



PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS N.º 029/2021

PROCESSO ADMINISTRATIVO 029/2021

LICITAÇÃO EXCLUSIVA PARA MICROEMPREENDEDORES INDIVIDUAIS - MEI; MICROEMPRESAS - ME E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE - EPP CONFORME PREVISTO NO ARTIGO 48, INCISO I DA LEI COMPLEMENTAR N.º 123/2006 ALTERADA PELA LEI COMPLEMENTAR N.º 147/2014.

A Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis-RS, baseada na autorização expedida pelo Sr. Prefeito Municipal, torna pública para conhecimento dos interessados a abertura da licitação na modalidade de **PREGÃO ELETRÔNICO**, no **SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇOS** do tipo **MENOR PREÇO POR ITEM**, no **MODO DE DISPUTA ABERTO**, tendo por finalidade a Aquisição eventual e parcelada de Material Gráfico, conforme solicitação das Diversas Secretarias pertencentes à Administração Municipal. Esta licitação será regida pela Lei Federal nº 10.520/2002, pelo Decreto Municipal nº 1.040/2020, pela Portaria Municipal nº 365/2021, pela Lei Complementar nº 123/2006 e suas alterações posteriores, com subsídios na Lei Federal nº 8.666/1993 e suas alterações posteriores, bem como pelas disposições a seguir estabelecidas.

A sessão virtual do pregão eletrônico será realizada no seguinte endereço: <https://www.portaldecompraspublicas.com.br>, no dia **26 de agosto de 2021 às 08h e 30min**, podendo as propostas e os documentos de habilitação serem enviados até às 08h e 29min* (*minuto imediatamente anterior ao início da sessão), sendo que todas as referências de tempo observam o horário de Brasília.

1. DO OBJETO

1.1. Constitui objeto da presente licitação a escolha da proposta mais vantajosa para a Aquisição eventual e parcelada de material gráfico que atenda às especificações contidas no ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA, bem como as condições e exigências contidas neste edital e seus anexos.

1.2. A presente licitação destina-se à escolha da melhor proposta de preço unitário dos produtos especificados no Anexo I deste Edital para constar em sistema de registro de preços, a serem fornecidos quando deles o Município tiver necessidade.

1.3. 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 e deverá entregar o produto obedecendo ao disposto no item 18 deste edital.

1.4. 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.

1.5. A Licitante vencedora deverá cumprir rigorosamente as exigências do Edital e da Ata.

2. DA PARTICIPAÇÃO NO CERTAME

2.1. Poderá participar desta licitação qualquer empresa legalmente constituída, do ramo de atividade pertinente ao objeto deste pregão, desde que satisfaça todas as exigências deste edital e esteja devidamente cadastrada junto ao PORTAL DE COMPRAS PÚBLICAS, provedor do sistema de compras eletrônicas, através do site <https://www.portaldecompraspublicas.com.br>

2.2. A Licitação será exclusiva para participação de Microempreendedores Individuais, Microempresas e Empresas de Pequeno Porte - beneficiárias da Lei Complementar nº 123/2006 (alterada pela Lei Complementar nº 147/2014), nos termos do seu art. 48, inciso I.

2.3. Para comprovação de enquadramento como beneficiária da Lei Complementar 123, de 14 de dezembro de 2006 (alterada pela LC nº 147/2014), requisito para participação neste certame, as empresas deverão assinalar esta opção em campo próprio do sistema.

2.4. Também como requisito para participação no certame, em campo próprio do sistema eletrônico, a licitante deverá manifestar o pleno conhecimento e atendimento às exigências de habilitação previstas no edital.

2.5. Não será admitida a participação:

a) Empresas declaradas inidôneas e impedidas de contratar com a Administração Pública, por ato de qualquer autoridade competente para tanto;

b) Empresas sob falência, concurso de credores ou em processo de dissolução ou liquidação;

c) Empresas impedidas de licitar ou contratar com a Administração;



- d) Empresas reunidas em consórcio;
- e) Estrangeiros que não tenham representação legal no Brasil com poderes expressos para receber citação e responder administrativa ou judicialmente;
- f) Que se enquadrem nas vedações previstas no artigo 9º da Lei 8.666/93;
- g) Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP, atuando nessa condição (Acordão nº 746/2014 – TCU Plenário).

3-DO CREDENCIAMENTO NO SITE [HTTPS:// WWW.PORTALDECOMPRASPUBLICAS.COM.BR](https://www.portaldecompraspublicas.com.br)

3.1. Para acesso ao sistema eletrônico de compras, os interessados em participar do Pregão deverão realizar um cadastro prévio, adquirindo login e senha pessoal (intransferíveis), obtidos junto ao site <https://www.portaldecompraspublicas.com.br> onde deverá informar-se a respeito do seu funcionamento, regulamento e instruções para a sua correta utilização, podendo sanar eventuais dúvidas pela central de atendimentos ou pelo e-mail falecom@portaldecompraspublicas.com.br

3.2. É de exclusiva responsabilidade do usuário o sigilo da senha, bem como seu uso em qualquer transação efetuada diretamente ou por seu representante, não cabendo à Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis-RS e ao Portal de Compras Públicas a responsabilidade por eventuais danos decorrentes de uso indevido da senha, ainda que por terceiros.

3.3. O credenciamento junto ao sistema eletrônico implica a responsabilidade legal do licitante ou de seu representante legal pelos atos praticados e a presunção de capacidade técnica para realização das transações inerentes ao pregão eletrônico.

3.4. O licitante será responsável por todas as transações que forem efetuadas em seu nome no sistema eletrônico, assumindo-as como firmes e verdadeiras.

3.5. Caberá à licitante acompanhar as operações no sistema eletrônico durante a sessão pública do pregão, ficando responsável pelo ônus decorrente da perda de negócios diante da inobservância de quaisquer mensagens emitidas pelo sistema e/ou pregoeiro ou de sua desconexão.

3.6. O licitante deverá comunicar imediatamente ao provedor do sistema qualquer acontecimento que possa comprometer o sigilo ou a inviabilidade do uso da senha, para imediato bloqueio de acesso.

3.6.1. Utilizar a chave de identificação e a senha de acesso para participar do pregão na forma eletrônica e

3.6.2. Solicitar o cancelamento da chave de identificação ou da senha de acesso por interesse próprio.

4. PROCEDIMENTOS

4.1. As propostas e os documentos de habilitação deverão ser enviados exclusivamente por meio do sistema, até a data e horário estabelecidos no preâmbulo deste edital, observando-se os itens 5 e 6 deste e poderão ser retirados ou substituídos até o minuto imediatamente anterior ao início da sessão.

4.2. O licitante, em campo próprio do sistema, sendo que a falsidade da declaração o sujeitará às sanções legais, deverá declarar:

4.2.1. O cumprimento dos requisitos de habilitação e que as declarações são verdadeiras;

4.2.2. Conhecimento das regras do edital e a conformidade de sua proposta com as exigências do instrumento convocatório, como condição de participação;

4.2.3. Estar enquadrado como beneficiário da Lei Complementar nº 123/2006, estando apto a usufruir do tratamento favorecido, **sendo este enquadramento a condição obrigatória para participação nesse certame.**

4.2.4. Que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, conforme o disposto no inciso V do art. 27 da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei 9.854, de 27 de outubro de 1999;

4.2.5. Que a empresa não foi considerada inidônea para licitar ou contratar com a Administração Pública;

4.2.6. Inexistência de fatos impeditivos para a habilitação no presente processo licitatório, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

4.3. Eventuais documentos complementares à proposta e à habilitação, que venham a ser solicitados pelo pregoeiro, deverão ser encaminhados pelo sistema no prazo de 2 (duas) horas, **após o encerramento do envio de lances.**

5. PREENCHIMENTO DA PROPOSTA



5.1. O prazo de validade da proposta financeira não poderá ser inferior a 60 (sessenta) dias consecutivos, contados da data marcada para abertura da sessão. Em caso de omissão ou disposição em contrário, considerar-se-á como o prazo mínimo exigido.

5.2. Os licitantes deverão enviar suas propostas iniciais mediante o preenchimento de campos no sistema eletrônico, com indicação da validade, descrição do produto ofertado, bem como o valor unitário e total do item cotado, englobando a tributação, os custos de entrega e quaisquer outras despesas incidentes para o cumprimento das obrigações assumidas.

5.2.1. Por tratar-se de produtos a serem confeccionados conforme os exemplares anexos dispostos nesse edital, que não necessitam da indicação de modelo, marca e fabricante, o proponente poderá preencher os campos respectivos com a redação SEM MARCA.

5.2.2. O preço deverá ser fixado em moeda corrente nacional, com duas casas decimais e nele deverão estar incluídos todos os custos incidentes tais como insumos, taxas, impostos, frete e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente sobre a execução do objeto, sem ônus para a Prefeitura de São Francisco de Assis-RS.

5.3. O licitante não deverá registrar na proposta inicial informação que possa levar a sua identificação, sob pena de desclassificação.

6. DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

6.1. Para fins de habilitação neste pregão, a licitante deverá enviar os seguintes documentos, legíveis, sem rasuras, observando o procedimento disposto no item 4 deste edital:

6.1.1. HABILITAÇÃO JURÍDICA:

- a) Registro comercial, no caso de empresa individual;
- b) Certificado da Condição de Microempreendedor Individual – CCMEI, no caso de microempreendedor individual;
- c) 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;
- d) Inscrição do constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício;
- e) 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: Os documentos acima deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva.

6.1.2. REGULARIDADE FISCAL:

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ/MF);
- b) Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes do Estado ou do Município, se houver, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividades;
- c) Prova de regularidade quanto aos tributos e encargos sociais administrados pela Receita Federal do Brasil - RFB e quanto à Dívida Ativa da União administrada pela Procuradoria Geral da Fazenda Nacional - PGFN (Certidão Conjunta);
- d) Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual, relativa ao domicílio ou sede do licitante;
- e) Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal, relativa ao domicílio ou sede do licitante;
- f) Prova de regularidade junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).

6.1.3. REGULARIDADE TRABALHISTA:

- a) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, 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.

6.1.4. QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA:

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



6.2. Para as empresas cadastradas no Município, a documentação de habilitação poderá ser substituída pelo seu Certificado de Registro Cadastral (Cadastro de fornecedor) desde que seu objetivo social comporte o objeto licitado e esteja no prazo de validade.

6.2.1. A substituição somente terá eficácia em relação aos documentos que constem no cadastro.

6.2.2. Caso algum dos documentos obrigatórios, exigidos para cadastro, esteja com o prazo de validade expirado, a licitante deverá regularizá-lo no órgão emitente do cadastro ou anexá-lo, como complemento ao certificado apresentado, sob pena de inabilitação.

6.3. Sob pena de inabilitação, todos os documentos apresentados para habilitação deverão estar:

a) em nome do licitante, com número do CNPJ e endereço respectivo;

b) em nome da matriz, se o licitante for a matriz;

c) em nome da filial, se o licitante for a filial, salvo aqueles documentos que, pela própria natureza, comprovadamente forem emitidos somente em nome da matriz.

6.4. O benefício da Lei Complementar nº 123/2006 e suas alterações posteriores não exime a beneficiária da apresentação de todos os documentos fiscais e trabalhista, ainda que apresentem alguma restrição.

7. PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS E IMPUGNAÇÕES

7.1. Os pedidos de esclarecimentos referentes ao processo licitatório e os pedidos de impugnações poderão ser enviados ao pregoeiro até 3 (três) dias úteis, anteriores à data fixada para abertura da sessão pública, por meio do Portal de Compras Públicas ou através do e-mail licitacoes@saofranciscodeassis.rs.gov.br **portanto, a data e horário final tanto para envio de pedidos de esclarecimentos quanto para impugnações será no dia 23/08/2021, às 14h00min.**

7.1.1. Com relação ao envio por e-mail o interessado deverá confirmar o seu recebimento através do telefone (55) 3252 3257, no horário compreendido entre às 08h00min e 14h00min.

7.2. O Pregoeiro responderá aos pedidos de esclarecimentos no prazo de 2 (dois) dias úteis, contados da data de recebimento do pedido e poderá requisitar subsídios técnicos e formais aos responsáveis pela elaboração do edital e dos anexos, bem como pela elaboração do pedido.

7.3. Qualquer pessoa poderá impugnar os termos do edital do pregão na forma prevista no subitem 7.1.

7.3.1. A impugnação não possui efeito suspensivo e caberá ao Pregoeiro, auxiliado pelos responsáveis pela elaboração do edital e dos anexos, baseado em manifestação da autoridade competente, responder sobre a impugnação no prazo de 2 (dois) dias úteis, contado da data de recebimento desta.

7.3.2. A concessão de efeito suspensivo à impugnação é medida excepcional e deverá ser motivada pelo Pregoeiro, nos autos do processo de licitação.

7.3.3. A impugnação feita tempestivamente pelo licitante não o impedirá de participar do processo licitatório até o trânsito em julgado da decisão a ela pertinente.

7.3.4. Acolhida a impugnação contra o edital, os procedimentos necessários serão realizados com a devida publicação.

7.4. As respostas aos pedidos de esclarecimentos e às impugnações serão divulgadas no sítio oficial da Administração, bem como junto ao Portal e vincularão os participantes e a Administração.

8. ABERTURA DA SESSÃO PÚBLICA

8.1. No dia e hora indicados no preâmbulo, o pregoeiro abrirá a sessão pública, mediante a utilização de sua chave e senha.

8.2. O licitante poderá participar da sessão pública na internet, mediante a utilização de sua chave de acesso e senha, e deverá acompanhar o andamento do certame e as operações realizadas no sistema eletrônico durante toda a sessão pública do pregão, ficando responsável pela perda de negócios diante da inobservância de mensagens emitidas pelo sistema ou de sua desconexão, conforme subitem 3.5. deste edital.

8.3. A comunicação entre o pregoeiro e os licitantes ocorrerá mediante troca de mensagens em campo próprio do sistema eletrônico.

9. CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS E FORMULAÇÃO DE LANCES

9.1. O pregoeiro verificará as propostas apresentadas, podendo desclassificar desde logo aquelas que não estejam em conformidade com os requisitos estabelecidos no edital.

9.2. Serão desclassificadas as propostas que:



- a) não atenderem às exigências contidas no edital;
- b) identifiquem o licitante (proposta inicial);
- c) forem omissas em pontos essenciais ou contenham vícios insanáveis;
- d) contiverem opções de preços ou marcas alternativas ou que apresentarem preços manifestamente inexecutáveis;
- e) cujo valor estiver superior ao máximo aceitável contido no Termo de Referência, após encerrada a etapa de lances;

f) cujo proponente não seja beneficiário da Lei Complementar nº 123/2006 e apresente proposta.

9.2.1. Considera-se inexecutável a proposta que apresente preços global ou unitários simbólicos, irrisórios ou de valor zero, incompatíveis com os preços dos insumos e salários de mercado, acrescidos dos respectivos encargos, ainda que o ato convocatório da licitação não tenha estabelecido limites mínimos, exceto quando se referirem a materiais e instalações de propriedade do próprio licitante, para os quais ele renuncie a parcela ou a totalidade da remuneração.

9.2.2. A não desclassificação da proposta não impede o seu julgamento definitivo em sentido contrário, levado a efeito na fase de aceitação.

9.3. Quaisquer inserções na proposta que visem 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.

9.4. As propostas classificadas serão ordenadas automaticamente pelo sistema e o pregoeiro dará início à fase competitiva, oportunidade em que os licitantes poderão encaminhar lances exclusivamente por meio do sistema eletrônico.

9.5. Somente poderão participar da fase competitiva os autores das propostas classificadas.

9.5.1. Caso o licitante não apresente lances, concorrerá com o valor de sua proposta.

9.6. Na etapa competitiva (sessão pública) os licitantes poderão oferecer lances sucessivos pelo valor unitário do item e serão informados, em tempo real, do valor do menor lance registrado, vedada a identificação do seu autor, observando o horário fixado para duração da etapa competitiva e as seguintes regras:

9.6.1. O licitante será imediatamente informado do recebimento do lance e do valor consignado no registro.

9.6.2. O licitante somente poderá oferecer valor inferior ou maior percentual de desconto ao último lance por ele ofertado e registrado no sistema, observado, quando houver, o intervalo mínimo de diferença de valores ou de percentuais entre os lances, que incidirá tanto em relação aos lances intermediários quanto em relação ao lance que cobrir a melhor oferta.

Observação: O maior percentual de desconto será ofertado quando o edital assim o prever.

9.6.3. Se algum proponente fizer um lance que esteja em desacordo com a licitação (preços e diferenças inexecutáveis ou excessivas) poderá tê-lo cancelado pelo Pregoeiro através do sistema. A disputa será suspensa, sendo emitido um aviso e na sequência o Pregoeiro justificará o motivo da exclusão através de mensagem aos participantes e em seguida, a disputa será reiniciada pelo Pregoeiro.

9.6.4. Não serão aceitos dois ou mais lances iguais e prevalecerá aquele que for recebido e registrado primeiro.

9.7. O LANCE DEVERÁ SER OFERTADO PELO VALOR UNITÁRIO DO ITEM.

9.8. As propostas serão julgadas pelo critério do MENOR PREÇO POR ITEM.

10. MODO DE DISPUTA

10.1. Será adotado o **MODO DE DISPUTA ABERTO** em que os licitantes apresentarão lances públicos e sucessivos, observando as regras constantes no item 9.

10.1.1. **Por ser modo de disputa aberto, haverá o intervalo de diferença de valores entre os lances que será de no mínimo R\$ 0,1% (zero vírgula um por cento) que incidirá tanto em relação aos lances intermediários, quanto em relação ao lance que cobrir a melhor oferta.**

10.2. A etapa competitiva de envio de lances na sessão pública durará dez minutos e, após isso, será prorrogada automaticamente pelo sistema quando houver lance ofertado nos últimos dois minutos do período de duração da sessão pública.

10.2.1. **O intervalo entre os lances enviados pelo mesmo licitante não poderá ser inferior a 20(vinte) segundos e o intervalo entre lances não poderá ser inferior a 3(três) segundos, sob pena de serem automaticamente descartados pelo sistema os respectivos lances.**



10.3. A prorrogação automática da etapa de envio de lances será de 2 (dois) minutos e ocorrerá sucessivamente sempre que houver lances enviados nesse período de prorrogação, inclusive quando se tratar de lances intermediários.

10.4. Na hipótese de não haver novos lances, a sessão pública será encerrada automaticamente.

10.5. Encerrada a sessão pública sem prorrogação automática pelo sistema, o pregoeiro poderá, assessorado pela equipe de apoio, admitir o reinício da etapa de envio de lances, em prol da consecução do melhor preço, mediante justificativa.

10.6. Na hipótese de o sistema eletrônico desconectar para o pregoeiro no decorrer da etapa de envio de lances da sessão pública e permanecer acessível aos licitantes, os lances continuarão sendo recebidos, sem prejuízo dos atos realizados.

10.7. Quando a desconexão do sistema eletrônico para o pregoeiro persistir por tempo superior a 10(dez) minutos, a sessão pública será suspensa e reiniciada após a comunicação expressa aos participantes, no sítio eletrônico utilizado para a divulgação, sendo que o intervalo entre a comunicação e o reinício da sessão será de no mínimo vinte e quatro horas.

11. CRITÉRIOS DE DESEMPATE

11.1. Havendo empate serão observados os critérios do art. 3º §2º, da Lei nº 8.666/1993.

Observação: Os critérios de desempate serão aplicados nos termos acima, caso não haja envio de lances após o início da fase competitiva.

11.2. Persistindo o empate, a proposta vencedora será sorteada pelo sistema eletrônico dentre as propostas empatadas, de acordo com o art. 45, § 2º, da Lei nº 8.666/1993.

12. NEGOCIAÇÃO, ENCAMINHAMENTO DA PROPOSTA VENCEDORA E JULGAMENTO

12.1. Encerrada a etapa de envio de lances da sessão pública, inclusive com a realização do desempate, se for o caso, o pregoeiro deverá encaminhar, pelo sistema eletrônico, contraproposta ao licitante que tenha apresentado o melhor preço, para que se possível, seja obtida melhor proposta, vedada a negociação em condições diferentes das previstas neste edital.

12.1.1. A negociação será realizada por meio do sistema e poderá ser acompanhada pelos demais licitantes.

12.2. O pregoeiro solicitará ao licitante melhor classificado que no prazo de **2 (duas) horas**, envie, através do Portal, a proposta adequada ao último valor ofertado após a negociação realizada, acompanhada, se for o caso, dos documentos complementares.

12.2.1. Dentre os documentos complementares passíveis de solicitação pelo Pregoeiro, destacam-se os que contenham as características do material ofertado, tais como: marca, fabricante e procedência, além de outras informações pertinentes, a exemplo de catálogos, folhetos, etc. encaminhados por meio eletrônico, ou, se for o caso, por outro meio e prazo indicados pelo Pregoeiro, sem prejuízo do seu ulterior envio pelo sistema eletrônico, sob pena de não aceitação da proposta.

12.2.2. SOB PENA DE DESCLASSIFICAÇÃO, A PROPOSTA FINAL DO LICITANTE VENCEDOR, ADEQUADA AO ÚLTIMO VALOR OFERTADO, APÓS A NEGOCIAÇÃO, DEVERÁ:

a) Ser encaminhada via sistema eletrônico, no prazo contido no subitem 12.2., seguindo as diretrizes do Anexo II (modelo de proposta financeira), sendo redigida em língua portuguesa, datilografada ou digitada, em uma via, sem emendas, rasuras, entrelinhas ou ressalvas, devendo ser assinada pelo seu representante, devidamente identificado.

