese de hemoglobina	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	
	Exame de escarro	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	
	HDL	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	
	Hemograma	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	
	Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista	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	
	Sorologia para dengue	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	
	Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)	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	
	Ultrassonografia obstétrica	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	
	Triagem neonatal	Teste da orelhinha (EOA)	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
		Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Outros exames (código do SIGTAP)	_____	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		_____	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		_____	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	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
	NASF/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"/>
		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"/>
		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"/>
		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"/>
Condição/Destrecho*	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"/>	
	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"/>	
	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"/>	
	<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"/>
	Encaminhamento	Encaminhamento interno no dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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/ CAPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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/ 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"/>
		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"/>
		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"/>
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"/>		

**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/Abrijo 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 Alopática/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 paracetese, ou diálise peritoneal

\* Campo obrigatório



ANEXO 61

	<b>FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

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



Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Procedimentos (quantidade realizada)	Profilaxia/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 subgengivais (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"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	
	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"/>		
Alta do episódio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 concluído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	Atendimento a pacientes c/ necessidades especiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cirurgia BMF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Endodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Estomatologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Implantodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Odontopediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ortodontia/Ortopedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Periodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 62

	<b>FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA:* / /
----------------------------------	------	-------	------	------------

TURNO:* (M) (T) (N) <b>LOCAL DE ATIVIDADE</b> Nº INEP (ESCOLA/CRECHE) _____ CNES _____ OUTRA LOCALIDADE: _____ Nº DE PARTICIPANTES* _____ Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS _____	<b>CNS DO PROFISSIONAL</b> _____ _____ _____ _____	<b>CBO***</b> _____ _____ _____ _____
--	--	---

ATIVIDADE (opção única)*		TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***	
<input type="checkbox"/> 01	Reunião de equipe	<input type="checkbox"/> 01	Questões administrativas/Funcionamento
<input type="checkbox"/> 02	Reunião com outras equipes de saúde	<input type="checkbox"/> 02	Processos de trabalho
<input type="checkbox"/> 03	Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social	<input type="checkbox"/> 03	Diagnóstico do território/Monitoramento do território
		<input type="checkbox"/> 04	Planejamento/Monitoramento das ações da equipe
		<input type="checkbox"/> 05	Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular
		<input type="checkbox"/> 06	Educação Permanente
		<input type="checkbox"/> 07	Outros

ATIVIDADE (opção única)*	
<input type="checkbox"/> 04	Educação em saúde
<input type="checkbox"/> 05	Atendimento em grupo
<input type="checkbox"/> 06	Avaliação/Procedimento coletivo
<input type="checkbox"/> 07	Mobilização social

PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)		TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)		PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)	
<input type="checkbox"/> 01	Comunidade em geral	<input type="checkbox"/> 01	Ações de combate ao <i>Aedes aegypti</i>	<input type="checkbox"/> 01	Antropometria
<input type="checkbox"/> 02	Criança 0 a 3 anos	<input type="checkbox"/> 02	Agravo negligenciados	<input type="checkbox"/> 02	Aplicação tópica de flúor
<input type="checkbox"/> 03	Criança 4 a 5 anos	<input type="checkbox"/> 03	Alimentação saudável	<input type="checkbox"/> 03	Desenvolvimento da linguagem
<input type="checkbox"/> 04	Criança 6 a 11 anos	<input type="checkbox"/> 04	Autocuidado de pessoas com doenças crônicas	<input type="checkbox"/> 04	Escovação dental supervisionada
<input type="checkbox"/> 05	Adolescente	<input type="checkbox"/> 05	Cidadania e direitos humanos	<input type="checkbox"/> 05	Práticas corporais e atividade física
<input type="checkbox"/> 06	Mulher	<input type="checkbox"/> 06	Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas	<input type="checkbox"/> 06	PNCT Sessão 1
<input type="checkbox"/> 07	Gestante	<input type="checkbox"/> 07	Envelhecimento/climatério/andropausa/etc	<input type="checkbox"/> 07	PNCT Sessão 2
<input type="checkbox"/> 08	Homem	<input type="checkbox"/> 08	Plantas medicinais/fitoterapia	<input type="checkbox"/> 08	PNCT Sessão 3
<input type="checkbox"/> 09	Famíliares	<input type="checkbox"/> 09	Prevenção da violência e promoção da cultura da paz	<input type="checkbox"/> 09	PNCT Sessão 4
<input type="checkbox"/> 10	Idoso	<input type="checkbox"/> 10	Saúde ambiental	<input type="checkbox"/> 10	Saúde auditiva
<input type="checkbox"/> 11	Pessoas com doenças crônicas	<input type="checkbox"/> 11	Saúde bucal	<input type="checkbox"/> 11	Saúde ocular
<input type="checkbox"/> 12	Usuário de tabaco	<input type="checkbox"/> 12	Saúde do trabalhador	<input type="checkbox"/> 12	Verificação da situação vacinal
<input type="checkbox"/> 13	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/> 13	Saúde mental	<input type="checkbox"/> 13	Outras
<input type="checkbox"/> 14	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/> 14	Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/> 14	Outro procedimento coletivo Código do SIGTAP _____
<input type="checkbox"/> 15	Pessoas com sofrimento ou transtorno mental	<input type="checkbox"/> 15	Semana saúde na escola		
<input type="checkbox"/> 16	Profissional de educação	<input type="checkbox"/> 16	Outros		
<input type="checkbox"/> 17	Outros				