12.3. O(s) preço(s) unitário(s) da proposta deverá(ão) ser expresso(s) em moda corrente nacional, com duas casas decimais.

12.4. Na hipótese de contratação de serviços comuns em que a legislação ou o edital exija apresentação de planilha de composição de preços, esta deverá ser encaminhada exclusivamente via sistema eletrônico, no prazo de 2 (dois) dias úteis, com os respectivos valores readequados ao lance vencedor.

12.5. Encerrada a etapa de negociação, será examinada a proposta classificada em primeiro lugar quanto à adequação ao objeto, compatibilidade do preço em relação ao valor contido no Termo de Referência, exigências contidas no edital e, em sendo aceita, o pregoeiro passará à verificação da habilitação.

12.6. Se a proposta ou lance vencedor for desclassificado, o Pregoeiro examinará a proposta ou lance subsequente, e, assim sucessivamente, na ordem de classificação.



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

13. VERIFICAÇÃO DA HABILITAÇÃO

13.1. Os documentos de habilitação, de que trata o item 6, enviados nos termos do subitem 4.1., serão examinados pelo pregoeiro, que verificará a autenticidade das certidões e documentos junto aos sítios eletrônicos oficiais de órgãos e entidades emissores.

13.1.1. A verificação pelo órgão ou entidade promotora do certame nos sítios eletrônicos oficiais de órgãos e entidades emissores de certidões e documentos constitui meio legal de prova, para fins de habilitação.

13.2. A beneficiária da Lei Complementar nº 123/2006, que tenha declarado nos termos do subitem 4.2.3. deste edital e que possua alguma restrição na comprovação de regularidade fiscal e/ou trabalhista, terá sua habilitação condicionada ao envio de nova documentação, que comprove a sua regularidade, em 5 (cinco) dias úteis, prazo que poderá ser prorrogado uma única vez, por igual período, a critério da Administração, desde que seja requerido pelo interessado, de forma motivada e durante o transcurso do respectivo prazo.

13.2.1. O benefício de que trata o item anterior não eximirá a beneficiária da apresentação de todos os documentos fiscais e trabalhista, ainda que apresentem alguma restrição.

13.3. Na hipótese de a proposta vencedora não ser aceitável ou o licitante não atender às exigências para habilitação, o pregoeiro examinará a proposta subsequente e assim sucessivamente, na ordem de classificação, até a apuração de uma proposta que atenda ao edital.

13.4. Caso haja necessidade de envio de documentos de habilitação complementares, necessários a confirmação daqueles exigidos neste edital e já apresentados, o licitante será convocado pelo pregoeiro a encaminhá-los, em formato digital, via sistema, no prazo de 2 (duas) horas, sob pena de inabilitação.

13.5. Constatado o atendimento às exigências estabelecidas no edital, o licitante será declarado vencedor, oportunizando-se a manifestação da intenção de recurso.

14. RECURSO

14.1. Declarado o vencedor ou proclamado o resultado sem que haja um vencedor, os licitantes poderão manifestar justificadamente a intenção de interposição de recurso, em campo próprio do sistema, sob pena de decadência do direito de recurso.

14.2. Havendo a manifestação do interesse em recorrer, será concedido o prazo de 3 (três) dias consecutivos para a interposição das razões do recurso, também via sistema, ficando os demais licitantes desde logo intimados para, se desejarem, apresentar contrarrazões em igual número de dias, que começarão a correr do término do prazo do recorrente.

14.3. Interposto o recurso, o pregoeiro poderá motivadamente reconsiderar ou manter a sua decisão, sendo que neste caso deverá remeter o recurso para o julgamento da autoridade competente.

14.4. O acolhimento de recurso importará a invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento.

14.5. O acompanhamento dos resultados, recursos e atos pertinentes a este edital poderão ser consultados no endereço: <https://www.portaldecompraspublicas.com.br> que será atualizado a cada nova etapa do pregão.

15. ADJUDICAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO

15.1. Decididos os recursos e constatada a regularidade dos atos praticados, a autoridade competente adjudicará o objeto e homologará o procedimento licitatório.

15.2. Na ausência de recurso, caberá ao pregoeiro adjudicar o objeto e encaminhar o processo devidamente instruído à autoridade superior e propor a homologação.

16. CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO

16.1. Após a homologação, o adjudicatário será convocado para assinar a ata de registro de preços, no prazo de até 5 (cinco) dias úteis, a contar do recebimento da convocação.

16.1.1. O prazo de convocação mencionado no subitem acima poderá ser prorrogado uma só vez por igual período, quando solicitado pela parte durante o seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado aceito pela Administração conforme previsto no parágrafo primeiro do artigo 64 da Lei 8.666/93.



16.2. Para a assinatura da ata, no prazo de até 5 (cinco) dias úteis, deverão ser comprovadas as condições de habilitação consignadas no edital, mediante a apresentação dos documentos originais ou cópias autenticadas. A empresa que tiver certificação digital poderá assinar a Ata digitalmente e remetê-la pelo e-mail licitacoes@saofranciscodeassis.rs.gov.br

16.2.1. As certidões e documentos que tenham sido expedidos em meio eletrônico e/ou que possuam autenticações digitais serão tidos como originais após terem a autenticidade de seus dados conferidos pelo Pregoeiro, **dispensando-se nova apresentação, exceto se vencido o prazo de validade.**

16.2.2. O envio dos documentos que não se enquadram no disposto no subitem 16.2.1, observado o disposto no art. 32 da Lei Federal 8.666/93, deverá ser feito da seguinte forma:

a) Encaminhados ao Pregoeiro eletrônico, para o seguinte endereço: Prefeitura Municipal– Setor de Licitações, Rua João Moreira, nº 1707, Centro, São Francisco de Assis-RS, Cep 97610-000. Para fins de averiguação do andamento da postagem, os licitantes poderão informar o código de rastreio através do e-mail licitacoes@saofranciscodeassis.rs.gov.br

b) O envelope contendo a documentação deverá obrigatoriamente ser identificado na face externa, para a qual se sugere a seguinte redação:

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS – SETOR DE LICITAÇÕES
PREGÃO ELETRÔNICO P/ REGISTRO DE PREÇOS Nº 029/2021
DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO
RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA
CNPJ
ENDEREÇO
TELEFONE E E-MAIL PARA CONTATO**

16.3. A falta de quaisquer dos documentos de habilitação ou o descumprimento das exigências previstas nos subitens anteriores implicará a INABILITAÇÃO do licitante, sendo facultado à Administração convocar os licitantes remanescentes, na ordem de classificação ou revogar a licitação, sem prejuízo de aplicação das sanções previstas.

16.4. Na hipótese de o vencedor da licitação se recusar a assinar a ata, outro licitante será convocado, respeitada a ordem de classificação para, após analisada a proposta e feita a negociação, a comprovação dos requisitos para habilitação e eventuais documentos complementares, assinar a ata, sem prejuízo da aplicação das sanções contidas no item 20.

16.5. A não apresentação dos originais ou cópias autenticadas dos documentos de habilitação, no prazo do subitem 16.1. será equiparada a uma recusa injustificada à contratação, ressalvado o disposto no subitem 16.2.1.

16.6. A vigência da ata de registro de preços será de 1(um) ano a contar da data da assinatura, computadas todas as prorrogações. Durante esse período, o Município realizará pesquisas periódicas de preços, com a finalidade de obter os valores praticados no mercado para os itens objeto da presente licitação.

16.7. O preço registrado poderá ser revisto em decorrência de eventual redução daqueles praticados no mercado ou de fato que eleve o custo dos serviços ou bens registrados, cabendo ao órgão gerenciador da Ata – Setor de Compras desta Prefeitura, promover as necessárias negociações junto aos fornecedores.

16.8. Quando o preço inicialmente registrado, por motivo superveniente, tornar-se superior ao praticado no mercado, o órgão gerenciador da Ata – Setor de Compras desta Prefeitura deverá convocar o fornecedor, visando à negociação para redução e adequação ao de mercado.

16.9. Caso a negociação seja frustrada, o fornecedor será liberado do compromisso assumido, cabendo ao Município convocar os demais fornecedores, visando a igual oportunidade de negociação.

16.10. Quando o preço de mercado tornar-se superior aos preços registrados e o fornecedor, mediante requerimento devidamente comprovado, não puder cumprir o compromisso, o órgão gerenciador da Ata – Setor de Compras desta Prefeitura poderá:

a) liberar o fornecedor do compromisso assumido, sem aplicação da penalidade, confirmando a veracidade dos motivos e comprovantes apresentados, e se a comunicação ocorrer antes do pedido de fornecimento; e

b) convocar os demais fornecedores visando igual oportunidade de negociação.

16.11. Não havendo êxito nas negociações, o órgão gerenciador – Setor de Compras desta Prefeitura deverá proceder a revogação da Ata de Registro de Preços, adotando as medidas cabíveis para obtenção da contratação mais vantajosa.

17. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA



17.1. Por ser registro de preços a dotação orçamentária será alocada no momento do pedido de aquisição pela Secretaria requisitante, se houver.

18. DA ENTREGA

18.1. O prazo de entrega da quantidade solicitada será de até 15 (quinze) dias, a contar da confirmação pela licitante do recebimento da ordem de fornecimento (nota de empenho) emitido pelo Setor de Compras desta Prefeitura.

18.2. Em nenhuma hipótese serão aceitos e recebidos pela Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis-RS, produtos diferentes do exigido nesta licitação. Todas as entregas ocorrerão sem ônus de qualquer natureza à Administração Municipal.

18.2.1. A entrega da quantidade solicitada deverá ser feita no Almoarifado da Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis – RS, telefone 55 3252 2588, situado nos fundos da Prefeitura Municipal, localizada na Rua João Moreira, nº 1707, Centro, de segunda-feira à sexta-feira (dias úteis), no horário das 07h30min às 11h30min, mediante apresentação da Nota Fiscal, sem ônus de frete para o município.

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

18.4. No momento da entrega, nos termos dos artigos 73 a 76 da Lei 8.666/93, o objeto será recebido:

Provisoriamente, para posterior verificação da conformidade com as especificações e/ou testes;

Definitivamente, em até 5 (cinco) dias úteis, contados do recebimento provisório, após a verificação de atendimento às exigências, quando será lavrado o atestado de recebimento definitivo.

18.5. A entrega dos produtos será acompanhada e fiscalizada por representante(s) da Administração Municipal, designado(s) para esse fim, que realizará(ão) a atestação ou não de conformidade com o solicitado, sendo permitida a assistência de terceiros.

18.7. Verificada a não conformidade do produto, no todo ou em parte, o licitante vencedor deverá promover a regularização ou substituição no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, sujeitando-se às penalidades previstas neste Edital, sendo que todos os custos correrão por sua conta.

18.8. 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.

19. DO PAGAMENTO

19.1. O pagamento será efetuado em até 15(quinze) dias do mês subsequente ao mês recebimento definitivo do(s) produto(s) e apresentação da Nota Fiscal Eletrônica mediante depósito na conta corrente de titularidade do fornecedor.

19.2. A nota fiscal eletrônica emitida pelo fornecedor deverá conter, em local de fácil visualização, a indicação do número do pregão eletrônico, da ordem de fornecimento, a indicação do banco, agência e número de conta corrente de titularidade do fornecedor em que o pagamento deverá ser efetuado, a fim de se acelerar o trâmite de recebimento do material e posterior liberação do documento fiscal para pagamento.

19.2.1. A fornecedora deverá apresentar a(s) nota(s) fiscal(s), de acordo com a nota de empenho emitida pelo Setor de Compras desta Prefeitura.

19.3. A Nota fiscal somente será liberada para pagamento quando o cumprimento do contrato estiver em total conformidade com as especificações exigidas pelo Município.

19.4. Nenhum pagamento será efetuado ao vencedor enquanto pendente de liquidação quaisquer obrigações financeiras que lhe foram impostas, em virtude de penalidade ou inadimplência, sem que isso gere direito ao pleito de reajustamento de preços ou correção monetária.

19.5. Ocorrendo atraso no pagamento, os valores serão corrigidos monetariamente pelo IPCA do período, ou outro índice que vier a substituí-lo, e a Administração compensará a contratada com juros de 0,5% ao mês, *pro rata*.

20. SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

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



a) ausência de entrega ou deixar de apresentar os originais ou cópias autenticadas dos documentos de habilitação para fins de assinatura do contrato ou da ata: multa de 10% sobre o valor estimado da contratação e impedimento de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 5 (cinco) anos;

b) apresentação de documentação falsa para participação no certame: multa de 10% sobre o valor estimado da contratação e impedimento do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 5 (cinco) anos;

c) retardamento da execução do certame, por conduta reprovável: afastamento do certame e suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 2 (dois) anos;

d) manter comportamento inadequado durante o pregão: afastamento do certame e suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 2 (dois) anos;

e) não manutenção da proposta, após a adjudicação: suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 5 (cinco) anos e multa de 10% sobre o valor estimado da contratação;

f) cometimento de fraude fiscal: suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 5 (cinco) anos e multa de 10% sobre o valor estimado da contratação;

g) fraudar a execução do contrato: suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 5 (cinco) anos e multa de 10% sobre o valor estimado da contratação;

h) executar o contrato com irregularidades, passíveis de correção durante a execução e sem prejuízo ao resultado, ou seja, pequenos descumprimentos contratuais: advertência por escrito;

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

j) inexecução parcial do contrato: suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 3 (três) anos e multa de 5% sobre o valor correspondente ao montante não adimplido do contrato;

k) inexecução total do contrato: suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 5 (cinco) anos e multa de 10% sobre o valor atualizado do contrato;

l) o atraso que exceder ao prazo fixado para a entrega, acarretará a multa de 0,5% por dia de atraso limitado ao máximo de 10% sobre o valor total do que lhe foi adjudicado.

m) causar prejuízo material resultante diretamente do fornecimento do produto: declaração de inidoneidade cumulada com a suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração Pública pelo prazo de 2 (dois) anos e multa de 10 % sobre o valor do produto que foi vencedor no certame. A declaração terá efeitos enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que a contratada se reabilite junto à autoridade que aplicou a sanção, mediante o ressarcimento de todos os prejuízos que tenha causado e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso III do artigo 87 da Lei Federal 8.666/93.

20.2. As sanções previstas neste edital são independentes entre si, podendo ser aplicadas de forma isolada ou cumulativamente, sem prejuízo de outras medidas cabíveis.

20.3. Não serão aplicadas multas, se justificada e comprovadamente, o atraso na execução do objeto advier de caso fortuito ou de força maior.

20.4. Em qualquer hipótese de aplicação de sanções serão assegurados a licitante vencedora o contraditório e a ampla defesa.

20.5. Verificando-se outras irregularidades na execução do contrato, não tipificadas nos itens anteriores poderá a Administração aplicar as demais penalidades previstas pelo art. 87 da Lei 8.666/93.

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

20.7. 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. As sanções serão descontadas dos pagamentos eventualmente devidos pela Administração.

20.8. As sanções descritas também se aplicam aos licitantes que, convocados, não honrarem o compromisso assumido sem justificativa ou com justificativa recusada pela Administração.

21. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

21.1. Na contagem dos prazos estabelecidos neste edital, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento, e considerar-se-ão os dias consecutivos, exceto quando for explicitamente disposto em contrário.

21.1.1. Para efeito de aplicação do previsto neste subitem, os prazos indicados para quaisquer atos do procedimento licitatório, inclusive o da validade das propostas, serão considerados prorrogados para o primeiro dia útil subsequente, se recaírem em data em que não haja expediente na Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis-RS.



21.2. A apresentação da proposta de preços implica na plena aceitação das condições deste edital, sujeitando-se o licitante às sanções contidas na Lei 10.520/2002.

21.3. O resultado desta licitação será lavrado em Ata, a qual será assinada pelo Pregoeiro e Equipe de Apoio.

21.4. No interesse da Administração, sem que caiba às empresas participantes qualquer recurso ou indenização, poderá a licitação ter:

a) adiada sua abertura;

b) alterado o edital, com fixação de novo prazo para a realização da licitação, se a alteração afetar a elaboração das propostas.

21.5. A Administração se reserva o direito de anular ou revogar, a qualquer tempo, a presente licitação, sem que disto decorra qualquer direito aos licitantes nos termos do artigo 49 da Lei 8.666/93.

21.6. A nulidade do processo licitatório induzirá à dos atos decorrentes.

21.7. É facultado ao pregoeiro ou à autoridade superior, em qualquer fase da licitação, promover diligências com vistas a esclarecer ou a complementar a instrução do processo.

21.8. Os proponentes intimados para prestar quaisquer esclarecimentos adicionais deverão fazê-lo no prazo determinado pelo pregoeiro, sob pena de desclassificação/inabilitação. O pregoeiro reserva-se o direito de solicitar o original de qualquer documento, sempre que julgar necessário.

21.9. O pregoeiro poderá subsidiar-se em pareceres emitidos por técnicos ou especialistas no assunto objeto desta licitação, bem como poderão ser admitidos erros de natureza formal, desde que não comprometam o interesse público e da Administração.

21.10. As normas que disciplinam este Pregão serão interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os proponentes, desde que não comprometam o interesse da Administração, a isonomia, a finalidade e a segurança da contratação.

21.11. Os casos omissos serão resolvidos pelo pregoeiro, com base na legislação em vigor.

21.12. O Município não aceitará, sob nenhum pretexto, a transferência de responsabilidades do licitante vencedor a terceiros.

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

21.14. As proponentes assumem todos os custos de preparação e apresentação de suas propostas e a Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis não será, em nenhum caso, responsável por estes custos, independentemente da condução ou do resultado do processo licitatório.

21.15. As proponentes são responsáveis pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados em qualquer fase da licitação.

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

21.17. Para agilização dos trabalhos, solicita-se que os licitantes façam constar em sua documentação o endereço, o número de telefone e e-mail atualizados.

21.18. Os documentos necessários para habilitação exigidos no presente instrumento convocatório poderão ser apresentados em original (acompanhados de suas respectivas cópias), por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente, publicação em órgão da imprensa oficial ou, ainda, por servidor da Administração do Município de São Francisco de Assis, à vista dos originais. Os documentos extraídos de sistemas informatizados (Internet) ficam dispensados de autenticação, portanto, ficarão sujeitos à verificação da sua autenticidade pelo Pregoeiro com auxílio da Equipe de Apoio.

21.19. A critério da Administração o objeto da presente licitação poderá sofrer acréscimos ou supressões, com base no disposto no artigo 65, 1º da Lei Federal 8.666/93.

21.20. O pregoeiro e sua equipe de apoio encontram-se à disposição para esclarecimento de dúvidas ou informações complementares pelo e-mail licitacoes@saofranciscodeassis.rs.gov.br, **no horário compreendido entre às 08h00min e 14h00min**, preferencialmente identificando-se o número do certame.

21.21. As licitantes, após a publicação oficial deste Edital, ficarão responsáveis pelo acompanhamento das eventuais republicações e/ou retificações de Edital, respostas a questionamentos e impugnações ou quaisquer outras ocorrências que por ventura possam ou não implicar em mudanças nos prazos de apresentação da proposta e da abertura da sessão pública.

21.22. Na hipótese de necessidade de suspensão da sessão pública para a realização de diligências, com vistas ao saneamento de erros ou falhas que não alterem a substância das propostas, dos documentos e sua validade jurídica, a sessão somente poderá ser reiniciada mediante aviso prévio no sistema com, no mínimo vinte e quatro horas de antecedência, informando no "chat" a nova data e horário para a sua continuidade.



21.23. O Foro da Comarca de São Francisco de Assis, estado do Rio Grande do Sul, fica eleito para solucionar as questões atinentes a esta licitação ou a atos dela decorrentes, não prevalecendo qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

21.24. Fazem parte integrante deste edital:

ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA
ANEXO II - MODELO DE PROPOSTA FINANCEIRA
ANEXO III – MINUTA DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS
ANEXO IV - MODELOS

São Francisco de Assis - RS, 05 de agosto de 2021.

Paulo Renato Cortelini
Prefeito Municipal

Aprovo o presente Edital de acordo com a Lei nº 10.520/2002, Decreto Municipal 1.040/2020, normas gerais da Lei 8.666/93 e suas alterações posteriores e Lei Complementar nº 123/2006 e suas alterações posteriores.

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



ANEXO I
TERMO DE REFERÊNCIA

1. INTRODUÇÃO.

Em observância ao disposto nas Leis Federais 8.666/1993 e 10.520/2002, Decreto Municipal 1.040/2020 e Lei Complementar nº 123/2006 e para atender a necessidade das Diversas Secretarias pertencentes à Administração Municipal, elaboramos o presente Termo de Referência para que através do procedimento legal pertinente sejam registrados os preços para a eventual aquisição de material gráfico, conforme características abaixo.

2. JUSTIFICATIVA

A presente solicitação serve para atender a necessidade das Diversas Secretarias da Administração Municipal.

3. DA ENTREGA E DO PAGAMENTO

Conforme disposto no edital.