Nº	CNS DO CIDADÃO***	DATA DE NASCIMENTO**	SEXO**	AVALIAÇÃO ALTERADA	PESO (kg)	ALTURA (cm)	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
							Cessou o hábito de fumar	Abandonou o grupo
1		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33		/ /	F M	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigatório somente para antropometria



ANEXO 63

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
SIS PRENATAL II

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

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										
DADOS PESSOAIS	12	Nome da gestante		13	Data nascimento ____/____/____										
	14	Nome da mãe da gestante		15	Idade: ____/____/____ <input type="radio"/> menor de 15 anos										
	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 <input type="checkbox"/>		Nacionalidade: 1 - brasileira / 2 - estrangeira <input type="checkbox"/>		Reside no Brasil: 1 - sim / 2 - não <input type="checkbox"/>										
	26	Telefone fixo		27	Celular		28		E-mail:						
	29	Escolaridade		30	Estado civil/união <input type="checkbox"/>		31		Raça/cor (por auto declaração): <input type="checkbox"/>						
	<small>D) Analfabeto                  (1) 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)                  (2) 5ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)                  (3) 6ª 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</small>		<small>(0) Convive com companheiro e filho(s)                  (1) Convive com companheiro, com laços conjugais e sem filhos                  (2) Convive com companheiro, com filho(s) e outros familiares                  (3) Convive com familiar(ais), sem companheiro                  (4) Convive com outro(s) pessoa(s), sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais                  (5) Vive so</small>		<small>(1) branca                  (2) preta                  (3) amarela                  (4) parda                  (5) indígena                  (6) Ignorada</small>										
	32	Nome do cartório:													
	33	Certidão: <input type="checkbox"/> (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 <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
51	Semanas de gestação, se DUM ignorada: ____		52	Tipo de gravidez: <input type="radio"/> Única <input type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tripla ou mais <input type="radio"/> Ignorada		53	Gravidez Planejada NÃO SIM <input type="radio"/> <input type="radio"/>		54	IG (sem./dias pelo ultrassom) ____/____	
55	Data do ultrassom: ____/____/____										

56 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Gestões Prévias	Abortos	Parto Vaginal	Nascidos Vivos
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<small>&lt; 2500g &gt; 4500g Pré-eclâmpsia Eclâmpsia</small>	<small>3 ou mais abortos</small>	<small>Partos Cesarianas</small>	<small>Nascidos vivos mortos 1 Semana depos 1 Semana</small>

Finaliza gestação anterior, < de 1 anos

2 Cesarianas prévias

ANTECEDENTES CLÍNICOS

Diabetes	NÃO <input type="radio"/>	SIM <input type="radio"/>	Tromboembolismo	NÃO <input type="radio"/>	SIM <input type="radio"/>
Pré-eclâmpsia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Doença Mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eclâmpsia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hipertensão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cardiopatia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outros, qual:	_____ _____	



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: \_\_\_\_\_

**FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE - Continuação**

Data do atendimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

SITUAÇÃO VACINAL	58 Situação da vacina antitetânica	<input type="checkbox"/>	INFORMA DOSE: 1ª ____/____/____ 2ª ____/____/____ 3ª ____/____/____ Reforço ____/____/____	59 Hepatite B	<input type="checkbox"/>	INFORMA DOSE: 1ª ____/____/____ 2ª ____/____/____ 3ª ____/____/____	60 INFLUENZA	<input type="checkbox"/>
	[1] Não vacinada [2] Imunizada a menos de 5 anos [3] Imunizada a mais de 5 anos [4] Vacinação incompleta [9] Ignorado		[1] Sim [2] Não [9] Ignorado		[1] Sim [2] Não [9] Ignorado		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	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Hora: ____:____:____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Data: ____/____/____	Hora: ____:____:____
65 Gravidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			66 Sífilis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
67 HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			68 Dosagem de proteinúria (FITA REAGENTE POSITIVO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

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

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

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



ANEXO 64



PREFEITURA MUNICIPAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Secretaria Municipal da Saúde	<p>Dados referentes ao paciente:  Nome: _____  Idade: _____  Endereço: _____</p> <p>Cirurgia solicitada:  <b><u>CABEÇA E PESCOÇO:</u></b>  <input type="checkbox"/> Tireoidectomia  <input type="checkbox"/> Linfadenectomia Cervical Radical  <input type="checkbox"/> Ressecção Cisto Tireoglosso  <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><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"/> Henriorrafia Hiatal  <input type="checkbox"/> Henriorrafia inguinal com tela  <input type="checkbox"/> Henriorrafia inguinal sem tela – Crural – Epigástrica – Incisional pequena  <input type="checkbox"/> Henriorrafias 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><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>Médico que encaminhou: _____  Responsável pelo atendimento na SMS: _____  Data: ____/____/____</p>
	<p><b>Médico Cirurgião</b></p> <p>Classificação das cirurgias:  I – Emergência ( )  II – Urgência ( )  III – Requerida ( )  IV – Eletiva ( )  V – Opcional ( )</p> <p>Tipo de Anestesia Planejada:  I – Geral ( )  II – Regional ( )  III – Medular ( )  IV – Local ( )</p> <p>Data para internação hospitalar: ____/____/____  Data para realização da cirurgia: ____/____/____  Assinatura do Cirurgião: _____</p>
<p>Autorização da Secretaria Municipal de Saúde: _____</p>	



ANEXO 65

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 Anexos	
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-Demolida						
Intradomicílio				Peridomicílio		
Captura		Presença de Vestígios		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-Triatomíneo <input type="checkbox"/> 2-Outros Insetos		<input type="checkbox"/> 1-Ovos <input type="checkbox"/> 2-Outros Vestígios
Utilizado						
<input type="checkbox"/> 1-Bio Sensor						
Tipo de Desalojante		N.º de Cargas		Tipo de Inseticida		Nº De Cargas
N.º do PIT	Nº Notif.	Mat. Ag. Saúde		Assinatura do Agente de Saúde		
Data do Visto	Visto do Chefe de Equipe			ETIQUETA		



ANEXO  
66



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 ( ) Cérebro	
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 Mórbitos:	
HAS: [ ] Diabetes: [ ] Cardiopatia: [ ] Infecção Urinária: [ ]	
DST/AIDS: [ ] Pré-Eclâmpsia: [ ] Tabagismo: [ ] Uso Álcool: [ ]	
Outras Drogas: [ ] Trabalho de Parto Prematuro: [ ]	

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



ANEXO 67



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE MONITORAMENTO SEMANAL

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

Local: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ /2017

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

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 68

	<b>FICHA DE PROCEDIMENTOS</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

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

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
TURNO*		0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	
Nº PRONTUÁRIO																
CNS DO CIDADÃO																
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Ano															
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	
Local de atendimento*																
<b>Procedimentos/Pequenas cirurgias*</b>	Escuta inicial/orientação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Acupuntura com inserção de agulhas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Administração de vitamina A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cateterismo vesical de alívio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cauterização química de pequenas lesões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cirurgia de unha (cantoplastia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cuidado de estomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Curativo especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Drenagem de abscesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Eletrocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Coleta de citopatológico de colo uterino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Exame do pé diabético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Exérese/biópsia/punção de tumores superficiais de pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fundoscopia (exame de fundo de olho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Infiltração em cavidade sinovial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Remoção de corpo estranho subcutâneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 cerume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sutura simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Triagem oftalmológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tamponamento de epistaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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>Teste rápido</b>	De gravidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dosagem de proteinúria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Para HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Para hepatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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>Administração de medicamentos</b>	Para sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Intramuscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Endovenosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inalação/Nebulização		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tópica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Penicilina para tratamento de sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Subcutânea (SC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



ANEXO 69



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

Município de Atendimento	Data do Atendimento	URGÊNC	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 TELESAÚDE.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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:	

Conduta/Informações ao Médico da Unidade de Saúde:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Médico Especialista/CRM



ANEXO 70



Sistema Único de Saúde  
4ª Coordenadoria Regional de Saúde  
Documento de Referência de Especialidade Clínica

Município de Atendimento	Data do Atendimento	URGÊNC	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:

Conduta/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 71

### FICHA DE VACINAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_ NASC:   /  /  

PAT: \_\_\_\_\_ MÃE: \_\_\_\_\_

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

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





ANEXO 73

Secretaria Municipal da Saúde  
 Ficha de Visita  
**Controle da Dengue ano 20 \_\_**

Ciclo	Dia/Mês	Atividade	Agente
1			
2			
3			
4			
5			
6			

**Estamos na peleia contra o mosquito.**



Prefeitura Municipal  
 São Francisco de Assis



ANEXO 74

FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL		DIGITADO POR:		DATA: / /																					
		CONFERIDO POR:		FOLHA Nº:																					
		CNS DO PROFISSIONAL*		CBO*		CNES*		INE*		DATA*															
Nº TURNO* MICROÁREA* TIPO DE IMÓVEL* Nº PRONTUÁRIO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
CN S do Cidadão <small>(para visita periódica ou visita domiciliar para controle vetorial, usar o CNS do responsável familiar)</small>																									
Dia/mês Ano		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Sexo** (F) Feminino (M) Masculino Visita compartilhada com outro profissional Cadastro/Atualização Visita periódica Consulta Exame Vacina Condiçionalidades do Bolsa Família Gestante Puérpera Recém-nascido Criança Pessoa com desnutrição		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivo da visita*																									



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

Microrregião: usar PA 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 obrigatório

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



ANEXO 75



**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		Pais de Origem	
				Data Naturalização / /	
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento		Sit. familiar/Conjugal (TV)	Nº Cartão SUS
<b>DOCUMENTOS GERAIS</b>					
<b>Título de Eleitor</b>	Número		Zona	Série	
<b>CTPS</b>	Número		Série	UF	Data de Emissão / /
<b>CPF</b>	Número		<b>PIS/PASEP</b>	Número	
<b>DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (**)</b>					
<b>Identidade</b>	Número		Complemento	Órgão (TV)	UF
				Data de Emissão / /	
<b>Certidão (TV)</b>	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	
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>					
<b>Comprimidos/dia</b>					
<b>Tipo</b>	1/2	1	2	3	4
Hidroclorotiazida 25mg					
Propranolol 40mg					
Captopril 25mg					
Glibenclamida 5mg					
Metformina 850 mg					
<b>Unidades/dia</b>					
<b>Insulina</b>					
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 76