4. ITEM(ENS)/ ESPECIFICAÇÕES/UNIDADE/QUANTIDADE/PREÇO MÁXIMO ACEITÁVEL

Item	Produtos	Unidade	Quant. Mínima	Quant. Máxima	Valor Unitário em R\$
Secretaria Municipal da Saúde					
1	Adesivo vinil – CAPs, colorido, dimensões: 05 cm x 03 cm. (Anexo 01)	Unidade	01	2.000	R\$ 2,37
2	Adesivo vinil – Dia Mundial da Saúde Mental, colorido, dimensões: 8,5cm x 10 cm. (Anexo 02)	Unidade	01	2.000	R\$ 4,11
3	Adesivo vinil – Setembro Amarelo, colorido, dimensões: 07 cm x 07 cm. (Anexo 03)	Unidade	01	2.000	R\$ 3,69
4	Adicional Noturno, dimensões: 30 cm x 21 cm. (Anexo 04)	Unidade	01	400	R\$ 1,83
5	Alvará Sanitário, dimensões: 19 cm x 30 cm, papel 180g. (Anexo 05)	Unidade	01	1.000	R\$ 1,12
6	APAC-Lauda para Solicitação e Autorização de Atendimento Ambulatorial, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 06)	Unidade	01	6.000	R\$ 0,48
7	Auto de infração, com 03 vias, sendo 1ª via cor branca, 2ª via cor verde e 3ª via cor amarela, todas em papel carbonado, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 07)	Unidade	01	1.000	R\$ 17,48
8	Boletim Campo Laboratório, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 08)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,36
9	Boletim de Produção Ambulatorial – BPA Consolidado, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 09)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,35
10	Boletim de Reconhecimento – Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue – PCFAD, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 10)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,35
11	Cadastro Domiciliar e Territorial, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 11)	Unidade	01	20.000	R\$ 0,29
12	Cadastro Individual, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 12)	Unidade	01	20.000	R\$ 0,29



13	Cartão da Mulher, frente e verso, papel 180g, dimensões: 10 cm x 21,5cm. (Anexo 13)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,33
14	Cartão de Hipertensos e Diabéticos, frente e verso, papel 180g, dimensões: 20 cm x 10 cm. (Anexo 14)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,34
15	Cartão de Saúde Mental, frente e verso, colorido, papel 180g, dimensões: 20 cm x 10 cm. (Anexo 15)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,53
16	Cartão de Vacina, frente e verso, colorido, papel 180g, dimensões: 15 cm x 10,5 cm. (Anexo 16)	Unidade	01	6.000	R\$ 0,46
17	Cartão do Dentista - Saúde Bucal, frente e verso, papel 180g, dimensões: 07 cm x 07 cm. (Anexo 17)	Unidade	01	4.000	R\$ 0,29
18	Cartão Nacional do SUS, papel 250g, colorido, dimensões: 8,5cm x 5,4 cm. (Anexo 18)	Unidade	01	10.000	R\$ 0,28
19	Carteira de Gestante, frente e verso, papel 180g, dimensões: 22 cm x 31 cm. (Anexo 19)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,50
20	Check List - Ficha de Avaliação do Domicílio, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 20)	Unidade	01	8.000	R\$ 0,28
21	Check-list do Centro de Materiais e Esterilização, frente e verso, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 21)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,34
22	Comprovante de Visita Domiciliar, frente e verso, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 22)	Unidade	01	4.000	R\$ 0,26
23	Comprovante Retorno Faxinal, dimensões: 13 cm x 10 cm. (Anexo 23)	Unidade	01	1.000	R\$ 0,36
24	Consentimento Informado do Paciente - Tele-ECG Digital, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 24)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,31
25	Escala de Coelho, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 25)	Unidade	01	6.000	R\$ 0,27
26	Ficha Cadastral de Prótese e Órtese, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 26)	Unidade	01	400	R\$ 0,72
27	Ficha Cadastro - Sisvan, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 27)	Unidade	01	4.000	R\$ 0,48
28	Ficha de Acolhimento - CAPs, cada pagina em folha separada, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 28)	Unidade	01	4.000	R\$ 0,95
29	Ficha de Anamnese - Academia da Saúde Popular, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 29)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,30
30	Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA), com dimensões: 21 cm x 15 cm. (Anexo 30)	Unidade	01	400.000	R\$ 0,11
31	Ficha de Atendimento Ambulatorial Continuada (FAA Continuada), com dimensões: 21 cm x 15 cm. (Anexo 31)	Unidade	01	200.000	R\$ 0,13
32	Ficha de Atendimento Individual, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 32)	Unidade	01	10.000	R\$ 0,26
33	Ficha de Atendimento Odontológico Individual, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 33)	Unidade	01	4.000	R\$ 0,42



34	Ficha de Atividade Coletiva, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 34)	Unidade	01	4.000	R\$ 0,42
35	Ficha de Cadastramento da Gestante, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 35)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,48
36	Ficha de Cirurgias, dimensões: 21 cm x 30 m. (Anexo 36)	Unidade	01	4.000	R\$ 0,33
37	Ficha de Controle da Doença de Chagas – Diário de Pesquisa e Borrifação, dimensões: 21 cm x 17 cm. (Anexo 37)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,30
38	Ficha de Encaminhamento para o Ambulatório de HAS e DM do HRSM, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 38)	Unidade	01	4.000	R\$ 0,46
39	Ficha de Gestante, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 39)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,44
40	Ficha de Identificação de Artrópodos – FIA, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 40)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,40
41	Ficha de Notificação Acidentes por Animais Peçonhentos – Sinan, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 41)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,42
42	Ficha de Notificação AIDS – Sinan, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 42)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,42
43	Ficha de Procedimentos, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 43)	Unidade	01	4.000	R\$ 0,43
44	Ficha de Referência Contra Referência – Municipal, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 44)	Unidade	01	10.000	R\$ 0,23
45	Ficha de Referência e Contra Referência – HUSM, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 45)	Unidade	01	10.000	R\$ 0,24
46	Ficha de Vacinação, papel 180g, dimensões: 10,5cm x 15 cm. (Anexo 46)	Unidade	01	10.000	R\$ 0,35
47	Ficha de Visita – Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue, papel 180g, dimensões: 11 cm x 16 cm. (Anexo 47)	Unidade	01	4.000	R\$ 0,36
48	Ficha de Visita – Programa Estadual de Vigilância e Controle do Aedes, colorido, papel 180g, dimensões: 9,5cm x 13 cm. (Anexo 48)	Unidade	01	4.000	R\$ 0,40
49	Ficha de Visita (controle da dengue), colorido, descrição: com o verso imantado, dimensões: 07 cm x 08 cm. (Anexo 49)	Unidade	01	6.000	R\$ 0,71
50	Ficha de Visita Domiciliar e Territorial, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 50)	Unidade	01	8.000	R\$ 0,42
51	Ficha Hiperdia – Cadastro do Hipertenso e/ou Diabético, colorido dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 51)	Unidade	01	4.000	R\$ 0,43
52	Ficha marcadores alimentar – Sisvan, colorido, dimensões: 21cm x 30 cm. (Anexo 52)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,43
53	Fichas de Monitoramento Semanal, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 53)	Unidade	01	4.000	R\$ 0,43
54	Folder – Dengue pode Matar, frente e verso, colorido, papel reciclado, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 54)	Unidade	01	6.000	R\$ 0,59
55	Folder Dengue – Ainda dá Tempo de Combater	Unidade	01	6.000	R\$ 0,44



	o Mosquito, colorido, papel reciclado, dimensões: 15 cm x 21 cm. (Anexo 55)				
56	Folder Vigilância Ambiental em Saúde, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 56)	Unidade	01	4.000	R\$ 0,64
57	FORMSUS – Armadilhas, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 57)	Unidade	01	4.000	R\$ 0,30
58	FORMSUS LIRAA-LIA, frente e verso, dimensões: 21cm x 30 cm. (Anexo 58)	Unidade	01	4.000	R\$ 0,38
59	Formulário de Cadastro – Sisvan, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 59)	Unidade	01	4.000	R\$ 0,42
60	Formulário de Solicitação de Exame- Procedimento, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 60)	Unidade	01	4.000	R\$ 0,44
61	Formulário de Visitas aos Imóveis – AB, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 61)	Unidade	01	4.000	R\$ 0,33
62	Formulário de Visitas Diárias aos Imóveis – Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia Formulário de Visitas Diárias aos Imóveis, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 62)	Unidade	01	6.000	R\$ 0,30
63	GERCON – Solicitação para Consulta Especializada em Cardiologia Adulto, colorido, dimensões: 21cm x 30 cm. (Anexo 63)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,34
64	GERCON – Solicitação para Consulta Especializada em Neurologia Adulto, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 64)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,42
65	GERCON – Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Catarata, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 65)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,42
66	GERCON – Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Córnea, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 66)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,42
67	GERCON – Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Descolamento de Retina, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 67)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,42
68	GERCON – Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Geral Adulto, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 68)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,42
69	GERCON – Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Glaucoma, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 69)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,42
70	GERCON – Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Pediátrica, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 70)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,42
71	GERCON – Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Retinopatia Diabética, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 71)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,42
72	GERCON – Solicitação para Consulta Especializada, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 72)	Unidade	01	4.000	R\$ 0,42
73	Instrumento SAE, cada pagina em folha separada, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 73)	Unidade	01	4.000	R\$ 1,83



74	Laudo para Solicitação e Autorização de Atendimento Ambulatorial, dimensões: 21 cm x 17 cm. (Anexo 74)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,31
75	Laudo Testes Rápidos HIV-Sífilis-Hepatites, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 75)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,32
76	Lista de Viagem – VAN, dimensões: 30 cm x 21 cm. (Anexo 76)	Unidade	01	400	R\$ 0,72
77	Lista de Viagem, frente e verso, papel 180g, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 77)	Unidade	01	3.000	R\$ 0,38
78	Marcadores de Consumo - Sisvan, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 78)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,35
79	Pasta Cartolina, papel 180g, dimensões: 24 cm x 33 cm, na cores: amarelo, azul, branco, laranja, verde escuro ou vermelho. (cor a definir). (Anexo 79)	Unidade	01	12.000	R\$ 1,62
80	Programa Nacional de Controle da dengue - PNCD - Registro Diário do Serviço Antiveterial, frente e verso, colorido dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 80)	Unidade	01	4.000	R\$ 0,34
81	Programa Nacional de Controle da Dengue - PNCD - Vigilância Entomológica - Armadilhas, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 81)	Unidade	01	4.000	R\$ 0,41
82	Prontuário do Dentista - Saúde Bucal, frente e verso, papel 180g, dimensões: 21,5cm x 14 cm. (Anexo 82)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,38
83	Prontuário Médico, frente e verso, papel 180g, dimensões: 20,5cm x 23,5 cm. (Anexo 83)	Unidade	01	20.000	R\$ 0,34
84	Protocolo de Atendimento TCC, frente e verso, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 84)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,35
85	PTS - Plano Terapêutico Singular, dimensões: 21cm x 30 cm. (Anexo 85)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,33
86	RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 86)	Unidade	01	4.000	R\$ 0,44
87	Receituário comum c/100 fls, dimensões: 14,5cm x 21 cm. (Anexo 87)	Bloco	01	1.000	R\$ 4,83
88	Receituário Controle Especial, bloco c/ 100 fls, dimensões: 14,5cm x 21 cm. (Anexo 88)	Bloco	01	1.000	R\$ 4,83
89	Receituário de Plantão c/100 fls Verde, dimensões: 14,5cm x 21 cm. (Anexo 89)	Bloco	01	800	R\$ 5,16
90	Relatório de Viagem, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 90)	Unidade	01	6.000	R\$ 0,83
91	Requisição de Exame Citopatológico, colorido, frente e verso, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 91)	Unidade	01	4.000	R\$ 0,37
92	Requisição de Exames, bloco c/100 fls, dimensões: 21 cm x 14,5 cm. (Anexo 92)	Bloco	01	1.000	R\$ 4,63
93	Requisição de Mamografia, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 93)	Unidade	01	4.000	R\$ 0,37
94	Resumo do Boletim de Campo e Laboratório - LIRAA, colorido, dimensões: 14,5cm x 15 cm. (Anexo 94)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,32
95	Resumo Semanal do Serviço Antiveterial - PE, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 95)	Unidade	01	4.000	R\$ 0,39



96	Serviço de Aconselhamento e Testagem, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 96)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,29
97	SINAN Hanseníase, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 97)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,28
98	SINAN Tuberculose, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 98)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,28
99	Sistematização da Assistência de Enfermagem - CAPs, cada página em folha separada, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 99)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,99
100	Solicitamos que a positividade seja comunicada conforme INSTRUTIVO, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 100)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,28
101	Teste Rápido para Detecção de Anticorpos para HIV, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 101)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,36
102	Teste Rápido para Detecção de Anticorpos para Sífilis, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 102)	Unidade	01	2.000	R\$ 0,36
Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social					
103	Bloco para solicitação para esgotamento de poço negro, com 02 vias, sendo 1ª via cor branca e 2ª via cor amarela, bloco com 50 jogos, numerados de 001 à 050, tamanho 20x80 cm. (Anexo 103)	Bloco	01	15	R\$ 22,12
104	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. (Anexo 104)	Bloco	01	15	R\$ 22,39
105	Folha timbrada (conselho tutelar), impressas em folha A4, 210 x 297 mm, 75 g/m ² . O timbre deveser colorido. No rodapé, deverão constar os dados (endereço, telefone,...) da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. (Anexo 105)	Unidade	01	1000	R\$ 0,77
106	Agenda personalizada com mola branca, capa metalizada, contendo 100 folhas brancas, gramatura mínima 75 g/m ² medindo 14 cm x 21 cm. (Anexo 106)	Unidade	01	300	R\$ 38,09
Secretaria de Agricultura, Pecuária e Abastecimento					
107	Talão de Certificado de Serviço de Inspeção Municipal - SIM, com 02 vias carbonadas, sendo 1ª via cor branca e 2ª via cor azul, com destaque, numeração a partir do nº 001, bloco com 100 folhas, tamanho 20,5 cm x 15,5 cm. (Anexo 107)	Unidade	01	15	R\$ 16,90
Secretaria Municipal de Educação e Cultura					
108	Pasta "ficha funcional do servidor", confeccionada em papel couchê, plastificada, timbrada, gramatura mínima 300gr/m ² , cor branca, dimensões 24 cm x 34 cm. (Anexo 108)	Unidade	01	100	R\$ 6,67
109	Certificado, confeccionado em papel couchê, gramatura mínima 300 gr/m ² , impressão colorida em folha A4, 210 X 297 mm, cor branca. OBS: MODELO A SER CONFECCIONADO SERÁ ENVIADO JUNTAMENTE COM PEDIDO DE EMPENHO. (Anexo 109 - somente para	Unidade	01	800	R\$ 3,67



exemplificação)					
Secretaria Municipal da Administração e Planejamento					
110	Folha timbrada, impressas em folha A4, 210 x 297 mm, gramatura 90 g/m ² , com timbre colorido. No rodapé, deverão constar os dados (endereço, CNPJ, telefone...) da Prefeitura Municipal. (Anexo 110)	Resmas	01	80	R\$ 193,33
111	Cartões de anotação, tamanho 15 cm x 10 cm. (Anexo 111)	Unidade	01	40	R\$ 3,76
112	Talão para requisição do almoxarifado, sendo 02 vias, 1ª via cor branca, 2ª via cor rosa, em papel carbonado, com 50 jogos, numeração a partir de 001, dimensões 22 cm x 12 cm. (Anexo 112)	Unidade	01	36	R\$ 19,97
113	Ficha de controle de estoque do almoxarifado, dimensões 21.5 cm x 12 cm. (Anexo 113)	Unidade	01	200	R\$ 2,13
114	Pasta "Ficha funcional", gramatura mínima 180g/m ² tamanho 48 cm x 33 cm. (Anexo 114)	Unidade	01	200	R\$ 4,50
Secretaria Municipal da Fazenda					
115	Ficha aluguel carneira em papel cartão, medindo 22 cm de largura x 16 cm de altura, na cor branca. (Anexo 115)	Unidade	01	300	R\$ 1,93
116	Pasta receita, medindo 22 cm de largura x 16 cm de altura, 180 gramas, na cor Branca. (Anexo 116)	Unidade	01	500	R\$ 1,73
117	Pasta despesas, medindo 24 cm de largura x 32,5 cm de altura, na cor Bege, 180 gramas. (Anexo 117)	Unidade	01	500	R\$ 2,59
118	Talão de Guias de Arrecadação, em 03 vias carbonada, sendo a 1ª via branca, 2ª via rosa e a 3ª via amarela, com 50 jogos, medindo 21,5 cm de largura x 11,5 cm de altura. (Anexo 118)	Unidade	01	300	R\$ 15,87
Secretaria Municipal de Habitação, Indústria e Comércio					
119	Cartão de identificação, Secretário Municipal de Indústria e Comércio, medindo 9 x 5 cm, fundo preto e letras na cor branca. (Anexo 119)	Unidade	01	1.000	R\$ 0,67
120	Cartão de identificação, Coordenadora do Procon, medindo 9 x 5 cm, fundo preto e letras na cor branca. (Anexo 120)	Unidade	01	1.000	R\$ 0,67
121	Pasta colorida, com logomarca da Administração, medindo 33,5 cm x 24 cm. (Anexo 121)	Unidade	01	300	R\$ 4,83
Secretaria Municipal de Obras e Saneamento					
122	Talão de passagens de ônibus urbano, tamanho 18 cm x 8 cm, de 50 folhas, 02 vias, sendo 1ª via cor branca, 2ª via cor amarela, com numeração a partir do nº 001, com destaque. (Anexo 122)	Unidade	01	180	R\$ 9,85
Diversas Secretarias					
123	Envelope timbrado, na cor branca, tamanho 24 cm x 34 cm. (Anexo 123)	Unidade	01	820	R\$ 1,37
124	Envelope timbrado, na cor Branca, tamanho 23 cm x 11,5 cm. (Anexo 124)	Unidade	01	400	R\$ 1,00
125	Envelope cor branco, timbrado, tamanho 25 cm	Unidade	01	550	R\$ 1,10



	x 18 cm. (Anexo 125)				
126	Pasta de cartolina cores: azul ou branca, para processo, medindo 33,5 cm x 24 cm. Cor a definir (Anexo 126)	Unidade	01	1.280	R\$ 1,65
127	Pasta em papel couchê, plastificada, timbrada, gramatura mínima 180 gr/m ² . cores: azul ou branca, dimensões 34 cm x 24 cm. Cor a definir (Anexo 127)	Unidade	01	600	R\$ 4,18
128	Pasta em papel couchê, plastificada, timbrada em material resistente, gramatura mínima 180 gr/m ² , cores: azul ou branca, dimensões 48 cm x 33 cm. Cor a definir (Anexo 128)	Unidade	01	550	R\$ 4,45
129	Pasta em papel couche, gramatura mínima 300g/m ² , plastificada, cor branca, dimensões 33,5 cm x 24 cm. (Anexo 129)	Unidade	01	500	R\$ 4,33
130	Talão para Autorização de Abastecimento de Combustível, com numeração a partir de 0001, sendo com 02 vias, a 1ª via cor branca e a 2ª via cor rosa, em papel carbonado, com 50 jogos, dimensões: 15,5 cm x 11,5 cm.(Anexo 130)	Unidade	01	495	R\$ 12,60
131	Talão de memorando timbrado, sendo com 02 vias, sendo 1ª via cor branca e 2ª via cor amarela, em papel carbonado, com 50 jogos, com numeração a partir de 0001, dimensões: 18 cm x 14 cm, com destaque. (Anexo 131)	Unidade	01	160	R\$ 11,50
132	Talão de Requerimento de Diária, sendo 02 VIAS com destaque, sendo 1ª via cor branca e 2ª via cor amarela, em papel carbonado, com 50 jogos, com numeração a partir de 0001, dimensões: 20 cm x 11,5 cm. (Anexo 132)	Unidade	01	480	R\$ 11,77
133	Talão para autorização, com 02 vias, sendo 1ª via cor branca e 2ª via cor rosa, em papel carbonado, com 50 jogos, numerados a partir de 0001, tamanho 14,5 x 13 cm. (Anexo 133)	Unidade	01	50	R\$ 18,60
134	Folha timbrada, impressa em folha A4, 210 x 297 mm, gramatura 75 g/m ² , com timbre colorido. No rodapé, deverá constar os dados (endereço, CNPJ, telefone...) da Prefeitura Municipal. (Anexo 134)	Resma	01	50	R\$ 218,33

Não será exigida amostra dos itens do presente certame, estando as licitantes certificadas de que os produtos ofertados devem atender as exigências e especificações mínimas constantes no presente Termo de Referência, estando próprios para o consumo/utilização, sob pena de recusa de recebimento do(s) bem(ns), sem prejuízo da aplicação de sanções administrativas.



ANEXO II

MODELO DE PROPOSTA FINANCEIRA - PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS 029/2021

EMPRESA: _____

CNPJ: _____, ENDEREÇO:

_____, TELEFONE: _____

E-MAIL:

VALIDADE DA PROPOSTA EM DIAS: _____ DADOS BANCÁRIOS: _____.