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](http://www.saude.gov.br)

**DISQUE SAÚDE 0800 01 1917**

Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde



Ministério da 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 barris 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 77

# #São Chico contra o Aedes



Transmissor de  
4 doenças  
**Dengue**  
**Chikungunya**  
**Zika Vírus**  
**Febre amarela**

## AINDA DÁ TEMPO DE COMBATER O MOSQUITO

### Participe desse combate



Coloque areia  
no prato dos  
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  
78



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:
<b>Informações do Usuário</b>			
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 (S/N):		Fone (Resp.): ( )	
Endereço: (Rua, Av.):			
Bairro:			Nº:
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 79

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							Total de depósitos eliminados			
Logradouro (rua, av.)	Nº	Imóvel trabalhado	Com criadouro	Imóvel fechado	Recusa da visita	Imóvel recuperado	A1	A2	B	C	D1	D2	E
		1											
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
<b>Total</b>													

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

Assinatura do agente: \_\_\_\_\_

Legenda: **A1** – Caixa d'água (elevado)

**A2** – Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)





ANEXO 81

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:



Ausculta pulmonar:

( ) sem alteração ( ) alterada ( ) roncos ( ) 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 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 ( ) Arrítmico ( ) 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: \_\_\_\_\_

MMIs ( ) 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 SÍfilis: ( ) 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 ( ) Ictericia ( ) 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 anomalias ( ) Presença de Linfonodos

5) TORÁX: ( ) S/A anatômica

Expansão torácica ( ) Normal ( ) alterado



Ausculta Pulmonar:

- Dentro da normalidade  Presença de Tiragem  
 Uso de Musculatura acessória  estertores / sibilos

Frequência Cardíaca:  Normocárdico  Bradicárdico  Taquicárdico

Ausculta 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:

---

---

---

AVALIAÇÃO:

---

---

---



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 ( ) Etílica ( ) 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: \_\_\_\_\_



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 contribui 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Disponibilizar informações de forma lúdica conforme necessidade para compreensão do paciente/cuidador;</li> <li>-Estabelecer escuta ativa;</li> <li>-Programa acompanhamento domiciliar.</li> </ul>
( ) Ingesta Alimentar Alterada	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Comer em pequenas quantidades, várias vezes ao dia;</li> <li>-Orientar adaptação de dieta de acordo com o modo de vida do paciente;</li> <li>-Orientar a importância de ingestão de alimentos com grande teor de gordura e açúcar.</li> </ul>

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



ANEXO 82

	SIA/SUS/RS	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>
EMISSOR <input type="checkbox"/> Unid. Pública <input type="checkbox"/> Ambul. Hosp. Público <input type="checkbox"/> Cons. Particular <input type="checkbox"/> Ambul. Hosp. Filantrópico <input type="checkbox"/> Sindicato <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 requerente:	
DATA: ____/____/____	Ass. e carimbo do autorizador da 4ª CRS	
ENCAMINHADO PARA:		
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL(após a realização do procedimento)		



ANEXO 83

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>0</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>0</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 84

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						





**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 86, 87, 88, 89, 90 E 91



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

\_\_\_\_\_

NOME DA FAMÍLIA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nº DA FAMÍLIA: \_\_\_\_\_

ACS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MICRO ÁREA: \_\_\_\_\_



**RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO**

No Imóveis trabalhados por tipo				No Imóveis				No. Tutúlios / Amostras Coletadas	Pendência		No depósitos inspecionados por tipo						
Residência	Comércio	TB	PE	Outro	Total	Trat. Focal	Trat. Perifical	Insp. clonados	Recu- perados	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total

Depósitos						Adulcida		
Tratados			Larvicida (2)			Tipo (Cargos)		
Eliminado	Larvicida (1)		Larvicida (2)			Tipo		
Tipo	Qtda.(Gramas)	Qtda.dep.tra	Tipo	Qtda.(Gramas)	Qtda.dep.tra			

RESUMO DO LABORATORIO									
No e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti					No e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus				
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

No depósitos com espécimes por tipo							No de Imóveis com espécimes, por tipo					No de exemplares					
A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total	R	C	TB	PE	O	Total	Larvas	Fugas	Exovia de pupa	Adultos

A1 - caixa d'água (elevado)      A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)  
 D1 - Pneus e outros materiais rodantes      D2 - Lixo (recipientes plásticos, jals) sucatas, entulhos  
 B - Pequenos depósitos móveis      E - Depósitos naturais  
 C - Depósitos fixos

TB - terreno baldio PE - Ponto Estratégico  
 O - Outros

FAD01 - verso - 2009/2006 - v.2

Data da entrada      Data da conclusão      Laboratório      Laboratorista      Assinatura