Item	Produto	Unidade	Quantidade mínima	Quantidade máxima	*Preço Unitário em R\$
1	Adesivo vinil – CAPs, colorido, dimensões: 05 cm x 03 cm. (Anexo 01)	Unidade	01	2.000	
2	Adesivo vinil – Dia Mundial da Saúde Mental, colorido, dimensões: 8,5cm x 10 cm. (Anexo 02)	Unidade	01	2.000	
3	Adesivo vinil – Setembro Amarelo, colorido, dimensões: 07 cm x 07 cm. (Anexo 03)	Unidade	01	2.000	
4	Adicional Noturno, dimensões: 30 cm x 21 cm. (Anexo 04)	Unidade	01	400	
5	Alvará Sanitário, dimensões: 19 cm x 30 cm, papel 180g. (Anexo 05)	Unidade	01	1.000	
6	APAC–Laudo para Solicitação e Autorização de Atendimento Ambulatorial, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 06)	Unidade	01	6.000	
7	Auto de infração, com 03 vias, sendo 1ª via cor branca, 2ª via cor verde e 3ª via cor amarela, todas em papel carbonado, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 07)	Unidade	01	1.000	
8	Boletim Campo Laboratório, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 08)	Unidade	01	2.000	
9	Boletim de Produção Ambulatorial – BPA Consolidado, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 09)	Unidade	01	2.000	
10	Boletim de Reconhecimento – Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue – PCFAD, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 10)	Unidade	01	2.000	
11	Cadastro Domiciliar e Territorial, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 11)	Unidade	01	20.000	
12	Cadastro Individual, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 12)	Unidade	01	20.000	
13	Cartão da Mulher, frente e verso, papel 180g, dimensões: 10 cm x 21,5cm. (Anexo 13)	Unidade	01	2.000	
14	Cartão de Hipertensos e Diabéticos, frente e verso, papel 180g, dimensões: 20 cm x 10 cm. (Anexo 14)	Unidade	01	2.000	



15	Cartão de Saúde Mental, frente e verso, colorido, papel 180g, dimensões: 20 cm x 10 cm. (Anexo 15)	Unidade	01	2.000	
16	Cartão de Vacina, frente e verso, colorido, papel 180g, dimensões: 15 cm x 10,5 cm. (Anexo 16)	Unidade	01	6.000	
17	Cartão do Dentista - Saúde Bucal, frente e verso, papel 180g, dimensões: 07 cm x 07 cm. (Anexo 17)	Unidade	01	4.000	
18	Cartão Nacional do SUS, papel 250g, colorido, dimensões: 8,5cm x 5,4 cm. (Anexo 18)	Unidade	01	10.000	
19	Carteira de Gestante, frente e verso, papel 180g, dimensões: 22 cm x 31 cm. (Anexo 19)	Unidade	01	2.000	
20	Check List - Ficha de Avaliação do Domicílio, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 20)	Unidade	01	8.000	
21	Check-list do Centro de Materiais e Esterilização, frente e verso, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 21)	Unidade	01	2.000	
22	Comprovante de Visita Domiciliar, frente e verso, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 22)	Unidade	01	4.000	
23	Comprovante Retorno Faxinal, dimensões: 13 cm x 10 cm. (Anexo 23)	Unidade	01	1.000	
24	Consentimento Informado do Paciente - Tele-ECG Digital, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 24)	Unidade	01	2.000	
25	Escala de Coelho, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 25)	Unidade	01	6.000	
26	Ficha Cadastral de Prótese e Órtese, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 26)	Unidade	01	400	
27	Ficha Cadastro - Sisvan, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 27)	Unidade	01	4.000	
28	Ficha de Acolhimento - CAPs, cada pagina em folha separada, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 28)	Unidade	01	4.000	
29	Ficha de Anamnese - Academia da Saúde Popular, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 29)	Unidade	01	2.000	
30	Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA), com dimensões: 21 cm x 15 cm. (Anexo 30)	Unidade	01	400.000	
31	Ficha de Atendimento Ambulatorial Continuada (FAA Continuada), com dimensões: 21 cm x 15 cm. (Anexo 31)	Unidade	01	200.000	
32	Ficha de Atendimento Individual, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 32)	Unidade	01	10.000	
33	Ficha de Atendimento Odontológico Individual, frente e verso, colorido,	Unidade	01	4.000	



	dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 33)				
34	Ficha de Atividade Coletiva, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 34)	Unidade	01	4.000	
35	Ficha de Cadastramento da Gestante, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 35)	Unidade	01	2.000	
36	Ficha de Cirurgias, dimensões: 21 cm x 30 m. (Anexo 36)	Unidade	01	4.000	
37	Ficha de Controle da Doença de Chagas – Diário de Pesquisa e Borrifação, dimensões: 21 cm x 17 cm. (Anexo 37)	Unidade	01	2.000	
38	Ficha de Encaminhamento para o Ambulatório de HAS e DM do HRSM, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 38)	Unidade	01	4.000	
39	Ficha de Gestante, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 39)	Unidade	01	2.000	
40	Ficha de Identificação de Artrópodos – FIA, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 40)	Unidade	01	2.000	
41	Ficha de Notificação Acidentes por Animais Peçonhentos – Sinan, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 41)	Unidade	01	2.000	
42	Ficha de Notificação AIDS – Sinan, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 42)	Unidade	01	2.000	
43	Ficha de Procedimentos, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 43)	Unidade	01	4.000	
44	Ficha de Referência Contra Referência – Municipal, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 44)	Unidade	01	10.000	
45	Ficha de Referência e Contra Referência – HUSM, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 45)	Unidade	01	10.000	
46	Ficha de Vacinação, papel 180g, dimensões: 10,5cm x 15 cm. (Anexo 46)	Unidade	01	10.000	
47	Ficha de Visita – Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue, papel 180g, dimensões: 11 cm x 16 cm. (Anexo 47)	Unidade	01	4.000	
48	Ficha de Visita – Programa Estadual de Vigilância e Controle do Aedes, colorido, papel 180g, dimensões: 9,5cm x 13 cm. (Anexo 48)	Unidade	01	4.000	
49	Ficha de Visita (controle da dengue), colorido, descrição: com o verso imantado, dimensões: 07 cm x 08 cm. (Anexo 49)	Unidade	01	6.000	
50	Ficha de Visita Domiciliar e Territorial, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 50)	Unidade	01	8.000	
51	Ficha Hiperdia – Cadastro do Hipertenso e/ou Diabético, colorido dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 51)	Unidade	01	4.000	



52	Ficha marcadores alimentar – Sisvan, colorido, dimensões: 21cm x 30 cm. (Anexo 52)	Unidade	01	2.000	
53	Fichas de Monitoramento Semanal, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 53)	Unidade	01	4.000	
54	Folder – Dengue pode Matar, frente e verso, colorido, papel reciclado, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 54)	Unidade	01	6.000	
55	Folder Dengue – Ainda dá Tempo de Combater o Mosquito, colorido, papel reciclado, dimensões: 15 cm x 21 cm. (Anexo 55)	Unidade	01	6.000	
56	Folder Vigilância Ambiental em Saúde, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 56)	Unidade	01	4.000	
57	FORMSUS – Armadilhas, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 57)	Unidade	01	4.000	
58	FORMSUS LIRAA-LIA, frente e verso, dimensões: 21cm x 30 cm. (Anexo 58)	Unidade	01	4.000	
59	Formulário de Cadastro – Sisvan, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 59)	Unidade	01	4.000	
60	Formulário de Solicitação de Exame-Procedimento, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 60)	Unidade	01	4.000	
61	Formulário de Visitas aos Imóveis – AB, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 61)	Unidade	01	4.000	
62	Formulário de Visitas Diárias aos Imóveis – Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia Formulário de Visitas Diárias aos Imóveis, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 62)	Unidade	01	6.000	
63	GERCON – Solicitação para Consulta Especializada em Cardiologia Adulto, colorido, dimensões: 21cm x 30 cm. (Anexo 63)	Unidade	01	2.000	
64	GERCON – Solicitação para Consulta Especializada em Neurologia Adulto, colorido, dimensões: 21cm x 30cm. (Anexo 64)	Unidade	01	2.000	
65	GERCON – Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Catarata, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 65)	Unidade	01	2.000	
66	GERCON – Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Córnea, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 66)	Unidade	01	2.000	
67	GERCON – Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Descolamento de Retina, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 67)	Unidade	01	2.000	
68	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Geral Adulto, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 68)	Unidade	01	2.000	



69	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Glaucoma, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 69)	Unidade	01	2.000	
70	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Pediátrica, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 70)	Unidade	01	2.000	
71	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Retinopatia Diabética, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 71)	Unidade	01	2.000	
72	GERCON - Solicitação para Consulta Especializada, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 72)	Unidade	01	4.000	
73	Instrumento SAE, cada pagina em folha separada, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 73)	Unidade	01	4.000	
74	Laudo para Solicitação e Autorização de Atendimento Ambulatorial, dimensões: 21 cm x 17 cm. (Anexo 74)	Unidade	01	2.000	
75	Laudo Testes Rápidos HIV-Sífilis-Hepatites, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 75)	Unidade	01	2.000	
76	Lista de Viagem - VAN, dimensões: 30 cm x 21 cm. (Anexo 76)	Unidade	01	400	
77	Lista de Viagem, frente e verso, papel 180g, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 77)	Unidade	01	3.000	
78	Marcadores de Consumo - Sisvan, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 78)	Unidade	01	2.000	
79	Pasta Cartolina, papel 180g, dimensões: 24 cm x 33 cm, na cores: amarelo, azul, branco, laranja, verde escuro ou vermelho. (cor a definir). (Anexo 79)	Unidade	01	12.000	
80	Programa Nacional de Controle da dengue - PNCD - Registro Diário do Serviço Antivetorial, frente e verso, colorido dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 80)	Unidade	01	4.000	
81	Programa Nacional de Controle da Dengue - PNCD - Vigilância Entomológica - Armadilhas, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 81)	Unidade	01	4.000	
82	Prontuário do Dentista - Saúde Bucal, frente e verso, papel 180g, dimensões: 21,5cm x 14 cm. (Anexo 82)	Unidade	01	2.000	
83	Prontuário Médico, frente e verso, papel 180g, dimensões: 20,5cm x 23,5 cm. (Anexo 83)	Unidade	01	20.000	
84	Protocolo de Atendimento TCC, frente e verso, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 84)	Unidade	01	2.000	



85	PTS - Plano Terapêutico Singular, dimensões: 21cm x 30 cm. (Anexo 85)	Unidade	01	2.000	
86	RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 86)	Unidade	01	4.000	
87	Receituário comum c/100 fls, dimensões: 14,5cm x 21 cm. (Anexo 87)	Bloco	01	1.000	
88	Receituário Controle Especial, bloco c/ 100 fls, dimensões: 14,5cm x 21 cm. (Anexo 88)	Bloco	01	1.000	
89	Receituário de Plantão c/100 fls Verde, dimensões: 14,5cm x 21 cm. (Anexo 89)	Bloco	01	800	
90	Relatório de Viagem, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 90)	Unidade	01	6.000	
91	Requisição de Exame Citopatológico, colorido, frente e verso, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 91)	Unidade	01	4.000	
92	Requisição de Exames, bloco c/100 fls, dimensões: 21 cm x 14,5 cm. (Anexo 92)	Bloco	01	1.000	
93	Requisição de Mamografia, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 93)	Unidade	01	4.000	
94	Resumo do Boletim de Campo e Laboratório - LIRAA, colorido, dimensões: 14,5cm x 15 cm. (Anexo 94)	Unidade	01	2.000	
95	Resumo Semanal do Serviço Antiveterial - PE, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 95)	Unidade	01	4.000	
96	Serviço de Aconselhamento e Testagem, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 96)	Unidade	01	2.000	
97	SINAN Hanseníase, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 97)	Unidade	01	2.000	
98	SINAN Tuberculose, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 98)	Unidade	01	2.000	
99	Sistematização da Assistência de Enfermagem - CAPs, cada pagina em folha separada, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 99)	Unidade	01	2.000	
100	Solicitamos que a positividade seja comunicada conforme INSTRUTIVO, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 100)	Unidade	01	2.000	
101	Teste Rápido para Detecção de Anticorpos para HIV, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 101)	Unidade	01	2.000	
102	Teste Rápido para Detecção de Anticorpos para Sífilis, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 102)	Unidade	01	2.000	
103	Bloco para solicitação para esgotamento de poço negro, com 02 vias, sendo 1ª via cor branca e 2ª via cor amarela, bloco com 50 jogos, numerados de 001 à 050, tamanho 20x80 cm. (Anexo 103)	Bloco	01	15	



104	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. (Anexo 104)	Bloco	01	15	
105	Folha timbrada (conselho tutelar), impressas em folha A4, 210 x 297 mm, 75 g/m ² . O timbre devera ser colorido. No rodapé, deverão constar os dados (endereço, telefone,...) da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. (Anexo 105)	Unidade	01	1000	
106	Agenda personalizada com mola branca, capa metalizada, contendo 100 folhas brancas, gramatura mínima 75 g/m ² medindo 14 cm x 21 cm. (Anexo 106)	Unidade	01	300	
107	Talão de Certificado de Serviço de Inspeção Municipal - SIM, com 02 vias carbonadas, sendo 1ª via cor branca e 2ª via cor azul, com destaque, numeração a partir do nº 001, bloco com 100 folhas, tamanho 20,5 cm x 15,5 cm. (Anexo 107)	Unidade	01	15	
108	Pasta "ficha funcional do servidor", confeccionada em papel couchê, plastificada, timbrada, gramatura mínima 300gr/m ² , cor branca, dimensões 24 cm x 34 cm. (Anexo 108)	Unidade	01	100	
109	Certificado, confeccionado em papel couchê, gramatura mínima 300 gr/m ² , impressão colorida em folha A4, 210 X 297 mm, cor branca. OBS: MODELO A SER CONFECCIONADO SERÁ ENVIADO JUNTAMENTE COM PEDIDO DE EMPENHO. (Anexo 109 - somente para exemplificação)	Unidade	01	800	
110	Folha timbrada, impressas em folha A4, 210 x 297 mm, gramatura 90 g/m ² , com timbre colorido. No rodapé, deverão constar os dados (endereço, CNPJ, telefone...) da Prefeitura Municipal. (Anexo 110)	Resmas	01	80	
111	Cartões de anotação, tamanho 15 cm x 10 cm. (Anexo 111)	Unidade	01	40	
112	Talão para requisição do almoxarifado, sendo 02 vias, 1ª via cor branca, 2ª via cor rosa, em papel carbonado, com 50 jogos, numeração a partir de 001, dimensões 22 cm x 12 cm. (Anexo 112)	Unidade	01	36	
113	Ficha de controle de estoque do almoxarifado, dimensões 21.5 cm x 12 cm. (Anexo 113)	Unidade	01	200	
114	Pasta "Ficha funcional", gramatura mínima 180g/m ² , tamanho 48 cm x 33 cm. (Anexo 114)	Unidade	01	200	
115	Ficha aluguel carneira em papel cartão, medindo 22 cm de largura x 16 cm de altura, na cor branca. (Anexo 115)	Unidade	01	300	



116	Pasta receita, medindo 22 cm de largura x 16 cm de altura, 180 gramas, na cor Branca. (Anexo 116)	Unidade	01	500	
117	Pasta despesas, medindo 24 cm de largura x 32,5 cm de altura, na cor Bege, 180 gramas. (Anexo 117)	Unidade	01	500	
118	Talão de Guias de Arrecadação, em 03 vias carbonada, sendo a 1ª via branca, 2ª via rosa e a 3ª via amarela, com 50 jogos, medindo 21,5 cm de largura x 11,5 cm de altura. (Anexo 118)	Unidade	01	300	
119	Cartão de identificação, Secretário Municipal de Indústria e Comércio, medindo 9 x 5 cm, fundo preto e letras na cor branca. (Anexo 119)	Unidade	01	1.000	
120	Cartão de identificação, Coordenadora do Procon, medindo 9 x 5 cm, fundo preto e letras na cor branca. (Anexo 120)	Unidade	01	1.000	
121	Pasta colorida, com logomarca da Administração, medindo 33,5 cm x 24 cm. (Anexo 121)	Unidade	01	300	
	Secretaria Municipal de Obras e Saneamento				
122	Talão de passagens de ônibus urbano, tamanho 18 cm x 8 cm, de 50 folhas, 02 vias, sendo 1ª via cor branca, 2ª via cor amarela, com numeração a partir do nº 001, com destaque. (Anexo 122)	Unidade	01	180	
123	Envelope timbrado, na cor branca, tamanho 24 cm x 34 cm. (Anexo 123)	Unidade	01	820	
124	Envelope timbrado, na cor Branca, tamanho 23 cm x 11,5 cm. (Anexo 124)	Unidade	01	400	
125	Envelope cor branco, timbrado, tamanho 25 cm x 18 cm. (Anexo 125)	Unidade	01	550	
126	Pasta de cartolina cores: azul ou branca, para processo, medindo 33,5 cm x 24 cm. Cor a definir (Anexo 126)	Unidade	01	1.280	
127	Pasta em papel couchê, plastificada, timbrada, gramatura mínima 180 gr/m², cores: azul ou branca, dimensões 34 cm x 24 cm. Cor a definir (Anexo 127)	Unidade	01	600	
128	Pasta em papel couchê, plastificada, timbrada em material resistente, gramatura mínima 180 gr/m², cores: azul ou branca, dimensões 48 cm x 33 cm. Cor a definir (Anexo 128)	Unidade	01	550	
129	Pasta em papel couche, gramatura mínima 300g/m², plastificada, cor branca, dimensões 33,5 cm x 24 cm. (Anexo 129)	Unidade	01	500	
130	Talão para Autorização de Abastecimento de Combustível, com numeração a partir de 0001, sendo com 02 vias, a 1ª via cor branca e a 2ª via cor rosa, em papel carbonado, com 50 jogos, dimensões: 15,5 cm	Unidade	01	495	



	x 11,5 cm.(Anexo 130)				
131	Talão de memorando timbrado, sendo com 02 vias, sendo 1ª via cor branca e 2ª via cor amarela, em papel carbonado, com 50 jogos, com numeração a partir de 0001, dimensões: 18 cm x 14 cm, com destaque. (Anexo 131)	Unidade	01	160	
132	Talão de Requerimento de Diária, sendo 02 VIAS com destaque, sendo 1ª via cor branca e 2ª via cor amarela, em papel carbonado, com 50 jogos, com numeração a partir de 0001, dimensões: 20 cm x 11,5 cm. (Anexo 132)	Unidade	01	480	
133	Talão para autorização, com 02 vias, sendo 1ª via cor branca e 2ª via cor rosa, em papel carbonado, com 50 jogos, numerados a partir de 0001, tamanho 14,5 x 13 cm. (Anexo 133)	Unidade	01	50	
134	Folha timbrada, impressa em folha A4, 210 x 297 mm, gramatura 75 g/m ² , com timbre colorido. No rodapé, deverá constar os dados (endereço, CNPJ, telefone...) da Prefeitura Municipal. (Anexo 134)	Resma	01	50	

*** ADEQUADO AO ÚLTIMO VALOR OFERTADO**

Data.....

.....
Nome, nº do RG e nº do CPF do Representante da Empresa

.....
Assinatura legível do Representante da Empresa



ANEXO III

MINUTA DA ATA DE PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 029/2021

O Município de São Francisco de Assis-RS, neste ato representado por seu Prefeito, Sr. PAULO RENATO CORTELINI, portador da carteira de identidade RG nº 1005094071, inscrito no CPF sob o nº 272.341.770-00, brasileiro, casado, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado **MUNICÍPIO, CNPJ nº 87.896.882/0001-01**, e a empresa _____, estabelecida na _____, nº _____, CNPJ nº _____, representada pelo(a) Sr(a) _____, portador da carteira de identidade RG nº _____, inscrito no CPF sob o nº _____, doravante denominada **PROMITENTE FORNECEDORA**, tendo em vista a homologação do **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 029/2021** em conformidade com a Lei Federal nº 10.520/2002, pelo Decreto Municipal nº 907/2018 e Decreto Municipal nº 1.040/2020, pela Portaria Municipal nº 499/2020, pela Lei Complementar nº 123/2006 e suas alterações posteriores, com subsídios na Lei Federal nº 8.666/1993 e suas alterações posteriores, mediante o estabelecimento das seguintes cláusulas, firmam a presente Ata de Registro de Preços.

CLÁUSULA I - DO OBJETO E DO VALOR

1.1 - Através da presente ata ficam registrados os seguintes preços para futuras aquisições pela Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis:

ITEM	PRODUTO	UNID.	QUANT. MÍN.	QUANT. MÁX.	PREÇO UNITÁRIO EM R\$

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.

CLÁUSULA II - DA VALIDADE DO REGISTRO DE PREÇOS

2.1 - A presente Ata de Registro de Preços terá validade de 1 (um) ano, contado a partir da data da assinatura, computadas todas as prorrogações.

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 observados, quanto ao preço, as cláusulas e condições constantes do Edital do Pregão Eletrônico para Registro de Preços nº 029/2021, que o precedeu e integra o presente instrumento de compromisso, independente de transcrição, por ser de pleno conhecimento das partes.

2.4-Ressalva de que, no prazo de validade da Ata, a Administração poderá não contratar.

CLÁUSULA III - DO PAGAMENTO

3.1- O pagamento será efetuado em até 15(quinze) dias do mês subsequente ao mês do recebimento definitivo do(s) produto(s) e apresentação da Nota Fiscal Eletrônica, mediante depósito na conta corrente de titularidade do fornecedor.

3.2- A nota fiscal eletrônica emitida pelo fornecedor deverá conter, em local de fácil visualização, a indicação do número do pregão eletrônico, da ordem de fornecimento, a indicação do banco, agência e número de conta corrente de



titularidade do fornecedor, a fim de se acelerar o trâmite de recebimento do material e posterior liberação do documento fiscal para pagamento.

3.2.1- A fornecedora deverá apresentar a(s) nota(s) fiscal(s), de acordo com a nota de empenho emitida pelo Setor de Compras desta Prefeitura.

3.3- A Nota fiscal eletrônica somente será liberada para pagamento quando o cumprimento do contrato estiver em total conformidade com as especificações exigidas pelo Município.

3.4- Além da nota fiscal 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 quanto aos tributos e encargos sociais administrados pela Receita Federal do Brasil - RFB e quanto à Dívida Ativa da União administrada pela Procuradoria Geral da Fazenda Nacional - PGFN (Certidão Conjunta);

3.4.2- Prova de regularidade com o FGTS (CRF - Certificado de Regularidade de Situação, expedido pela Caixa Econômica Federal);

3.4.3- Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal, relativa à sede ou domicílio do proponente.

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

3.6- Nenhum pagamento será efetuado ao vencedor enquanto pendente de liquidação quaisquer obrigações financeiras que lhe foram impostas, em virtude de penalidade ou inadimplência, sem que isso gere direito ao pleito de reajustamento de preços ou correção monetária.

3.7- Ocorrendo atraso no pagamento, os valores serão corrigidos monetariamente pelo IPCA do período, ou outro índice que vier a substituí-lo, e a Administração compensará a contratada com juros de 0,5% ao mês, *pro rata*.

CLÁUSULA IV – DA ENTREGA

4.1- O prazo de entrega da quantidade solicitada será de até 15 (quinze) dias, a contar da confirmação pela licitante do recebimento da ordem de fornecimento (nota de empenho) emitido pelo Setor de Compras desta Prefeitura.

4.2- Em nenhuma hipótese serão aceitos e recebidos pela Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis, produtos diferentes do exigido nesta licitação. Todas as entregas ocorrerão sem ônus de qualquer natureza à Administração Municipal.

4.2.1- A entrega da quantidade solicitada deverá ser feita no Almojarifado da Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis - RS, telefone 55 3252 2588, situado nos fundos da Prefeitura Municipal, localizada na Rua João Moreira, nº 1707, Centro, de segunda-feira à sexta-feira (dias úteis), no horário das 07h30min às 11h30min, mediante apresentação da Nota Fiscal, sem ônus de frete para o município.

4.3- A empresa fornecedora deverá fazer 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.

4.4- No momento da entrega, nos termos dos artigos 73 a 76 da Lei 8.666/93, o objeto será recebido:

Provisoriamente, para posterior verificação da conformidade com as especificações e/ou testes;

Definitivamente, em até 5(cinco) dias úteis, contados do recebimento provisório, após a verificação de atendimento às exigências, quando será lavrado o atestado de recebimento definitivo.

4.5- A entrega dos produtos será acompanhada e fiscalizada por representante(s) da Administração Municipal, designado(s) para esse fim, que realizará(ão) a atestação ou não de conformidade com o solicitado, sendo permitida a assistência de terceiros.

4.6- Verificada a não conformidade do produto, no todo ou em parte, o licitante vencedor deverá promover a regularização ou substituição no prazo máximo de 5(cinco) dias úteis, sujeitando-se às penalidades previstas neste Edital, sendo que todos os custos correrão por sua conta.

4.7- 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.

CLÁUSULA V – DAS OBRIGAÇÕES

5.1 – Do Município

5.1.1 – Atestar o efetivo recebimento definitivo do objeto licitado;



- 5.1.2 – Aplicar à PROMINENTE FORNECEDORA penalidades, quando for o caso;
- 5.1.3 – Prestar a toda e qualquer informação a licitante vencedora, por esta solicitada, necessária à perfeita execução do Contrato;
- 5.1.4 – Efetuar o pagamento à contratada no prazo avençado, após a entrega da Nota Fiscal no Departamento de Contabilidade;
- 5.1.5 – Notificar, por escrito à Contratada da aplicação, de qualquer sanção.

5.2 – Da Promitente Fornecedora

- 5.2.1 – Fornecer o objeto desta licitação conforme as especificações contidas neste edital, obedecendo às normas legais que disciplinam o objeto, garantindo que sejam próprios para o consumo.
- 5.2.2 - Serão de inteira responsabilidade da fornecedora, 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 fornecedora assume o compromisso formal de executar todas as tarefas, objeto da presente ata, com perfeição e acuidade, atendendo a todas as medidas de segurança necessárias que envolvem o fornecimento, substituindo os produtos que, no ato da entrega, estiverem com suas embalagens violadas e/ou com identificação ilegível e em desacordo com as condições necessárias e exigidas estabelecidas neste instrumento.
- 5.2.4 - Deverá a fornecedora 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 as leis trabalhistas e previdenciárias lhes asseguram.
- 5.2.5 – Responder por danos materiais ou físicos, causados por seus empregados, diretamente ao município ou a terceiros, decorrente de sua culpa ou dolo.
- 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. Nos casos em que o produto venha a ser interditado ou a fabricação esteja em atraso, descontinuada temporariamente ou definitivamente, durante a vigência da ata de registro de preços, a empresa vencedora deverá substituir o produto por outro compatível ao solicitado, devendo previamente protocolar a proposta devidamente justificada acompanhada da documentação através do e-mail compras@saofranciscodeassis.rs.gov.br, sendo obrigatória a menção do número da presente licitação e o assunto.
- 5.2.9 - 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 será formalizado pela emissão da Nota de Empenho pela detentora, através do Setor de compras desta Prefeitura.
- 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 a 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) no prazo máximo de 5(cinco) dias consecutivos ficando entendido que correrão por sua conta tais substituições, sem prejuízo das sanções cabíveis.
- 6.5 - O objeto desta licitação será recebido e fiscalizado pela respectiva Unidade Contratante, 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, sendo resguardado o direito de não proceder ao recebimento, caso não encontre os produtos em condições satisfatórias ou que estejam em desacordo o licitado e ou constante na nota fiscal eletrônica.

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:

- a) ausência de entrega ou deixar de apresentar os originais ou cópias autenticadas dos documentos de habilitação para fins de assinatura do contrato ou da ata: multa de 10% sobre o valor estimado da contratação e impedimento de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 5 (cinco) anos;
- b) apresentação de documentação falsa para participação no certame: multa de 10% sobre o valor estimado da contratação e impedimento do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 5 anos;
- c) retardamento da execução do certame, por conduta reprovável: afastamento do certame e suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 2 (dois) anos;
- d) manter comportamento inadequado durante o pregão: afastamento do certame e suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 2 (dois) anos;
- e) não manutenção da proposta, após a adjudicação: suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 5 (cinco) anos e multa de 10% sobre o valor estimado da contratação;
- f) cometimento de fraude fiscal: suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 5 (cinco) anos e multa de 10% sobre o valor estimado da contratação;
- g) fraudar a execução do contrato: suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 5 (cinco) anos e multa de 10% sobre o valor estimado da contratação;
- h) executar o contrato com irregularidades, passíveis de correção durante a execução e sem prejuízo ao resultado, ou seja, pequenos descumprimentos contratuais: advertência por escrito;
- i) executar o contrato com atraso injustificado, até o limite de 5 (cinco) dias, após os quais será considerado como inexecução contratual: multa diária de 0,5% sobre o valor atualizado do contrato;
- j) inexecução parcial do contrato: suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 3 (três) anos e multa de 5% sobre o valor correspondente ao montante não adimplido do contrato;
- k) inexecução total do contrato: suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de 5 (cinco) anos e multa de 10% sobre o valor atualizado do contrato;
- l) o atraso que exceder ao prazo fixado para a entrega, acarretará a multa de 0,5% por dia de atraso limitado ao máximo de 10% sobre o valor total do que lhe foi adjudicado.
- m) causar prejuízo material resultante diretamente do fornecimento do produto: declaração de inidoneidade cumulada com a suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração Pública pelo prazo de 2 (dois) anos e multa de 10% sobre o valor do produto que foi vencedor no certame. A declaração terá efeitos enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que a contratada se reabilite junto à autoridade que aplicou a sanção, mediante o ressarcimento de todos os prejuízos que tenha causado e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso III do artigo 87 da Lei 8.666/93.

7.2- As sanções previstas neste edital são independentes entre si, podendo ser aplicadas de forma isolada ou cumulativamente, sem prejuízo de outras medidas cabíveis.

7.3- Não serão aplicadas multas, se justificada e comprovadamente, o atraso na execução do objeto advier de caso fortuito ou de força maior;

7.4- Em qualquer hipótese de aplicação de sanções serão assegurados a licitante vencedora o contraditório e a ampla defesa;

7.5- Verificando-se outras irregularidades na execução do contrato, não tipificadas nos itens anteriores poderá a Administração aplicar as demais penalidades previstas pelo art. 87 da Lei 8.666/93.

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

7.7- 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. As sanções serão descontadas dos pagamentos eventualmente devidos pela administração.

7.8- As sanções descritas também se aplicam aos licitantes que, convocados, não honrarem o compromisso assumido sem justificativa ou com justificativa recusada pela Administração.

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 1 (um) ano contado a partir da data de recebimento das propostas indicadas no preâmbulo do edital que integra a presente Ata de Registro de Preços, observadas as disposições constantes do Decreto Municipal 907/2018.

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

8.3 - A Administração Municipal poderá, na vigência do registro, solicitar a redução dos preços registrados, garantida a prévia defesa da Detentora da Ata e de conformidade com os parâmetros de pesquisa de mercado realizada ou quando as alterações conjunturais provocarem a redução dos preços praticados no mercado nacional, sendo que o novo preço fixado será válido a partir da assinatura da Ata pelas partes interessadas.

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

CLÁUSULA IX – DO CANCELAMENTO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

9.1- A presente Ata de Registro de Preços poderá ser cancelada pela Administração, facultada a defesa prévia do interessado, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, quando:

9.1.1- A promitente fornecedora não cumprir as obrigações constantes na Ata.

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

9.1.3- A promitente fornecedora der causa à rescisão administrativa de contrato decorrente de registro de preços.

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 acima será feita por e-mail ou por correspondência juntando-se o comprovante ao processo administrativo da presente Ata de Registro de Preços.

9.2.1- No caso de ser ignorado, incerto ou inacessível o endereço da promitente fornecedora, a comunicação será feita por publicação na Imprensa Oficial do Município, considerando-se cancelado o preço registrado a partir da publicação.

9.3- Pelo deferimento à promitente fornecedora que, 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 promitente fornecedora para cancelamento do preço registrado somente o eximirá da obrigação de contratar com a Administração, se apresentada com antecedência de 5(cinco) dias da data da convocação para firmar contrato de fornecimento ou de prestação de serviços pelos preços registrados, facultada à Administração a aplicação das penalidades previstas no instrumento convocatório, 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 pelo seguinte órgão desta Administração: *DIVERSAS SECRETARIAS.*

CLÁUSULA XI – DAS COMUNICAÇÕES

11.1 - As comunicações entre as partes, relacionadas com o acompanhamento e controle da presente Ata, serão feitas sempre por escrito, com melhor detalhamento possível, através do e-mail compras@saofranciscodeassis.rs.gov.br sendo obrigatória a menção do número da presente licitação.

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.



CLÁUSULA XIII - DA MODALIDADE DE LICITAÇÃO

13.1 – A presente Ata de Registro de Preços reger-se-á conforme o Edital da licitação modalidade Pregão Eletrônico para Registro de Preços nº 029/2021.

CLÁUSULA XIV – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

14.1 – Integram esta Ata, o edital do Pregão Eletrônico para Registro de Preços nº 029/2021 e proposta da empresa acima qualificada, classificada em 1º lugar no(s) item(ns) descrito(s) na cláusula I desta ata.

14.2 – Os casos omissos serão resolvidos de acordo pelas disposições legais e condições estabelecidas no presente Edital, que se regerá pelas normas gerais da Lei n.º 10.520/2002, do Decreto Municipal nº 907/2018, do Decreto Municipal nº 1.040/2020, da 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 partes 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 2021.

PAULO RENATO CORTELINI
Prefeito Municipal
Contratante

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



ANEXO IV - MODELOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO: 01 - Adesivo vinil – CAPS, colorido.



ANEXO: 02 - Adesivo vinil - Dia Mundial da Saúde Mental.





ANEXO: 05 - Alvará sanitário.



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

<i>Vistoria</i>
Data ____/____/____
_____ Ass. Ag. Fiscal

<i>Vistoria</i>
Data ____/____/____
_____ Ass. Ag. Fiscal

<i>Vistoria</i>
Data ____/____/____
_____ Ass. Ag. Fiscal

<i>Vistoria</i>
Data ____/____/____
_____ Ass. Ag. Fiscal

<i>Vistoria</i>
Data ____/____/____
_____ Ass. Ag. Fiscal

<i>Vistoria</i>
Data ____/____/____
_____ Ass. Ag. Fiscal



ANEXO: 06 - APAC - Laudo para Solicitação e Autorização de Atendimento Ambulatorial.

 SUS Sistema Único de Saúde		APAC Autorização de Procedimentos Ambulatoriais Laudo de Solicitação / Autorização pg. 1/2	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE		Nº DO PRONTUÁRIO	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	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
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	SERVIÇO	CLASS	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL QTDE.
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		QTDE.
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	CID10 PRINCIPAL	CID10 SECUNDÁRIO	CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
OBSERVAÇÕES			
SOLICITAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
AUTORIZAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	
		a / /	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)			
NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		CNES	



ANEXO: 09 - Boletim de Produção Ambulatorial - BPA Consolidado

	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)	
Dados Operacionais				
CNES do Estabelecimento		NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		
UF	MÊS	ANO	FOLHA	
ATENDIMENTO REALIZADO				
SEQUENCIA	PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	QUANTIDADE
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
TOTAL				
Formalização				
RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)		GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL		
CARIMBO	RUBRICA	CARIMBO	RUBRICA	
DATA / /		DATA / /		

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



INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA:	
Existem outros profissionais de saúde vinculados à instituição (não inclui profissionais da rede pública de saúde)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
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: 12 - Cadastro Individual, frente e verso, colorido.

	CADASTRO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA: / /	
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:	
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____	_____	_____	/ /
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO				
CNS DO CIDADÃO	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA* <input type="checkbox"/> FA	
_____		_____		
NOME COMPLETO:* _____				
NOME SOCIAL: _____		DATA DE NASCIMENTO:* / /	SEXO:* <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
RAÇA/COR:* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		Etnia:** _____	Nº NIS (PIS/PASEP) _____	
NOME COMPLETO DA MÃE:* _____ <input type="checkbox"/> Desconhecido				
NOME COMPLETO DO PAI:* _____ <input type="checkbox"/> Desconhecido				
NACIONALIDADE:* <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro		PAÍS DE NASCIMENTO:** _____	DATA DE NATURALIZAÇÃO: ** / /	
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:** _____		MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:** _____		
DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** / /		TELEFONE CELULAR: () _____	E-MAIL: _____	
INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS				
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 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª) <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico 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	POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? _____				
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/> Homossexual (gay / lésbica)		DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Homem transexual <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Mulher transexual <input type="radio"/> Outro		TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA*? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL(IS)? <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 DO: _____				
TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL 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				



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(S):** <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		
FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM HANSENIASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____	
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(S):** <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(S):** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		SE SIM, INDIQUE QUAL(S). _____
		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
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	SE SIM, INDIQUE QUAL(S). _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____
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	TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <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	SE SIM, INDIQUE QUAL(S):** <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: 16 - Cartão de Vacina, frente e verso, colorido.

FRENTE



VERSO

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 _____ _____				



ANEXO: 17 - Cartão do Dentista - Saúde Bucal, frente e verso.

FRENTE

Secretaria Municipal de Saúde
Saúde Bucal

Dr(a): _____
Cirurgião Dentista

DATA	HORÁRIO

VERSO

DATA	HORÁRIO



ANEXO: 18 - Cartão Nacional do SUS, colorido.

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE



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

Nº:

Nome: _____

Nascido(a) em: ____ / ____ / ____ ()M ()F

Endereço: _____

Contato: _____

Emitido em: ____ / ____ / ____



ANEXO: 19 - Carteira de Gestante, frente e verso.

FRENTE

<p>SINAIS DE ALERTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● PERDA DE SANGUE OU LÍQUIDO PELA VAGINA; ● INCHAÇO DO ROSTO OU DE TODO O CORPO; ● DOR DE CABEÇA OU MANCHAS NA VISÃO, PROCURAR IMEDIATAMENTE A MATERNIDADE; ● FEBRE OU CALAFRIOS; ● SINAIS DE COMEÇO DO PARTO, QUALQUER QUE SEJA O TEMPO DE GRAVIDEZ; ● FALTA DE MOVIMENTAÇÃO DE SEU BEBÊ POR MAIS DE 12 HORAS. 	<p>SINAIS DE COMEÇO DO TRABALHO DE PARTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ENDURECIMENTO DA BARRIGA, CADA VEZ MAIS FREQUENTE E MAIS FORTE, COM OU SEM PERDA DE MUCO (tipo "clara de ovo") PELA VAGINA; ● TRABALHO DE PARTO ATIVO GERALMENTE COM 3 CONTRAÇÕES EM CADA 10 MINUTOS; ● ROMPIMENTO DA BOLSA DAS ÁGUAS (perda de líquido). 	<p>DEPOIS DO PARTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● RETORNE EM ATÉ 30 DIAS PARA A REVISÃO; ● CONVERSE COM SEU MÉDICO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS NO PÓS-PARTO; ● AMAMENTE: O LEITE MATERNO É O MELHOR E MAIS COMPLETO ALIMENTO PARA SEU FILHO; ● O BEBÊ DEVE COMEÇAR A MAMAR IMEDIATAMENTE APÓS O NASCIMENTO, PRATICAMENTE TODAS AS MÃES PODEM AMAMENTAR SEUS BEBÊS; ● O ALEITAMENTO MATERNO ESTIMULA MAIOR PRODUÇÃO DE LEITE E AJUDA A PROTEGER O BEBÊ CONTRA DOENÇAS PERIGOSAS. ● A GESTANTE NÃO DEVE FUMAR, TOMAR BEBIDAS ALCOÓLICAS OU USAR DROGAS, POIS O BEBÊ PODE SER PREJUDICADO. 	<p>PESO MATERNO (percentagem peso/ altura ideais)</p> <p>150 145 140 135 130 125 120 115 110 105 100 95 90 85</p> <p>150 145 140 135 130 125 120 115 110 105 100 95 90 85</p> <p>10 15 20 25 30 35 40</p> <p>IDADE GESTACIONAL (semanas)</p> <p>A - peso baixo B - peso normal C - sobrepeso</p>	<p>NOMOGRAMA</p> <p>ALTURA (cm) 140 142 144 146 148 150 152 154 156 158 160 162 164 166 168 170 172 174</p> <p>PESO (kg) 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100</p> <p>PERCENTAGEM IDEAL DO PESO/ALTURA (%) 70 75 80 85 90 95 100 105 110 115 120 125 130 135</p>	<p>SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL</p> <p>DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE SEÇÃO DE SAÚDE DA MULHER PROGRAMA DE PRÉ-NATAL</p> <p>CARTEIRA DA GESTANTE</p> <p>UNIDADE DE SAÚDE: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>ENDEREÇO: _____</p> <p>REFERÊNCIA HOSPITALAR: _____</p> <p>AGENDAMENTO</p> <table border="1"> <tr> <td>DATA:</td> <td>MÉDICO:</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	DATA:	MÉDICO:																
DATA:	MÉDICO:																						



ANEXO: 20 - Check List - Ficha de Avaliação do Domicílio.

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: 21 - Check-list do Centro de Materiais e Esterilização, frente e verso.

FRENTE

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 incubadora?		
Realiza teste biológico na autoclave?		
Qual periodicidade? _____		
Se não realiza, qual o motivo? _____		
Possui registro dos testes da autoclave?		
Possui armário ou bancada para a guarda dos materiais esterilizados?		
Quais EPIs disponíveis? _____		
Educação permanente:		
São realizadas atividades de educação permanente contemplando o tema CME?		



VERSO

Qual periodicidade?		
Possui registro das capacitações?		

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



ANEXO: 23 - Comprovante Retorno Faxinal



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RETORNO EM CONSULTA OFTALMOLÓGICA**

Nome Paciente: _____

Data Nascimento: ____/____/____

CNS: _____

Retorno

Data: ____/____/____

Horário: _____

Secretaria Municipal de Saúde

***Válido apenas com carimbo da SMS e assinatura.**



ANEXO: 24 - Consentimento Informado do Paciente - Tele-ECG Digital.

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: 25 - Escala de coelho

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

A partir da pontuação das sentinelas estabelece-se, de acordo com o Escore total, a classificação de risco, que varia de R1 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: 26 - Ficha Cadastral de Prótese e Órtese



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
4.ª CRS - SANTA MARIA

FICHA CADASTRAL DE PRÓTESE E ÓRTESE

AUDITIVA

VISUAL

FÍSICA

NOME*:

FILIAÇÃO*:

DATA DE NASCIMENTO*:/...../..... SEXO*:

DATA DO ENCAMINHAMENTO*:/...../.....

ENDEREÇO*:

BAIRRO*: CEP*:

MUNICÍPIO*:

IDENTIDADE*: FONE*:

U.S. SOLICITANTE*: CNES*:

ENCAMINHAMENTO PARA

MOTIVO:

HISTÓRICO CLÍNICO:

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

PROFISSIONAL:

OBS: Os dados marcados com asterisco (*) são de **PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**.



ANEXO: 27 - Ficha de Cadastro – Sisvan, frente e verso, colorido.

	FICHA DE CADASTRO E ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DO SISVAN	DIGITADO POR:	DATA:
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:	CBO:	CÓD. CNES UNIDADE:*	CÓD. EQUIPE (INE):	MICROÁREA:
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:	LOCAL DE ATENDIMENTO: ⁽¹⁾		DATA:*	

CADASTRO DO INDIVÍDUO

Nº CARTÃO SUS:*

NIS (Nº Identificação Social):

Data de Nascimento:*

Nome completo:*

Nome completo da mãe:*

Desconhecido

Sexo:*

1. Masculino 2. Feminino

Raça / Cor:*

1. Branca 2. Preta 3. Parda 4. Amarela 5. Indígena

Povo / Comunidade tradicional:⁽²⁾

Nacionalidade:

Brasileira Estrangeira

País de Nascimento:

UF Nascimento:*

Município Nascimento:*

Frequenta ou frequentou escola ou creche?*

Sim Não

Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou?