ANEXO 94

FRENTE

NOME: _____		PROFISSÃO: _____	
RESIDÊNCIA: _____		FONE: _____	
ENDEREÇO DO TRABALHO: _____		FONE: _____	
NACIONALIDADE: _____		IDADE: _____	
SEXO: _____		EST. CIVIL: _____	
RESPONSÁVEL: _____		CPF: _____	
INÍCIO DO TRATAMENTO: _____		CONCLUÍDO EM: _____	
		<p style="text-align: center;">OBSERVAÇÕES</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	





ANEXO 95

		<b>RAAS</b> Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde Formulário de 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	DATA DE NASCIMENTO		
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
RAÇ/A COR	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		Em caso positivo marque uma ou mais alternativas Alcool <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Outras Drogas <input type="checkbox"/>		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				DATA DE CONCLUSÃO	
<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	
<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



PREFEITURA MUNICIPAL

ADM.2017/2020

# São Francisco de Assis

Pelo campo e cidade



## RAAS 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					
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 96

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
<p><b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b></p> <p>Rua João Moreira, 1598 - Fone: (55) 3252-1344</p> <p>São Francisco de Assis - RS</p>

1.ª VIA - FARMÁCIA  
2.ª VIA - PACIENTE

Paciente: .....

Endereço: .....

Prescrição: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome: .....	<p>_____</p> <p>Assinatura do Farmacêutico</p> <p>Data ____ / ____ / ____</p>
Ident.: .....	
Órgão Emissor: .....	
End.: .....	
.....	
Cidade: ..... UF: .....	
Telefone: .....	

DATA E ASSINATURA DO PRESCRITOR

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_



ANEXO 97



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 98



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
Secretaria Municipal da Saúde

**Plantão  
Médico**

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



ANEXO 99



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 100

**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  N° Protocolo   
(n° gerado automaticamente pelo SISCAN)  
 Unidade de Saúde   
 Município  Prontuário

**INFORMAÇÕES PESSOAIS**

Cartão SUS\*   
 Nome Completo da Mulher\*   
 Nome Completo da Mãe\*   
 Apellido da Mulher   
 CPF  Nacionalidade   
 Data de Nascimento\*  Idade  Raça/cor   
 Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena/ Etnia   
 Dados Residenciais  
 Logradouro   
 Número  Complemento   
 Código do Município  Município  Bairro  UF   
 CEP  DDD  Telefone   
 Ponto de Referência   
 Escolaridade:  Analfabeta  Ensino Fundamental Incompleto  Ensino Fundamental Completo  Ensino Médio Completo  Ensino Superior Completo

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (\*) são obrigatórios

**DADOS DA ANAMNESE**

1. Motivo do exame\*  
 Rastreamento  
 Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)  
 Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)  
 2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?  Não  Não sabe  
 Sim. Quando fez o último exame? ano   
 3. Usa DIU?  Sim  Não  Não sabe  
 4. Está grávida?  Sim  Não  Não sabe  
 5. Usa pílula anticoncepcional?  Sim  Não  Não sabe  
 6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?  Sim  Não  Não sabe  
 7. Já fez tratamento por radioterapia?  Sim  Não  Não sabe  
 8. Data da última menstruação / regra: \*  /  /   Não sabe / Não lembra  
 9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais? (não considerar a primeira relação sexual na vida)  Sim  Não / Não sabe / Não lembra  
 10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa? (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)  Sim  Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

**EXAME CLÍNICO**

11. Inspeção do colo\*  
 Normal  
 Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)  
 Alterado  
 Colo não visualizado  
 12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?  
 Sim  
 Não

NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame e para encaminhar a mulher para colposcopia.

Data da coleta\*  /  /  Responsável\*



**IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO**

CNES do Laboratório\* \_\_\_\_\_ Número do Exame\* \_\_\_\_\_  
 Nome do Laboratório\* \_\_\_\_\_ Recebido em: \* \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**RESULTADO DO EXAME CITOLOGICO - COLO DO ÚTERO**

**AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA**  
**AMOSTRA REJEITADA POR:**

Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário

Lâmina danificada ou ausente

Causas alheias ao laboratório; especificar: \_\_\_\_\_

Outras causas; especificar: \_\_\_\_\_

**EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:\***

Escamoso

Glandular

Metaplásico

**ADEQUABILIDADE DO MATERIAL\***

Satisfatória

Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:

Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço

Sangue em mais de 75% do esfregaço

Prócitos em mais de 75% do esfregaço

Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço

Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço

Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço

Outras, especificar: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO DESCRITIVO**

**DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?**

Sim       Não

**ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS**

Inflamação

Metaplasia escamosa imatura

Reparação

Atrofia com inflamação

Radiação \_\_\_\_\_

Outros, especificar: \_\_\_\_\_

**MICROBIOLOGIA**

Lactobacillus sp

Cocos

Sugestivo de Chlamydia sp

Actinomyces sp

Candida sp

Trichomonas vaginalis

Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes

Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)

Outros bacilos \_\_\_\_\_

Outros; especificar: \_\_\_\_\_

**CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO**

Escamosas:  Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)

Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)

Glandulares:  Possivelmente não neoplásicas

Não se pode afastar lesão de alto grau

De origem indefinida:  Possivelmente não neoplásicas

Não se pode afastar lesão de alto grau

**ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS**

Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito atópico pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)

Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)

Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir metástase invasiva

Carcinoma epidermóide invasor

**ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES**

Adenocarcinoma "in situ"

Adenocarcinoma invasor:  Cervical

Endometrial

Sem outras especificações

OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: \_\_\_\_\_

PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: \_\_\_\_\_

Screening pelo citotécnico: \_\_\_\_\_

Data do Resultado\* \_\_\_\_\_

Responsável\* \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_





**INDICAÇÃO CLÍNICA\***

**7 - Mamografia diagnóstica**

7a. Achados no exame clínico

<b>Mama direita</b> <input type="checkbox"/> Lesão papilar Descarga papilar <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica Nódulo: 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 Espessamento: 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 Linfonodo palpável <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Supraclavicular		<b>Mama esquerda</b> <input type="checkbox"/> Lesão papilar Descarga papilar <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica Nódulo: 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 Espessamento: 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 Linfonodo palpável <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Supraclavicular	
--	--	---	--

<input type="checkbox"/> 7b. Controle radiológico Categoria 3 Mama direita <input type="checkbox"/> nódulo <input type="checkbox"/> microcalcificação <input type="checkbox"/> assimetria focal <input type="checkbox"/> assimetria difusa <input type="checkbox"/> área densa <input type="checkbox"/> distorção focal <input type="checkbox"/> linfonodo axilar Mama esquerda <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7c. Lesão com diagnóstico de câncer Mama direita <input type="checkbox"/> nódulo <input type="checkbox"/> microcalcificação <input type="checkbox"/> assimetria focal <input type="checkbox"/> assimetria difusa <input type="checkbox"/> área densa <input type="checkbox"/> distorção focal <input type="checkbox"/> linfonodo axilar Mama esquerda <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante <input type="checkbox"/> Mama direita <input type="checkbox"/> Mama esquerda
--	---	--

<input type="checkbox"/> 7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição Mama direita <input type="checkbox"/> Categoria 0 <input type="checkbox"/> Categoria 3 <input type="checkbox"/> Categoria 4 <input type="checkbox"/> Categoria 5 Mama esquerda <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno Mama direita <input type="checkbox"/> nódulo <input type="checkbox"/> microcalcificação <input type="checkbox"/> assimetria focal <input type="checkbox"/> assimetria difusa <input type="checkbox"/> área densa <input type="checkbox"/> distorção focal <input type="checkbox"/> Linfonodo axilar Mama esquerda <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	---

**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**

**7 - Mamografia Diagnóstica**

7a - Achados no exame clínico	Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar e espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar supraclavicular)
7b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS )	Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna
7c - Lesão com diagnóstico de câncer	Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento
7d - Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante	Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta
7e - Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição	Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de outra instituição nas categorias 0, 3, 4 e 5 para revisão de resultado
7f - Controle de lesão após biópsia ou PAAF com resultado benigno	Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de biópsia de fragmento ou PAAF de lesões benignas

**8 - Mamografia de Rastreamento**

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

Localização:	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	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
--------------	--	---



ANEXO 102

<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 ( )				CLÍNICA	
DADOS CLÍNICOS							
MATERIAL A EXAMINAR							
EXAMES SOLICITADOS							
DATA				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO			



ANEXO 103



PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD  
RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

01	Controle Digitação
----	--------------------

02	Município	03	Código e nome da localidade	04	Zona
----	-----------	----	-----------------------------	----	------

05	Categ. localid.	06	Tipo 1-sede 2-outros	07	Ciclo/ano	08	Data início	09	Data final	10	Concluído? S-sim N-não	11	Sem. Epidem.
----	-----------------	----	----------------------------	----	-----------	----	-------------	----	------------	----	------------------------------	----	--------------

12													
<b>Atividade</b>													
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					

<b>RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO</b>															
13	Total quart. concl	14 N° Imóveis trabalhados por tipo							15 N° imóveis			23	24 Pendência		
		14	15	16	17	18	19	20	21	22	24		25	26	
		Residência	Comércio	TB	PE	Outro	Total	Trat Focal	Trat Perifocal	Inspecionados	Amostr. Coletadas	Recusa	Fechados	Recuperados	

<b>N° depósitos inspecionados por tipo</b>																	
27	A1	28	A2	29	B	30	C	31	D1	32	D2	33	E	34	Total	35	Depósito Eliminado

<b>Depósitos Tratados</b>						<b>Adulticida</b>		44	Total de Agentes na semana	45	Total Dias Trabalhados na semana
36 Larvicida (1)			37 Larvicida (2)			42	Tipo	43	Qtde (Cargas)		
36	Tipo	37	Qtde.(Gramas)	38	Qt.dep.trat	39	Tipo	40	Qtde.(Gramas)	41	Qt.dep.trat

<b>RESUMO DO LABORATORIO</b>															
<b>N° depósitos com espécimes por tipo</b>															
46	A1	47	A2	48	B	49	C	50	D1	51	D2	52	E	53	Total
com Aedes aegypti															
com Aedes albopictus															

A1 - caixa d'água (elevado)    A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)    B - Pequenos depósitos móveis    C - Depósitos fixos  
D1 - Pneus e outros materiais rotantes    D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos    E - Depósitos naturais