Creche

Prê-escola (exceto CA)

Classe de Alfabetização - CA

Ensino Fundamental 1º a 4º séries

Ensino Fundamental 5º a 8º séries

Ensino Fundamental Completo

Ensino Fundamental Especial

Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1º a 4º)

Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5º a 8º)

Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc)

Ensino Médio Especial

Ensino Médio EJA (Supletivo)

Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado

Alfabetização para Adultos (Moblra, etc)

Nenhum

Sem informação

PROGRAMAS VINCULADOS

Programa Bolsa Família

SISVAN

PSE

CADASTRO DE DOMICÍLIO

Endereço completo (tipo de logradouro, nome do logradouro, número, complemento):

Barrio:

CEP:

DDD:

Telefone:

ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL

Criança < 10 anos (peso em kg):*

Altura (em cm):*

Peso ao nascer (em gramas):

Adolescente ≥ 10 e < 20 anos (peso em kg):*

Altura (em cm):*

Adulto ≥ 20 e < 60 anos (peso em kg):*

Altura (em cm):*

Perímetro da cintura (em cm):

Idoso ≥ 60 anos (peso em kg):*

Altura (em cm):*

Perímetro da panturrilha (em cm):

Gestante (peso em kg):*

Altura (em cm):*

Peso pré-gestacional (em kg):

DUM:*/ /

Doenças*

Anemia falciforme

Diabetes mellitus

Doenças cardiovasculares

Hipertensão Arterial Sistêmica

Osteoporose

Outras doenças

Sem doenças

Deficiências e/ou intercorrências*

Anemia ferropriva

DDI (Distúrbio por Deficiência de Iodo)

Diarreia

Infecções intestinais virais

IRA (Infecção Respiratória Aguda)

Hipovitaminose A

Outras deficiências e/ou intercorrências

Sem deficiências e/ou intercorrências

Tipo de Acompanhamento*

Atendimento na Atenção Básica

Chamada Nutricional

Saúde na Escola

Grupos

Hipertensos

Diabéticos

*Campo Obrigatório.

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



Legendas:

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

(1) Local de atendimento:

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

(2) Povo / Comunidade tradicional:

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

ANEXO: 28 - Ficha de Acolhimento - CAPs, cada página em folha separada, colorido.



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):

*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: 29 - Ficha de Anamnese - Academia da Saúde Popular.



SMS SÃO FRANCISCO DE ASSIS
ACADEMIA DA SAÚDE POPULAR
ANAMNESE

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 N° CARTÃO SUS



ANEXO: 31 - Ficha de Atendimento Ambulatorial Continuada (FAA Continuada),

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL CONTINUADO	
4. NÚMERO DO ATENDIMENTO 01	9. MOTIVO DO ATENDIMENTO
5. TIPO DE ATENDIMENTO (TABELA 2)	6. CÓDIGO DA TABELA DE PROCEDIMENTO SIA/SUS
10. DADOS DE EXAME CLÍNICO/TRATAMENTO/DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	11. DATA DO ATENDIMENTO
12. ASSIN. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL	13. POLEGAR DIREITO
1. UNIDADE PRESTADORA DE ATENDIMENTO SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
1. UNIDADE PRESTADORA DE ATENDIMENTO NOME DA UNIDADE: Secretaria Municipal de Saúde ENDEREÇO: Rua João Moreira, 1598 MUNICÍPIO: São Francisco de Assis , UF: RS CÓDIGO SIA/SUS:	2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME: SEXO: IDADE: ENDEREÇO:
3. ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL MOD. SIA/SUS - 004	7. CÓDIGO DA ESPECIFICAÇÃO DA ATIVIDADE PROFISSIONAL (TABELA 1) LL 8. GRUPO (TABELA 3)
3. ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL MOD. SIA/SUS - 004	7. CÓDIGO DA ESPECIFICAÇÃO DA ATIVIDADE PROFISSIONAL (TABELA 1) LL 8. GRUPO (TABELA 3)



ANEXO: 32 - Ficha de Atendimento Individual, frente e verso, colorido.

	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL	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
TURNÓ*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	(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* (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	Gravidez Planejada	Ano												
		Idade Gestacional (semanas)	<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"/>													
		Hanseníase	<input type="checkbox"/>													
		Dengue	<input type="checkbox"/>													
		DST	<input type="checkbox"/>													
	Rastreamento	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>													
		Câncer de mama	<input type="checkbox"/>													
		Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>													
	Outros	CIAP-2														
		CIAP-2														
		CID-10														
CID-10																
Exames solicitados (S) e avaliados (A)	Colesterol total	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	
	EAS/EQU	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletrcardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Eletrforese de hemoglobina	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	
	Exame de escarro	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	
	HDL	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	
	Hemograma	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	
	Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista	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	
	Sorologia para dengue	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	
	Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)	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	
	Ultrassonografia obstétrica	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	
	Triagem neonatal	Teste da orelhinha (EOA)	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
		Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Outros exames (código do SIGTAP)	<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		<input type="checkbox"/>	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		<input type="checkbox"/>	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	
	Nasf/Polo	Avaliação/Diagnóstico	<input type="checkbox"/>													
		Procedimentos Clínicos/Terapêutico	<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"/>		
Conduta/Desfecho*	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	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"/>		
	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"/>		
	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"/>		
	Alta do episódio	Encaminhamento interno no dia	<input type="checkbox"/>													
		Encaminhamento p/ serviço especializado	<input type="checkbox"/>													
		Encaminhamento p/ CAPS	<input type="checkbox"/>													
		Encaminhamento p/ internação hospitalar	<input type="checkbox"/>													
		Encaminhamento p/ urgência	<input type="checkbox"/>													
		Encaminhamento p/ serviço de Atenção Domiciliar	<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"/>		

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

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

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

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

03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Ayurveda 06 - Outra (caso a racionalidade utilizada seja a 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 paracentese, ou diálise peritoneal.

* Campo obrigatório



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"/>													
	Pulpotomia dentária	<input type="checkbox"/>													
	Radiografia periapical/interproximal	<input type="checkbox"/>													
	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>													
	Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>													
	Restauração de dente decíduo	<input type="checkbox"/>													
	Restauração de dente permanente anterior	<input type="checkbox"/>													
	Restauração de dente permanente posterior	<input type="checkbox"/>													
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	<input type="checkbox"/>													
	Selamento provisório de cavidade dentária	<input type="checkbox"/>													
	Tratamento de alveolite	<input type="checkbox"/>													
	Ulotomia/ulectomia	<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"/>		
Fornecimento	Escova dental	<input type="checkbox"/>													
	Creme dental	<input type="checkbox"/>													
	Fio dental	<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"/>													
	Cirurgia BMF	<input type="checkbox"/>													
	Endodontia	<input type="checkbox"/>													
	Estomatologia	<input type="checkbox"/>													
	Implantodontia	<input type="checkbox"/>													
	Odontopediatria	<input type="checkbox"/>													
	Ortodontia/Ortopedia	<input type="checkbox"/>													
	Periodontia	<input type="checkbox"/>													
	Prótese dentária	<input type="checkbox"/>													
	Radiologia	<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



Nº	CNS DO CIDADÃO***	DATA DE NASCIMENTO**	SEXO**	AVALIAÇÃO ALTERADA	Obrigatório somente para antropometria		PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
					PESO (kg)	ALTURA (cm)	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"/>
34		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório ao informar lista de participantes

***Campo com obrigatoriedade condicionada



ANEXO: 35 - Ficha de Cadastramento da Gestante, frente e verso, colorido.

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE		SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0																	
SIS PRENATAL II		Data do atendimento: ____/____/____																	
FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE																			
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 checked="" 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"/>																
	26 Telefone fixo		27 Celular	28 E-mail:															
	29 Escolaridade		30 Estado civil/união <input type="checkbox"/>																
	31 Raça/cor (por autodeclaração): <input type="checkbox"/>																		
	<small>01) Analfabeto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 03) 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 05) Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 06) Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 07) Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 08) Educação superior incompleta 09) Educação superior completa 00) Ignorado 10) Não se aplica</small>																		
	32 Nome do cartório:																		
33 Certidão: [1] Nascimento [2] Casamento [3] Separação/Divórcio <input type="checkbox"/>																			
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: <input type="checkbox"/> [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 deslocamento <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM															
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 <input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	54 IG (sem./dias pelo ultrassom) ____/____	55 Data do ultrassom: ____/____/____															
56 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		ANTECEDENTES CLÍNICOS																	
		<table border="0"><tr><td>Diabetes</td><td><input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM</td><td>Tromboembolismo</td><td><input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM</td></tr><tr><td>Pré-eclâmpsia</td><td><input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM</td><td>Doença Mental</td><td><input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM</td></tr><tr><td>Eclâmpsia</td><td><input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM</td><td>Hipertensão</td><td><input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM</td></tr><tr><td>Cardiopatia</td><td><input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM</td><td>Outros, qual:</td><td>_____</td></tr></table>		Diabetes	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Tromboembolismo	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Pré-eclâmpsia	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Doença Mental	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Eclâmpsia	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Hipertensão	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Cardiopatia	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Outros, qual:	_____
Diabetes	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Tromboembolismo	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM																
Pré-eclâmpsia	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Doença Mental	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM																
Eclâmpsia	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	Hipertensão	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM																
Cardiopatia	<input type="radio"/> NÃO <input checked="" type="radio"/> SIM	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	57	Trabalho de parto prematuro	NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/>	Rotura prematura de membranas	NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/>	Diabetes Gestacional	NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/>	Hemorragia 1º Trim.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
		Isomunização RH	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Incontinência Istmo-Cervical	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Se, sim: Insulina	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Hemorragia 2º Trim.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
		Infecção urinária	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	HIV/AIDS	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Pré-Eclâmpsia	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Hemorragia 3º Trim.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
		Oligo/polidramnio	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Cigarros	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Eclâmpsia	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Hipertensão em uso de medicamento	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
		Alcool	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Drogas	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Violência doméstica	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Pós-Datismo	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
		Cardiopatia	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	CIUR	<input type="radio"/> <input type="radio"/>				

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

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

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

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

93 Responsável pela digitação: _____ Data da digitação: ____/____/____

RA,



ANEXO: 36 - Ficha de Cirurgias.



PREFEITURA MUNICIPAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Secretaria Municipal da Saúde	Dados referentes ao paciente: Nome: _____ Idade: _____ Endereço: _____ Cirurgia solicitada: <u>CABEÇA E PESCOÇO:</u> <input type="checkbox"/> Tireoidectomia <input type="checkbox"/> Linfadenectomia Cervical Radical <input type="checkbox"/> Ressecção Cisto Tireoglossos <input type="checkbox"/> Res. Glândula Sub Mandibular / Sub Lingual <u>CIRURGIA PROCTOLÓGICA:</u> <input type="checkbox"/> Hemorroidectomia <input type="checkbox"/> Fistulectomia <input type="checkbox"/> Fissurectomia <input type="checkbox"/> Colostomia <u>CIRURGIA UROLÓGICA:</u> <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 <u>CIRURGIA VASCULAR PERIFÉRICA:</u> <input type="checkbox"/> Safenectomia <input type="checkbox"/> Tratamento de úlceras com enxerto	<u>CIRURGIA TORÁXICA:</u> <input type="checkbox"/> Toracotomia <input type="checkbox"/> Resc. Parciais de Pulmão <input type="checkbox"/> Drenagem de Tórax <u>CIRURGIA GINECOLÓGICA:</u> <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 <input type="checkbox"/> Ex. Cisto Pilonidal Técnica Fechada <input type="checkbox"/> Ex. Cisto Pilonidal Técnica Aberta <input type="checkbox"/> Ex. Cisto Sinovial Punho – Mão ou Pé <u>CIRURGIAS AMBULATORIAIS:</u> <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	<u>CIRURGIAS DO APARELHO DIGESTIVO:</u> <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 <u>AMPUTAÇÕES:</u> <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
	Médico Cirurgião	Classificação das cirurgias: I – Emergência () II – Urgência () III – Requerida () IV – Eletiva () V – Opcional () Data para internação hospitalar: ____/____/____ Data para realização da cirurgia: ____/____/____ Assinatura do Cirurgião: _____ Autorização da Secretaria Municipal de Saúde: _____	Tipo de Anestesia Planejada: I – Geral () II – Regional () III – Medular () IV – Local ()



ANEXO: 37 - Ficha de Controle da Doença de Chagas - Diário de Pesquisa e Borrifação.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE – RS					
PROGRAMA DE CONTROLE DA DOENÇA DE CHAGAS					
DIÁRIO DE PESQUISA E BORRIFAÇÃO					
FPCDCH-01					
1- Localização da Unidade Domiciliar					
Cód. Município	Nome do Município		Data Atividade	Atividade	
Cód. Localidade	Nome da Localidade		/ /	<input type="checkbox"/> 1-Pesquisa	
2- Dados da Pesquisa e Borrifação					
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"/> 1-Ovos	<input type="checkbox"/> 1-Triatomíneo		<input type="checkbox"/> 1-Ovos
<input type="checkbox"/> 2-Outros Insetos		<input type="checkbox"/> 2-Outros Vestígios	<input type="checkbox"/> 2-Outros Insetos		<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: 38 - Ficha de Encaminhamento para o Ambulatório de HAS e DM do HRSM, frente e verso, colorido.



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

Instruções para preenchimento:

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

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



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

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

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

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

Número de Teleconsulta, caso discutido com o Telessaúde:

Data de preenchimento da ficha:

Responsável pelo preenchimento:	
NOME:	CATEGORIA E REGISTRO PROFISSIONAL

Orientações:

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



ANEXO: 39 - Ficha de Gestante.



PREFEITURA MUNICIPAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE GESTANTE

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

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

DADOS ESPECÍFICOS DA GESTANTE

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

OBS: _____



ANEXO: 40 - Ficha de Identificação de Artrópodos – FIA, colorido.



CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ARTRÓPODOS - FIA

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

Encaminhado por

Responsável pelo envio:..... data de envio ao laboratório: / /
Fone: () Protocolo FormSUS 27061
e-mail:..... Município: / CRS

DADOS DE COLETA

Endereço: casa nº PIT
Localidade/Bairro: Município:
Coordenadas geográficas: Latitude S ____° ____' ____" Longitude WO ____° ____' ____" DATUM WGS84
Zona: () Urbana () Rural Tipo de imóvel: () Residência () Comércio () Outro.....
() Intradomiciliar () Peridomiciliar Local específico:
Coleta realizada em: () humano Cite a região da agressão:
() animal Cite o animal:
Nº de exemplares..... Data: / / Horário: h
Coletor: Fone: () e-mail:
Observações:

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



ANEXO: 41- Ficha de notificação acidentes por animais peçonhentos – Sinan, frente e verso, colorido.

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO

Nº

ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

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

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual
2 Agravado/doença: **ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS** Código (CID10): X 29
3 Data da Notificação: _____
4 UF: _____ 5 Município de Notificação: _____ Código (IBGE): _____
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): _____ Código: _____ 7 Data dos Primeiros Sintomas: _____

Notificação Individual

8 Nome do Paciente: _____ 9 Data de Nascimento: _____
10 (ou) Idade: 1 - Infância 2 - Criança 3 - Adolescente 4 - Adulto 11 Sexo: M - Masculino F - Feminino 12 Gestante: 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não se aplica 6 - Não se aplica 13 Raça/Cor: 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado
14 Escolaridade: 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica
15 Número do Cartão SUS: _____ 16 Nome da mãe: _____

Dados de Residência

17 UF: _____ 18 Município de Residência: _____ Código (IBGE): _____ 19 Distrito: _____
20 Bairro: _____ 21 Logradouro (rua, avenida,...): _____ Código: _____
22 Número: _____ 23 Complemento (apto., casa, ...): _____ 24 Geo campo 1: _____
25 Geo campo 2: _____ 26 Ponto de Referência: _____ 27 CEP: _____
28 (DDD) Telefone: _____ 29 Zona: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil): _____

Dados Complementares do Caso

31 Data da Investigação: _____ 32 Ocupação: _____ 33 Data do Acidente: _____
34 UF: _____ 35 Município de Ocorrência do Acidente: _____ Código (IBGE): _____ 36 Localidade de Ocorrência do Acidente: _____
37 Zona de Ocorrência: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 38 Tempo Decorrido Picada/Atendimento: 1) 01-1h 2) 1-3h 3) 3-6h 4) 6-12h 5) 12-24h 6) 24 e + h 9) Ignorado
39 Local da Picada: 01 - Cabeça 02 - Braço 03 - Ante-Braço 04 - Mão 05 - Dedo da Mão 06 - Tronco 07 - Coxa 08 - Perna 09 - Pé 10 - Dedo do Pé 99 - Ignorado

Dados Clínicos

40 Manifestações Locais: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 41 Se Manifestações Locais Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
 Dor Edema Equimose Necrose Outras (Espec.) _____
42 Manifestações Sistêmicas: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 43 Se Manifestações Sistêmicas Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
 neuroparalíticas (ptose palpebral, turvação visual) hemorrágicas (gingivorragia, outros sangramentos) vagais (vômitos, diarreias)
 miocíticas/hemolíticas (mialgia, anemia, urina escura) renais (oligúria/anúria) Outras (Espec.) _____
44 Tempo de Coagulação: 1 - Normal 2 - Alterado 9 - Não realizado

Dados do Acidente

45 Tipo de Acidente: 1 - Serpente 2 - Aranha 3 - Escorpião 4 - Lagarta 5 - Abelha 6 - Outros 9 - Ignorado 46 Serpente - Tipo de Acidente: 1 - Botrópico 2 - Crotálico 3 - Elapídico 4 - Laquético 5 - Serpente Não Peçonhenta 9 - Ignorado
47 Aranha - Tipo de Acidente: 1 - Foneutrismo 2 - Loxoscelismo 3 - Latrodecismo 4 - Outra Aranha 9 - Ignorado 48 Lagarta - Tipo de Acidente: 1 - Lonómia 2 - Outra lagarta 9 - Ignorado

Animais Peçonhentos Sinan Net SVS 19/01/2006



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

Acidentes com animais peçonhentos: manifestações clínicas, classificação e soroterapia			
Tipo	Manifestações Clínicas	Tipo Soro	Nº ampolas
OFIDISMO	Botrópico <i>jararaca</i> <i>jararacuçu</i> <i>urutu</i> <i>caíçaca</i>	SAB	2 - 4
	Leve: dor, edema local e equimose discreto		4 - 8
	Moderado: dor, edema e equimose evidentes, manifestações hemorrágicas discretas		12
	Crotático <i>cascavel</i> <i>boicininga</i>	SAC	5
	Leve: ptose palpebral, turvação visual discretos de aparecimento tardio, sem alteração da cor da urina, mialgia discreta ou ausente		10
Moderado: ptose palpebral, turvação visual discretos de início precoce, mialgia discreta, urina escura	20		
Laquético <i>surucuru</i> <i>pico-de-jaca</i>	SABL	10	
Moderado: dor, edema, bolhas e hemorragia discreta		20	
Elapídico <i>coral verdadeira</i>	Grave: dor ou parestesia discreta, ptose palpebral, turvação visual	SAEL	10
ESCORPIONISMO	Escorpionídico <i>escorpião</i>	SAEsc ou SAA	---
	Leve: dor, eritema e parestesia local		2 - 3
	Moderado: sudorese, náuseas, vômitos ocasionais, taquicardia, agitação e hipertensão arterial leve		4 - 6
ARANHEISMO	Loxoscélico <i>aranha-marrom</i>	SAA ou SALox	---
	Leve: lesão incaracterística sem aranha identificada		5
	Moderado: lesão sugestiva com equimose, palidez, eritema e edema endurecido local, cefaléia, febre, exantema		10
	Foneutrismo <i>aranha-armadeira</i> <i>aranha-da-banana</i>	SAA	---
Leve: dor local	2 - 4		
Moderado: sudorese ocasional, vômitos ocasionais, agitação, hipertensão arterial	5 - 10		
LONOMIA	taturana oruga	SALon	---
	Leve: dor, eritema, adenomegalia regional, coagulação normal, sem hemorragia		5
	Moderado: alteração na coagulação, hemorragia em pele e/ou mucosas		10
	Grave: alteração na coagulação, hemorragia em vísceras, insuficiência renal		

Informações complementares e observações

Anotar todas as informações consideradas importantes e que não estão na ficha (ex: outros dados clínicos, dados laboratoriais, laudos de outros exames e necropsia, etc.)

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura

Animais Peçonhentos

Sinan Net

SVS

19/01/2006



ANEXO: 42 - Ficha de Notificação AIDS – Sinan, frente e verso, colorido.

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

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

Nº

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

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	3 Data da Notificação			
	2 Agravo/doença AIDS	Código (CID10) B 24			
	4 UF	5 Município de Notificação Código (IBGE)			
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código	7 Data do Diagnóstico			
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		
Dados de Residência	13 Raça/Cor 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado	14 Escolaridade 0- Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica			
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			
	17 UF	18 Município de Residência Código (IBGE)	19 Distrito		
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...) Código	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP		
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares do Caso				
Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação	32 Provável modo de transmissão 32 Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não foi transmissão vertical 9 - Ignorado	33 Sexual 1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 4 - Não foi transmissão sexual 9 - Ignorado		
	34 Sanguínea 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Uso de drogas injetáveis Tratamento/hemotransfusão para hemofilia	Transfusão sanguínea Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses		
	35 Data da transfusão/acidente	36 UF	37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente Código (IBGE)		
	38 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente Código	39 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica			
Dados do Laboratório	40 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV 1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 9 - Ignorado				
	Data da coleta Teste de triagem		Data da coleta Teste confirmatório		
	Data da coleta Teste rápido 1		Data da coleta Teste rápido 2		
	Data da coleta Teste rápido 3				

Aids em pacientes com 13 anos ou mais

Sinan NET

SVS

08/06/2006



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

Aids em pacientes com 13 anos ou mais.

Sinan NET

SVS 08/06/2006



ANEXO: 43 - Ficha de Procedimentos, frente e verso, colorido.

		FICHA DE PROCEDIMENTOS												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*		000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000		
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*																	
Escuta inicial/orientação																	
Procedimentos/Pequenas cirurgias*	Acupuntura com inserção de agulhas																
	Administração de vitamina A																
	Cateterismo vesical de alívio																
	Cauterização química de pequenas lesões																
	Cirurgia de unha (cantoplastia)																
	Cuidado de estomas																
	Curativo especial																
	Drenagem de abscesso																
	Eletrocardiograma																
	Coleta de citopatológico de colo uterino																
	Exame do pé diabético																
	Exérese/biópsia/punção de tumores superficiais de pele																
	Fundoscopia (exame de fundo de olho)																
	Infiltração em cavidade sinovial																
	Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal																
	Remoção de corpo estranho subcutâneo																
	Retirada de cerume																
	Retirada de pontos de cirurgias																
	Sutura simples																
	Triagem oftalmológica																
Tamponamento de epistaxe																	
Teste rápido	De gravidez																
	Dosagem de proteinúria																
	Para HIV																
	Para hepatite C																
	Para sífilis																
Administração de medicamentos	Oral																
	Intramuscular																
	Endovenosa																
	Inalação/Nebulização																
	Tópica																
Penicilina para tratamento de sífilis																	
Subcutânea (SC)																	



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

Procedimentos consolidados

Total no período	Aferição de PA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aferição de temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Curativo simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coleta de material para exame laboratorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Glicemia capilar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medição de altura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medição de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

* Campo obrigatório



ANEXO: 49 - Ficha de Visita (controle da dengue), colorido, descrição: com o verso imantado.

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





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

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

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

Tipo de imóvel: 01 Domicílio, 02 comércio, 03 terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, 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 [] campo numérico

* Campo obrigatório

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



ANEXO: 51 - Ficha Hipertida - Cadastro do Hipertenso e/ou Diabético, colorido.



MS – HIPERTIDIA 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 (*)		Cód. SIA/SUS (*)		Número do Prontuário									
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)													
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)			Data Nascimento / /		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F								
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)			Nome do Pai										
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	País de Origem		Data Naturalização / /								
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Sit. familiar/Conjugal (TV)	Nº Cartão SUS									
DOCUMENTOS GERAIS													
Título de Eleitor	Número		Zona	Série									
CTPS	Número		Série	UF	Data de Emissão / /								
CPF	Número		PIS/PASEP	Número									
DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (**)													
Identidade	Número	Complemento	Órgão (TV)	UF	Data de Emissão / /								
Certidão (TV)	Tipo		Nome do Cartório		Livro								
	Folha		Termo		Data de Emissão / /								
ENDEREÇO (*)													
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro			Número	Complemento								
Bairro	CEP	DDD	Telefone										
DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE													
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		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 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													
TRATAMENTO													
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>													
Medicamentoso													
		Comprimidos/dia				Unidades/dia							
Tipo		1/2	1	2	3		4	5	6				
Hidroclorotiazida 25mg										Insulina <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			
Propranolol 40mg													
Captopril 25mg													
Glibenclamida 5mg													
Metformina 850 mg													
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: 52 - Ficha Marcadores Alimentar – Sisvan, colorido.

	MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA N°:

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

CNS DO CIDADÃO:* _____

Nome do Cidadão:* _____

Data de nascimento:* / / Sexo:* Feminino Masculino Local de Atendimento: _____

CRIANÇAS MENORES* DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>	
	Mingau	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Água/chá	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Leite de vaca	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fórmula infantil	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Suco de fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida:	<input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Só o caldo <input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>	
	Outro leite que não o leite do peito	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Mingau com leite	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Iogurte	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fígado	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS**	Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia?	<input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia
	<i>Ontem, você consumiu:</i>	
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe

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

*Campo obrigatório

**Todas as questões do bloco devem ser respondidas

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



ANEXO: 53 – Fichas de Monitoramento Semanal.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE MONITORAMENTO SEMANAL

Funcionário responsável: _____ contato: _____

Local: _____ Período: _____ a _____ de _____ /20__

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



VERSO

SAIBA COMO SE PROTEGER CONTRA A DENGUE.

LIXO



- Coloque o lixo em sacos plásticos e mantenha a lixeira bem fechada. Não jogue lixo em terrenos baldios.



- Jogue no lixo todo objeto que possa acumular água, como embalagens usadas, potes, latas, copos, garrafas vazias etc.



- Mantenha o saco de lixo bem fechado e fora do alcance de animais até o recolhimento pelo serviço de limpeza urbana.

PLANTAS E JARDINS



- Encha de areia até a borda os pratinhos dos vasos de planta.



- 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.



- 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.

CAIXAS D'ÁGUA, CALHAS E LAJES



- Não deixe a água da chuva acumulada sobre a laje.



- Remova folhas, galhos e tudo que possa impedir a água de correr pelas calhas.



- Mantenha a caixa d'água sempre fechada com tampa adequada.

TONÉIS E DEPÓSITOS DE ÁGUA



- Mantenha bem tampados tonéis e barris d'água.



- Lave semanalmente por dentro com escova e sabão os tanques utilizados para armazenar água.



- Lave principalmente por dentro com escova e sabão os utensílios usados para guardar água em casa, como jarras, garrafas, potes, baldes etc.



ANEXO: 55 - Folder Dengue –Ainda dá Tempo de Combater o Mosquito, colorido, papel reciclado, dimensões: 15 cm x 21cm.

**#São Chico
contra o
Aedes**

**AINDA DÁ TEMPO DE
COMBATER O MOSQUITO**

Participe desse combate

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

**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: 56 - Folder Vigilância Ambiental em Saúde, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm.

O que é a Vigilância Ambiental em Saúde?

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

A Vigilância Ambiental está inserida na Vigilância em Saúde:

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

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

```
graph TD; A[VIGILÂNCIA EM SAÚDE] --> B[SAKITARIA]; A --> C[EPIDEMIOLOGICA]; A --> D[AMBIENTAL]; A --> E[SAUDE DO TRABALHADOR];
```

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

- Núcleo de Vigilância dos **Riscos e Agravos Ambientais Biológicos:**
Vigilância e Controle do *Aedes*, Raiva, Febre Amarela, Leishmaniose, Simulídeos (Borrachudo), Animais Peçonhentos, Febre Maculosa, Doença de Chagas Crônica, Leptospirose, Toxoplasmose, Hidatidose, Esquistossomose, Moscas e Roedores Sinantrópicos, Teníase/Cisticercose, Hantavírose, Malária.
- Núcleo de Vigilância dos **Riscos e Agravos Ambientais Não Biológicos:**
Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA), Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos (VIGIAR), Vigilância em saúde das populações expostas a contaminantes químicos em áreas contaminadas (VIGISOLO).
- Núcleo de Vigilância dos **Eventos Ambientais Adversos à Saúde:**
Ações de proteção da saúde humana quanto aos efeitos adversos decorrentes de desastres naturais e acidentes com produtos perigosos. Enchentes, estiagens e outros eventos adversos.

Quais as principais atividades desenvolvidas pela **Vigilância Ambiental em Saúde da 4ª CRS?**

- Orientação, apoio e supervisão da Vigilância Ambiental municipal;
- Suporte na investigação de vetores e casos suspeitos e confirmados de doenças;
- Monitoramento dos sistemas de informação e análise de dados;
- Capacitações e palestras;
- Elaboração de materiais informativos.

A Vigilância Ambiental conta com o apoio do Laboratório de Entomologia, pertencente ao Laboratório Central do Rio Grande do Sul (LACEN/RS) para identificação de vetores.

Quais as principais atividades desenvolvidas pelo **Laboratório de Entomologia da 4ª CRS?**

- Monitoramento e análise de vetores, com ênfase para:
 - Vigilância e Controle do *Aedes*
 - Vigilância da Doença de Chagas
 - Animais Peçonhentos
 - Outros de interesse para a saúde pública

Qual o principal profissional da Vigilância Ambiental em Saúde Municipal?

AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS (ACE), tendo como principais atribuições:

- Vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS;
- Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativas ao controle das doenças/agravos;
- Registrar as informações referentes às atividades executadas;
- Executar ações de campo para pesquisa entomológica e/ou coleta de reservatórios de doenças;
- Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de intervenção;
- Executar ações de controle de doenças/agravos interagindo com os **Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e equipe de Atenção Básica**.

LEMBRE-SE

- A melhor prevenção contra a DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA é não deixar o mosquito nascer, eliminando os criadouros. O verão é a estação mais preocupante!
- Proteja sua casa e pátio da presença de roedores e insetos, esses costumam atrair animais peçonhentos. **ORGANIZE E LIMPE!**
- **NÃO ACUMULE ENTULHO E LIXO! EVITE A TRANSMISSÃO DE DOENÇAS!**
- O uso de inseticidas e agrotóxicos é prejudicial à saúde e à natureza. Utilize **EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL!**
- Lave bem frutas e verduras!
- **Preserve os recursos hídricos! ÁGUA É TUDO!**

MINISTÉRIO DA SAÚDE
<http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude>

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
<http://www.cevs.rs.gov.br>

4ª CRS - VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE
vigilanciaambiental4crs@saude.rs.gov.br
Fone: (55) 3217 1888 Ramal: 149, 150, 156

RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE

VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE

4ª CRS



ANEXO: 57 - FORMSUS – Armadilhas, dimensões: 21 cm x 30 cm.

FORMSUS

Informação de Inspeção de Armadilhas

Informações Cadastrais:

1) Coordenadoria Regional de Saúde:

2) Municípios Rio Grande do Sul:

3) Nome do Agente Responsável pela Inspeção:

4) CPF:

5) Telefone:

Informe ddd e número apenas números

6) Email Institucional da Vigilância:

7) Email:

8) Função do Agente Responsável pela Inspeção:

() Agente de Controle de Endemias

() Agente Comunitário de Saúde

() Enfermeiro Municipal

() Outro membro da equipe de saúde

9) Se outros, especifique:

10) Número de Agentes de Controle de Endemias em atividade:

Dados da Inspeção:

11) Semana Epidemiológica:

12) Número Total de Armadilhas Instaladas:

13) Número de Armadilhas Inspeccionadas:

14) Número de Armadilhas Positivas:

Considerar a presença de qualquer tipo de larva de mosquito

15) % Armadilhas Positivas:

N° de armadilhas positivas x 100 / N° total de armadilhas inspeccionadas

16) Boletins FAD 03 Vigilância Entomológica de Armadilhas Digitalizados:

Os boletins referentes aos dados informados devem ser digitalizados e anexados aqui.

17) Observações adicionais:

Espaço destinado para registro de outras informações vistas como pertinentes, dificuldades encontradas, sugestões, etc.



ANEXO: 58 - FORMSUS LIRAA-LIA, frente e verso, dimensões: 21cm x 30 cm.

FORMSUS LIRAA/LIA

1) Informações Cadastrais

Coordenadoria Regional de Saúde: _____

Municípios Rio Grande do Sul: _____

Município Infestado?

() Sim

() Não

Nome do Responsável pelo Preenchimento:

CPF: _____

Telefone: (Informe ddd e número apenas números)

Email - Institucional da Vigilância: _____

Email: _____

2) Dados da Ação

Número total de componentes da equipe responsável pela execução do LIRAA/LIA: _____

Função dos componentes da equipe responsável pelo LIRAA/LIA: _____

2. Quantos ACEs? _____

2. Quantos ACSs? _____

2. Quantos enfermeiros (as)? _____

2. Quantos médicos (as)? _____

2. Quantos dentistas? _____

2. Quantos visitantes do PIM? _____

2. Quantos técnicos de enfermagem? _____

2. Quantos membros das Forças Armadas? _____

2. Quantos veterinários municipais? _____

2. Quantos biólogos municipais? _____

2. Se outros, especifique a função e número: _____

Data de Início do Levantamento: ____ / ____ / ____

Data Final do Levantamento: ____ / ____ / ____

3) Levantamento de Índices

Mês/Ano (mm/aaaa): ____ / ____

Observações: _____



4) Índices de *Aedes aegypti*

Índice de Infestação Predial (IIP): _____

Índice de Breteau (IB): _____

5) Criadouros

Nº de criadouros do tipo A1: _____

% de criadouros do tipo A1: _____

Nº de criadouros do tipo A2: _____

% de criadouros do tipo A2: _____

Nº de criadouros do tipo B: _____

% de criadouros do tipo B: _____

Nº de criadouros do tipo C: _____

% de criadouros do tipo C: _____

Nº de criadouros do tipo D1: _____

% de criadouros do tipo D1: _____

Nº de criadouros do tipo D2: _____

% de criadouros do tipo D2: _____

Nº de criadouros do tipo E: _____

% de criadouros do tipo E: _____

6) Índices de *Aedes albopictus*

Índice de Infestação Predial (IIP): _____

Índice de Breteau (IB): _____



ANEXO: 59 - Formulário de Cadastro – Sisvan, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm.

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* <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino	Raça / Cor* <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	Povo / Comunidade tradicional ⁽¹⁾	Escolaridade* ⁽²⁾	Situação familiar ⁽³⁾
Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	País de Origem		UF Nascimento*	Município Nascimento*
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**** ⁽⁴⁾	Peso ao nascer (em gramas):
Adolescente (>10 e <20 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:		
Adulto (> 20 e < 60 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:	Circunferência da cintura (em cm):	Risco aumentado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Idoso (> 60 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:		
Gestante	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:	Peso pré-gestacional (em kg):	Data da última menstruação:* / /
Doenças*:	Deficiências e/ou intercorrências*:		Tipo de Acompanhamento*:	
<input type="checkbox"/> Anemia falciforme <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Outras doenças <input type="checkbox"/> Sem doenças	<input type="checkbox"/> Anemia ferropriva <input type="checkbox"/> DDI (Distúrbio por Deficiência de Iodo) <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Infecções intestinais virais <input type="checkbox"/> IRA (Infecção Respiratória Aguda) <input type="checkbox"/> Hipovitaminose A <input type="checkbox"/> Outras deficiências e/ou intercorrências <input type="checkbox"/> Sem deficiências e/ou intercorrências		<input type="checkbox"/> Atendimento na Atenção Básica <input type="checkbox"/> Chamada Nutricional <input type="checkbox"/> Saúde na Escola <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	

* Campos de preenchimento obrigatório.

** Apenas um dos campos de preenchimento obrigatório.

*** Para maiores informações sobre o registro do acompanhamento nutricional, consulte os materiais técnicos do SISVAN.

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



Legendas:

(1) Povo / Comunidade tradicional:

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

(3) Situação familiar:

1. Convive com companheira(o) e filho(s)
2. Convive com companheira(o), com laços conjugais e sem filho(s)
3. Convive com companheira(o), com filho(s) e/ou outros familiares
4. Convive com familiar(es), sem companheira(o)
5. Convive com outras pessoas sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais
6. Vive só

(2) Escolaridade:

1. Creche
2. Pré-escola (exceto CA)
3. Classe Alfabetizada - CA
4. Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries
5. Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries
6. Ensino Fundamental Completo
7. Ensino Fundamental Especial
8. Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)
9. Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 5ª a 8ª)
10. Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc)
11. Ensino Médio Especial
12. Ensino Médio EJA (Supletivo)
13. Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
14. Alfabetização para Adultos (Mobral, etc)
15. Nenhum

(4) Aleitamento materno:

1. Exclusivo
2. Predominante
3. Complementar
4. Inexistente



ANEXO: 60 - Formulário de Solicitação de Exame-Procedimento.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
4ª Coordenadoria Regional de Saúde
Rua Duque de Caxias, 2319 - Santa Maria/RS
Telefone: (55) 3217-1888



Formulário de Solicitação de Exame/Procedimento

Prestador de serviço:

Unidade Solicitante:	CNES:	Data:
Informações do Usuário		
Nome Completo:	Prontuário:	
CPF:	RG:	Data expedição:
Cartão Nacional de Saúde - CNS:		
Data de Nascimento:	Idade:	Sexo: F () M ()
Nome da Mãe:		
Nome do Pai:		
Nome do Responsável (S/N):	Fone (Resp.): ()	
Endereço: (Rua, Av.):		
Bairro:	N°:	
Cidade:	CEP:	Fone: ()

Informações Exame/Procedimento

Exame/Procedimento solicitado:

Cód. SUS:

Justificativa:

História Clínica:

Exames Anteriores:

Diagnóstico Provável:

CID:

CNS/CPF do Médico Solicitante

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante / CRM

Secretaria Municipal de Saúde



ANEXO: 61 - Formulário de Visitas aos Imóveis – AB, dimensões: 21 cm x 30 cm.

Formulário de Visitas aos Imóveis - AB															
Município:		Localidade:					Agente:					Data:			
Endereço		Informações da ação - marque "x" de acordo com a situação encontrada					Informações sobre os criadouros - preencha com o nº encontrado								
Logradouro (rua, av.)		Nº	Imóvel trabalhado	Com criadouro	Imóvel fechado	Recusa da visita	Imóvel recuperado	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total de depósitos eliminados
		1													
		2													
		3													
		4													
		5													
		6													
		7													
		8													
		9													
		10													
		11													
		12													
		13													
		14													
		15													
		16													
		17													
		Total													

Assinatura do agente:

Legenda: A1 – Caixa d'água (elevado)

A2 – Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)

B – Pequenos depósitos móveis (vasos de plantas, bebedouros...)

C - Depósitos fixos (tanques, lages, toldos, ralos...)

D1 – Pneus e outros materiais rodantes

D2 – Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos

E – Depósitos naturais



ANEXO: 63 - GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Cardiologia Adulto, colorido.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

GERCON

Solicitação para Consulta Especializada em Cardiologia Adulto

Critério	SIM	NÃO	Não Avaliado
Internação hospitalar nos últimos 30 dias pelo motivo do encaminhamento	()	()	()
Criança < 1 ano, idoso > ou igual a 80 anos ou gestante	()	()	()
Hipertensão Arterial Sistêmica	()	()	()
a) Suspeita de hipertensão secundária?	()	()	()
b) Hipertensão mal controlada com no mínimo 3 medicações em dose plena, após avaliação da adesão	()	()	()
Insuficiência Cardíaca (IC)	()	()	()
a) Piora do quadro clínico, apesar do tratamento otimizado	()	()	()
b) Paciente persiste em classe funcional III ou IV (NYHA), apesar do tratamento otimizado	()	()	()
c) História de internação hospitalar por IC nos últimos 12 meses	()	()	()
Cardiopatía Isquêmica (CI)	()	()	()
a) Síndrome coronariana aguda, arritmia ventricular ou sobrevivente de parada cardíaca atendido em emergência recentemente e que não realizou cateterismo cardíaco	()	()	()
b) Síndrome coronariana aguda, arritmia ventricular ou sobrevivente de parada cardíaca atendido em emergência e com indicação de cateterismo cardíaco	()	()	()
c) Paciente com CI ainda sintomático mesmo com tratamento clínico otimizado	()	()	()
d) Suspeita de CI e impossibilidade de realizar testes não invasivos como ergometria	()	()	()
Arritmias (considerar sempre encaminhar para emergência)	()	()	()
a) Taquiarritmias ou alterações na condução cardíacas potencialmente graves	()	()	()
b) Paciente com marcapasso, cardiodesfibrilador ou resincronizador	()	()	()
c) Fibrilação atrial e possibilidade de cardioversão	()	()	()
d) Bradicardia sinusal sintomática, ou assintomática com frequência cardíaca menor que 45	()	()	()
e) Bloqueio bifascicular (ver protocolo)	()	()	()
Síncope ou perda transitória da consciência (considerar sempre encaminhar para emergência)	()	()	()
a) Com alteração compatível no ECG	()	()	()
b) Em paciente com cardiopatia, ou história familiar de morte súbita antes dos 40 anos	()	()	()
c) Com sinais ou sintomas de provável origem cardiológica	()	()	()
Valvopatia	()	()	()
a) Moderada ou grave em exame complementar	()	()	()
b) Suspeita clínica de valvopatia	()	()	()
c) Leve (em exame complementar) em paciente sintomático	()	()	()

Assinatura do médico e carimbo

___/___/___
Data



ANEXO: 64 - GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Neurologia Adulto, colorido.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

GERCON

Solicitação para Consulta Especializada em Neurologia Adulto

Critério	SIM	NÃO	Não Avaliado
Alterações em exame de imagem (TC ou RNM)	()	()	()
a) Hidrocefalia ou malformação de Chiari	()	()	()
b) Aneurisma cerebral ou outras malformações vasculares	()	()	()
c) Lesão com efeito expansivo ou sugestivo de tumor cerebral	()	()	()
d) Atrofia cortical ou alterações degenerativas do tipo microangiopáticas	()	()	()
Imunocomprometido (HIV, uso crônico de imunossupressor ou corticóide oral)	()	()	()
Motivo da solicitação decorrente de violência cometida contra o (a) paciente	()	()	()
Idoso com idade maior ou igual a 80 anos ou gestante	()	()	()
Paciente com declínio cognitivo rapidamente progressivo com início antes dos 65 anos, excluído delirium ou intoxicação medicamentosa	()	()	()
Sinal neurológico focal novo sem explicação ou suspeita de vertigem de origem central (sem intervenção em serviço de emergência)	()	()	()
a) Alteração ocular ou visão (diplopia, estrabismo recente, nistagmo vertical ou que não melhora com fixação do olhar)	()	()	()
b) Hemihipoestesia ou hemiparesia (com exceção paralisia de Bell)	()	()	()
c) Dismetria	()	()	()
Outras alterações de movimento ou marcha	()	()	()
a) Perda de força em membros	()	()	()
b) Alteração grave e/ou progressiva de marcha, equilíbrio ou movimento como ataxia, coreia e instabilidade postural (necessário avaliação emergencial se evento é agudo)	()	()	()
Cefaléia crônica com sinais ou sintomas de gravidade	()	()	()
a) Dor desencadeada pelo esforço, coito, tosse, atividade física ou manobra de valsalva	()	()	()
b) Dor que acordava durante o sono	()	()	()
c) Mudança recente no padrão da cefaléia (aumento de intensidade, frequência ou mudança nas características da dor)	()	()	()
d) Iniciada em pessoa com mais de 50 anos	()	()	()
Diagnóstico recente ou epilepsia refratária ao tratamento	()	()	()
a) Primeiro episódio de crise convulsiva, sem fatores desencadeantes ou reversíveis	()	()	()
b) Epilepsia não controlada com tratamento medicamentoso otimizado	()	()	()
Caso discutido com TelessaúdeRS (colocar número da teleconsultoria ou telediagnóstico na descrição do quadro clínico)	()	()	()
Internação hospitalar nos últimos 30 dias pelo motivo do encaminhamento	()	()	()

Assinatura do médico e carimbo

___/___/___
Data



ANEXO: 65 - GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Catarata , colorido.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

GERCON

Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Catarata

Critério	SIM	NÃO	Não Avaliado
Caso discutido com TelessaudeRS-UFRGS (colocar número de teleconsultoria ou telediagnóstico na descrição do quadro clínico)	()	()	()
Atendimento em serviço de urgência ou internação pelo problema atual nos últimos 30 dias	()	()	()
Catarata associada à glaucoma, ou com ruptura de cristalino ou cápsula	()	()	()

Assinatura do médico e carimbo

___/___/___
Data

ANEXO: 66 - GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Córnea, colorido.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

GERCON

Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Cornea

Critério	SIM	NÃO	Não Avaliado
Caso discutido com TelessaudeRS-UFRGS (colocar número de teleconsultoria ou telediagnóstico na descrição do quadro clínico)	()	()	()
Atendimento em serviço de urgência ou internação pelo problema atual nos últimos 30 dias	()	()	()
Doenças da córnea e da superfície ocular	()	()	()
a) Perfuração da córnea por úlcera ou ceratite	()	()	()
b) Úlcera de córnea, ou ceratite em atividade	()	()	()

Assinatura do médico e carimbo

___/___/___
Data



ANEXO: 67 - GERCON – Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Deslocamento de Retina, colorido.