<b>N° de imóveis com espécimes, por tipo</b>									<b>N° de exemplares</b>										
54	Residência	55	Comércio	56	Terreno Baldio	57	Ponto Estratégico	58	Outros	59	Total	60	Larvas	61	Pupas	62	Exúvia de pupa	63	Adultos
com Aedes aegypti																			
com Aedes albopictus																			
outros																			

64				65				66			
<b>N° e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti</b>				<b>N° e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus</b>				<b>N° e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti + Aedes albopictus</b>			
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

67	Visto do Supervisor	68	Data do visto
----	---------------------	----	---------------



ANEXO 104



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ACONSELHAMENTO E TESTAGEM

LAUDO LABORATORIAL

Nº. Registro:           Nome:  
Documento:  
Amostra: SANGUE

Data Coleta:

DIAGNÓSTICO RÁPIDO ANTI-HIV

Método: Imunocromatografia  
Conjunto Diagnóstico:

Resultado: NÃO REAGENTE

RESULTADO FINAL: AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA HIV

DIAGNÓSTICO RÁPIDO SÍFILIS

Método: Imunocromatografia  
Conjunto Diagnóstico:

Resultado: NÃO REAGENTE

RESULTADO FINAL: AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA SÍFILIS

DIAGNÓSTICO RÁPIDO HEPATITE C (HCV)

Método: Imunocromatografia  
Conjunto Diagnóstico:

Resultado: NÃO REAGENTE

RESULTADO FINAL: AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA HCV

DIAGNÓSTICO RÁPIDO HEPATITE B (HBSAG)

Método: Imunocromatografia  
Conjunto Diagnóstico:

Resultado: NÃO REAGENTE

RESULTADO FINAL: AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA HBSAG

Observações:

1. Atenção: Esta amostra não foi coletada no laboratório. A responsabilidade pela coleta, identificação e ~~ressa~~ ~~ca~~ da amostra é da instituição/unidade onde ~~foi~~ ~~fa~~ feita a coleta;
2. Portaria SVS/MS nº151, de 14 de outubro de 2009: "Em caso de suspeita de infecção pelos vírus acima, ~~uma~~ ~~ma~~ nova amostra deverá ser coletada em 30 dias após ~~data~~ ~~da~~ desta amostra".

DATA:

RESPONSÁVEL:

Carimbo da Instituição:



ANEXO 105

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 Nº: \_\_\_\_\_  
 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 ( ) hipotenz ( ) 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: ( ) eufórico ( ) triste ( ) desânimo ( ) 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 ( ) verborrêia

Nota: \_\_\_\_\_

Auto-estima: ( ) culpa ( ) vergonha ( ) impotência ( ) fracasso  
 ( ) inutilidade ( ) auto-estima elevada ( ) sentimento de incapacidade  
 ( ) falta de autoconfiança

Nota: \_\_\_\_\_

Psicomotricidade: ( ) sem alteração ( ) discinesia ( ) ataxia ( ) inquietação ( ) catísia  
 ( ) catatonia ( ) agitação psicomotora ( ) hiperatividade ( ) hipoatividade

Nota: \_\_\_\_\_

Insigth: ( ) 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	- motivar a participação na terapia de grupo. - informar sobre as oficinas terapêuticas.	Aumentar a participação na terapia em grupo e nas oficinas terapêuticas.
6. Autocuidado comprometido	- verificar a aceitação e limitações do paciente em relação a alimentação e hidratação. - estimular a aceitação de dieta adequada. - acompanhar o paciente durante e após as refeições, se necessário. - auxiliar ou oferecer a dieta alimentar conforme a necessidade. - providenciar ambiente calmo e diminuir estímulos externos durante as refeições. - reforçar atitude sobre o cuidado; melhorar higiene; auxiliar na escovação dos dentes; estimular o usuário a banhar-se; ensinar a higienizar a parte íntima.	- Necessidades de alimentação e hidratação satisfeitas; - Comunicação de sentimentos e preocupações e limitações relativas à alimentação; - Identificação de recursos para lidar com os problemas relacionados a aceitação da dieta. - Padrão de higiene melhorado
7. Auto-estima comprometida	Estimular a auto-estima mediante terapia de grupo; apoiar, elogiar o usuário com a sua imagem corporal. - escutar o paciente de forma compreensiva, respondendo-lhe de uma maneira aberta, sem julgamentos depreciativos ou extremo positivismo; - oferecer ao paciente retroalimentação positiva quanto relatos verbais e comportamentos que indicam melhoria de auto-estima. - proporcionar segurança e apoio psicológico através de grupos de apoio. - estimular o convívio social e atividades lúdicas. Auxiliar na identificação de pontos positivos e a aceitar novos desafios.	- melhora sentimentos de auto-estima, de segurança no ambiente institucional e relacionamentos interpessoais; - melhora do convívio familiar e vínculo social;
8. Comportamento desorganizado atual	- identificar a percepção do cliente; - promover o bem estar psicológico; - avaliar a orientação; observar o comportamento sempre; - promover a vigilância contínua do regime medicamentoso.	Comportamento em nível esperado
9. Insônia	- ensinar a técnica de relaxamento; - informar sobre o regime de medicamentos.	Padrão de sono melhorado
10. Processo familiar	- estimular o cuidado familiar; - ouvir a família;	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 acontecimento 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 inadaptção iminente.</li> </ul> <p>Instruir a família e as pessoas significativas quanto à doença da pessoa e às estratégias de resolução</p>	<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: contusões, 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>
25. Potencial de violência consigo mesmo e com os outros: comportamento agressivo	<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>
26. Alteração no padrão do sono	<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 106

	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)*:	Aleitamento Materno**** <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.