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

GERCON

Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Descolamento de Retina

Critério	SIM	NÃO	Não Avaliado
Caso discutido com TelessaudeRS-UFRGS (colocar número de teleconsultoria ou telediagnóstico na descrição do quadro clínico)	()	()	()
Atendimento em serviço de urgência ou internação pelo problema atual nos últimos 30 dias	()	()	()
Descolamento com até de 2 semanas de evolução?	()	()	()

Assinatura do médico e carimbo

___/___/___
Data



ANEXO: 68 - GERCON – Solicitação para consulta especializada em Oftalmologia Geral Adulto, colorido.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

GERCON

Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Geral Adulto

Critério	SIM	NÃO	Não Avaliado
Caso discutido com TelessaudeRS-UFRGS (colocar número de teleconsultoria ou telediagnóstico na descrição do quadro clínico)	()	()	()
Retinopatia ou outras doenças da retina	()	()	()
a) Descolamento de retina	()	()	()
b) Doença vasoclusiva (oclusão da artéria ou veia central, ou seus ramos)	()	()	()
c) Degeneração Macular relacionada à idade do tipo exsudativa	()	()	()
d) Retinopatia diabética proliferativa, não proliferativa grave/severa, hemorragia vítrea ou edema macular diabético	()	()	()
e) Indicação de anti-angiogênico	()	()	()
Glaucoma	()	()	()
a) Glaucoma agudo	()	()	()
b) Diagnóstico de glaucoma	()	()	()
Atendimento em serviço de urgência ou internação pelo problema atual nos últimos 30 dias	()	()	()
Catarata associada à glaucoma, ou com ruptura de cristalino ou cápsula	()	()	()
Uveíte em atividade?	()	()	()
Doença maligna da pálpebra ou órbita, ou alteração palpebral provocando lesão de córnea	()	()	()
Doenças da córnea e da superfície ocular	()	()	()
a) Perfuração da córnea por úlcera ou ceratite	()	()	()
b) Úlcera de córnea, ou ceratite em atividade	()	()	()

Assinatura do médico e carimbo

___/___/___
Data



ANEXO: 69 - GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Glaucoma.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

GERCON

Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Glaucoma

Critério	SIM	NÃO	Não Avaliado
Caso discutido com TelessaudeRS-UFRGS (colocar número de teleconsultoria ou telediagnóstico na descrição do quadro clínico)	()	()	()
Glaucoma	()	()	()
a) Glaucoma agudo	()	()	()
b) Diagnóstico de glaucoma	()	()	()
Atendimento em serviço de urgência ou internação pelo problema atual nos últimos 30 dias	()	()	()

Assinatura do médico e carimbo

___/___/___
Data

ANEXO: 70 - GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Pediátrica.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

GERCON

Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Pediátrica

Critério	SIM	NÃO	Não Avaliado
Caso discutido com TelessaudeRS-UFRGS (colocar número de teleconsultoria ou telediagnóstico na descrição do quadro clínico)	()	()	()
Estrabismo em crianças menores de 5 anos	()	()	()
Retinoblastoma	()	()	()
Atendimento em serviço de urgência ou internação pelo problema atual nos últimos 30 dias	()	()	()
Suspeita ou diagnóstico de erro refrativo em menores de 5 anos	()	()	()
Teste de olho alterado	()	()	()
Catarata congênita em crianças com até 6 meses de idade	()	()	()
Retinopatia da prematuridade em crianças com até 6 meses de idade	()	()	()
Glaucoma congênito ou infantil	()	()	()
Condições obstruindo a visão em menores de 5 anos	()	()	()

Assinatura do médico e carimbo

___/___/___
Data



ANEXO: 71 - GERCON - Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Retinopatia Diabética



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

GERCON

Solicitação para Consulta Especializada em Oftalmologia Retinopatia Diabética

Critério	SIM	NÃO	Não Avaliado
Caso discutido com TelessaudeRS-UFRGS (colocar número de teleconsultoria ou telediagnóstico na descrição do quadro clínico)	()	()	()
Retinopatia ou outras doenças da retina	()	()	()
a) Descolamento de retina	()	()	()
b) Indicação de anti-angiogênico	()	()	()
c) Retinopatia diabética proliferativa, não proliferativa grave/severa, hemorragia vítrea ou edema macular diabético	()	()	()
d) Doença vasoclusiva (oclusão da artéria ou veia central, ou seus ramos)	()	()	()
e) Degeneração Macular relacionada à idade do tipo exsudativa	()	()	()
Atendimento em serviço de urgência ou internação pelo problema atual nos últimos 30 dias	()	()	()

Assinatura do médico e carimbo

___/___/_____
Data



ANEXO: 72 - GERCON - Solicitação para Consulta Especializada



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

GERCON

Solicitação para Consulta Especializada

Critério	SIM	NÃO	Não Avaliado
Suspeita ou diagnóstico de neoplasia atual	()	()	()
Risco iminente de perda de função de órgão ou sequela PERMANENTE	()	()	()
a) Risco de amputação ou perda funcional de membros	()	()	()
b) Insuficiência Renal	()	()	()
c) Sequela neurológica	()	()	()
d) Insuficiência Hepática	()	()	()
e) Insuficiência Respiratória	()	()	()
f) Insuficiência Cardíaca	()	()	()
g) Surdez	()	()	()
h) Cegueira	()	()	()
i) Obstrução ou Perfuração Intestinal	()	()	()
Risco hemorrágico ou sangramento atual	()	()	()
a) Lesão sangrante de origem neoplásica	()	()	()
b) Metrorragia	()	()	()
c) Hematúria	()	()	()
d) Epistaxe	()	()	()
e) Hemoptise	()	()	()
f) Enterorragia	()	()	()
g) Melena	()	()	()
h) Hematêmese	()	()	()
i) Otorragia	()	()	()
Imunocomprometido	()	()	()
Risco de auto ou hetero agressão	()	()	()
Risco de perda súbita de consciência	()	()	()
Infecção atual	()	()	()
Dor refratária e incapacitante	()	()	()
Criança < 1 ano	()	()	()
Gestante	()	()	()
Atendimento em serviço de urgência ou internação pelo problema atual nos últimos 30 dias	()	()	()
Paciente vítima de violência	()	()	()
Idoso > 80 anos	()	()	()

Assinatura do médico e carimbo

___/___/___
Data



ANEXO: 73 - Instrumento SAE, cada página em folha separada

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 () Arritmico () Bradicardico

() 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: _____

MMIIIs () 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 FÍSICO:

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 anormalidades () 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 () Arrítmico

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 FÍSICO:

2.1 Ferida () Aguda () Crônica Nº 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 Urinária:	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:
$\frac{\text{Altura ao quadrado}}{\text{Peso}}$

3.2- Sono/Repouso:

- () Adequado () Inadequado Horas De Sono: _____

3.3- Atividade Física/ Recreação:

- () Adequado () Inadequado



4- Entendimento Sobre A Has:

Bom Ruim Ótimo

5- Doença Crônica Pré Existente:

Não Sim Qual(Ais): _____

6-Complicações Da Has:

Neurológico Renal Cardíaco Motora SENSORIAL

DIAGNÓSTICO	PLANO DE CUIDADO
<input type="checkbox"/> Sono Inadequado	-Auxiliar identificação dos determinantes do inadequado de sono; -Buscar ambiente tranquilo, estabelecimento de horários para dormir; -Orientar/evitar uso de estimulantes.
<input type="checkbox"/> Atividade Física Inadequada <input type="checkbox"/> Déficit Atividade Recreativa <input type="checkbox"/> Compreensão Comprometida	-Incentivar atividade física/interação social; -Orientar que a ausência de exercício físico constitui fatores de risco para doença vascular, respiratória, metabólica, muscular. -Oferecer recursos comunitários que promovam lazer; -Estimular participação em grupos-eventos comunitários. -Disponibilizar informação de forma



	<p>lúcida conforme necessária a compreensão pelo paciente/cuidados;</p> <p>-Estabelecer escuta ativa;</p> <p>Programar acompanhamento domiciliar.</p>
() Ansiedade	<p>-Acolher o usuário conforme necessidade;</p> <p>-Estabelecer relação de confiança com o paciente;</p> <p>-Identificar rede de apoio familiar e comunitário;</p> <p>-Orientar quantas as técnicas de relaxamento.</p>
() Ingestão Alimentação Alterada	<p>-Comer em pequenas quantidades várias vezes ao dia;</p> <p>-Orientar adaptação da dieta de acordo com o modo de vida do paciente;</p> <p>- Orientar a importância da diminuição da ingestão de alimentos com grande teor de gorduras e sal.</p>

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: _____



INSTRUMENTO DA SAE NA DIABETES MELLITUS

Dados de identificação

Nome: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: _____ Acs: _____

Escolaridade: _____

Escala De Coelho: _____

1-Fatores De Risco:

- () Obesidade () Tabagismo () Etilista () Sedentarismo
() Alcoolismo () Dislipidemia () Corticoterapia
() Infecções () Diabetes Gestacional

2-Alimentação:

- () Adequada () Hipercalórica

3-Atividade Física:

- () Nenhum Dia Da Semana () 1x Por Semana
() 3 Ou Mais Vezes Por Semana

4-Eliminações Urinárias:

- () Poliúria () Ictéria () Anúria () Piúria

5-Distúrbios Gástricos:

- () Náusea/Vômito () Perda De Peso Não Intencional
() Diarreia



6-Tipo De Diabetes:

Tipo 1 Tipo 2

Faz Uso De Insulina, Unidades De Insulina: _____

7-Entendimento Do Dm:

Ruim Bom Ótimo

8-Complicações:

Retinopatia Diabética Pé Diabético

Neuropatia Diabética

Cetoacidose Outros: _____



DIAGNÓSTICO	PLANO DE CUIDADO
() Eliminação Urinária Inadequada	-Investigar a frequência e características das eliminações vesicais(desconforto, dor, ardência ao urinar); -Eliminar urina sempre que sentir vontade. -Agendar consulta médica;
() Dor	-Acolher o usuário conforme sua necessidade; -avaliar frequência, intensidade e localização da dor; -Encaminhar para atendimento especializado.
() Atividade Física Inadequada	-Incentivar atividade física/interação social; -Orientar que a ausência de exercícios contribuí para aumento de peso e disfunções metabólicas.
() Risco Para Mobilidade Física Prejudicada	-Orientar indivíduo quanto ao uso auxiliar de deambulação; -Orientar o não uso de degraus, tapetes e calçados soltos; -Orientar a instalação de barras de proteção em banheiros e escadas.
() Integridade Da Pele Prejudicada	-Manter ferimentos limpos e secos; -Monitorar cor da pele, umidade, ressecamento e a característica das lesões; -Envolver familiares à observação e cuidados freqüente da integridade

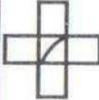


	cutânea.
() Conhecimento Inadequado	-Disponibilizar informações de forma lúdica conforme necessidade para compreensão do paciente/cuidador; -Estabelecer escuta ativa; -Programa acompanhamento domiciliar.
() Ingesta Alimentar Alterada	-Comer em pequenas quantidades, várias vezes ao dia; -Orientar adaptação de dieta de acordo com o modo de vida do paciente; -Orientar a importância de ingestão de alimentos com grande teor de gordura e açúcar.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: _____



ANEXO: 74 - Laudo para Solicitação e Autorização de Atendimento Ambulatorial.

 SIA/SUS/RS	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
EMISSOR <input type="checkbox"/> Unid. Pública <input type="checkbox"/> Cons. Particular <input type="checkbox"/> Sindicato	<input type="checkbox"/> Ambul. Hosp. Público <input type="checkbox"/> Ambul. Hosp. Filantrópico <input type="checkbox"/> Ambul. Hosp. Privado
DADOS DO PACIENTE: Nome: Idade: Endereço: Fone: Município: Estado:	
DADOS CLÍNICOS:	
EXAME OU PROCEDIMENTOS SOLICITADOS:	
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)	

" D I G A N O A S D R O G A S "

Mod.: 4ª CRS - Central e Regulação - 02



ANEXO: 75 – Laudo Testes Rápidos HIV-Sífilis-Hepatites.

LAUDO TESTES RÁPIDOS PARA HIV, SÍFILIS E HEPATITES B e C

NOME:

DATA DA COLETA:

SEXO: M () F ()

DN:

RG:

Nº Prontuário:

TR HIV ¹ (01) Conj. Diag.:	() REAGENTE	() NÃO REAGENTE	() NÃO REALIZADO
TR HIV ¹ (02) Conj. Diag.:	() REAGENTE	() NÃO REAGENTE	() NÃO REALIZADO
RESULTADO FINAL	() AMOSTRA REAGENTE PARA HIV () AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA HIV		
TR Sífilis ² Conj. Diag.:	() REAGENTE	() NÃO REAGENTE	() NÃO REALIZADO
TR Hepatite C ³ Conj. Diag.:	() REAGENTE	() NÃO REAGENTE	() NÃO REALIZADO
TR Hepatite B ⁴ Conj. Diag.:	() REAGENTE	() NÃO REAGENTE	() NÃO REALIZADO

OBSERVAÇÕES:

O fluxograma de testagem rápida para HIV foi realizado conforme a Portaria nº29, de 17 dezembro de 2013.

¹ 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).

² 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.

³ 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.

⁴ 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: _____

SÃO FRANCISCO DE ASSIS - RS



ANEXO: 76 - Lista de Viagem – VAN

LISTA DE VIAGENS VAN PLACAS _____

Item	Nome	Horário	Local	Embarque	Telefone
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					



ANEXO: 77 - lista de viagem, frente e verso.

DESLOCAMENTO: _____
HORÁRIO DE SAÍDA: _____
DATA: _____

	NOME	DOCUMENTO IDENTIDADE	HORÁRIO	LOCAL	EMBARQUE	TELEFONE
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						



ANEXO: 78 - Marcadores de Consumo – Sisvan

	MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:*	CBO:*	Cód. CNES UNIDADE:*	Cód. EQUIPE (INE):*	DATA:*
_____	_____	_____	_____	/ /

Nº CARTÃO SUS: _____	
Nome do Cidadão:*	
Data de Nascimento:*/ /	Sexo: * <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino
Local de Atendimento: * _____	
CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>
	Mingau <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Água/chá <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Leite de vaca <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fórmula Infantil <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Suco de fruta <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fruta <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida: <input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Só o caldo <input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>
	Outro leite que não o leite do peito <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Mingau com leite <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	iogurte <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beldroega, bortalha, espinafre, mostarda) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fígado <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Feijão <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS,** ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia? <input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia
	<i>Ontem você consumiu:</i>
	Feijão <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Frutas Frescas (não considerar suco de frutas) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe

Legenda: Opção Múltipla de Escolha Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)
* Campo Obrigatório

** Todas as questões do bloco devem ser respondidas

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



ANEXO: 79 - Pasta Cartolina



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			Pendência			No depósitos inspecionados por tipo										
Residência Comércio	TB	PE	Outro	Total	Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspecionados	Recu. perados	Recusa	Fechados	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total	
TB - terreno baldio PE - Ponto Estratégico																			
Depósitos				Adulticida				No e seq. dos quarteirões trabalhados											
Tratados				Tipo				Qtde (Cargas)											
Eliminado		Larvicida (1)		Larvicida (2)															
Tipo	Qtde.(Gramas)	Qtde.dep.trat	Tipo	Qtde.(Gramas)	Qtde.dep.trat														
No e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti																			
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
RESUMO DO LABORATORIO																			
No e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus																			
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
No depósitos com espécimes por tipo																			
A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total	R	C	TB	PE	O	Total	No de exemplares					
com Aedes aegypti														Larvas	Pupas	Exúvia de pupa	Adultos		
com Aedes albopictus																			
A1 - caixa d'água (elevado) D1 - Pneus e outros materiais rodantes A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baldio) D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos TB - terreno baldio PE - Ponto Estratégico B - Pequenos depósitos móveis E - Depósitos naturais																			
Data da entrada			Data da conclusão			Laboratório			Laboratorista			Assinatura							



ANEXO: 84 - Protocolo de Atendimento TCC, frente e verso.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
PROTOCOLO ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA NASF/ CAPS / CREAS/ ONG
REFERÊNCIA E CONTRA REFERENCIA ENTRE PROFISSIONAIS PSICÓLOGOS E MÉDICOS

CONCEITUALIZAÇÃO COGNITIVA - TCC

1) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: _____ DATA AVALIAÇÃO: ___/___/___

D.N.: ___ / ___ / ___ Idade: _____ Profissão: _____ Ocupação: _____

Estado Civil: _____ com quem reside: _____ Religião _____

Quais profissionais atende o paciente _____

Tratamentos Psiquiátrico e Psicoterápico anteriores _____

Nome de um familiar ou responsável _____ Fone: _____

Genetograma:

2) USO DE MEDICAÇÃO

Entorpecentes _____ Medicação psiquiátrica com dose _____

Medicações não psiquiátrica atuais _____

3) MOTIVO DA BUSCA DO ATENDIMENTO _____

4) FORMA DE ENCAMINHAMENTO _____

5) INFORMAÇÕES HISTÓRICAS RELEVANTES

HISTÓRIA FAMILIAR _____



HISTÓRIA ESCOLAR _____

HISTÓRIA SOCIAL _____

HISTÓRIA SEXUAL _____

6) LISTA DE PROBLEMAS _____

7) HIPÓTESE DIAGNÓSTICA _____

8) DIAGNÓSTICO TEÓRICO _____

9) DADOS RELEVANTES PARA ENCAMINHAMENTOS A OUTRAS ESPECIALIDADES E/OU OU
INTERNAÇÃO

10) OBSERVAÇÕES DO TERAPEUTA QUANTO AO ENGAJAMENTO OU NÃO DO PACIENTE

SÃO FRANCISCO DE ASSIS, ___/___/___.

PSICÓLOGA - CRP e/ou MÉDICO – CRM



ANEXO: 85 - PTS - Plano Terapêutico Singular

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 – RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde, frente e verso.

Ministério da Saúde						RAAS Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde Formulário da Atenção Psicossocial no CAPS				pg. 1/2		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE												
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE									CNES			
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS												
Nº DO PRONTUÁRIO		NOME DO PACIENTE										
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)					SEXO		DATA DE NASCIMENTO		NACIONALIDADE			
RAÇA/COR		ETNIA INDIGENA			NOME DA MÃE							
NOME DO RESPONSÁVEL					MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				UF			
CÓD. IBGE MUNICÍPIO		CEP DE RESIDENCIA		ENDEREÇO (RUA, NÚMERO)								
COMPLEMENTO			DDD		TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE		DDD		TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
DADOS DO