<b>Ministério da Saúde/ SAS/ DAB/ CGPAN</b>	
<b>SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL</b>	
Estabelecimento de Saúde	Nº CNES*
Nome ou Matrícula do Profissional de Saúde	
Nome completo*	Data de nascimento:*/
Endereço completo*	
Documentação (tipo, número e outras especificações)	Data de preenchimento:*/

\* Campos de preenchimento obrigatório (fundo cinza)

**FORMULÁRIO DE MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR  
- INDIVÍDUOS COM 5 ANOS DE IDADE OU MAIS -**

Nos últimos 7 dias, <u>em quantos dias</u> você comeu os seguintes alimentos ou bebidas?								
ALIMENTO/ BEBIDA	Não comi nos últimos sete dias	1 dia nos últimos sete dias	2 dias nos últimos sete dias	3 dias nos últimos sete dias	4 dias nos últimos sete dias	5 dias nos últimos sete dias	6 dias nos últimos sete dias	Todos os 7 últimos dias
1. Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc)								
2. Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc) (não considerar batata e mandioca)								
3. Frutas frescas ou salada de frutas								
4. Feijão								
5. Leite ou iogurte								
6. Batata frita, batata de pacote e salgadinhos fritos (coxinha, quibe, pastel, etc)								
7. Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, lingüiça, etc)								
8. Bolachas/ biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote								
9. Bolachas/ biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom)								
10. Refrigerante (não considerar os diet ou light)								



<b>Ministério da Saúde/ SAS/ DAB/ CGPAN</b>	
<b>SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL</b>	
Estabelecimento de Saúde	Nº CNES*
Nome ou Matrícula do Profissional de Saúde	
Nome completo*	Data de nascimento:* / /
Endereço completo*	
Documentação (tipo, número e outras especificações)	Data de preenchimento:* / /

\* Campos de preenchimento obrigatório (fundo cinza)

**FORMULÁRIO DE MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR  
- INDIVÍDUOS COM 5 ANOS DE IDADE OU MAIS -**

Nos últimos 7 dias, <u>em quantos dias</u> você comeu os seguintes alimentos ou bebidas?								
ALIMENTO/ BEBIDA	Não comi nos últimos sete dias	1 dia nos últimos sete dias	2 dias nos últimos sete dias	3 dias nos últimos sete dias	4 dias nos últimos sete dias	5 dias nos últimos sete dias	6 dias nos últimos sete dias	Todos os 7 últimos dias
1. Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc)								
2. Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc) (não considerar batata e mandioca)								
3. Frutas frescas ou salada de frutas								
4. Feijão								
5. Leite ou iogurte								
6. Batata frita, batata de pacote e salgadinhos fritos (coxinha, quibe, pastel, etc)								
7. Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, lingüiça, etc)								
8. Bolachas/ biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote								
9. Bolachas/ biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom)								
10. Refrigerante (não considerar os diet ou light)								



ANEXO 107

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA  
AUTORIZAÇÃO DE ABASTECIMENTO**

Nº 0051

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo

o Sr. \_\_\_\_\_ a abastecer

Veículo \_\_\_\_\_ com combustível

Gasolina

Placas \_\_\_\_\_

Diesel

Km. \_\_\_\_\_

Diesel S-10

Horário do Abastecimento: \_\_\_\_\_ :

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Autorizador

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

Declaro que abasteci o \_\_\_\_\_ com \_\_\_\_\_ litros

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

\_\_\_\_\_  
Servidor Autorizado

\_\_\_\_\_  
Resp. p/Abastecimento

OBS: COM O NOME NO BLOCO DA SECRETARIA SOLICITANTE.



ANEXO 108



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE  
SEÇÃO ESTADUAL DE CONTROLE DE DST/AIDS

LAUDO DIAGNÓSTICO		
Numero de registro:	cidade:	data:
Nome do paciente:		documento:
Sexo: ( )M ( )F	data de nascimento:	
<b>TESTE RÁPIDOS 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 109



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE  
SEÇÃO ESTADUAL DE CONTROLE DE DST/AIDS

LAUDO DIAGNÓSTICO

Numero de registro:	cidade:	data:
Nome do paciente:	documento:	
Sexo: ( )M ( )F	data de nascimento:	

TESTE RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS PARA SÍFILIS

Amostra: sangue total

Data da coleta da amostra: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

TESTE:

Nome do produto: Biomanguinhos Sífilis

Método: imunocromatografia

Resultado do teste: Amostra **NÃO REAGENTE** para Sífilis

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO: Amostra **NÃO REAGENTE** para Sífilis

1. O teste rápido utilizado é um teste treponêmico.
2. Amostra **NÃO REAGENTE** 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: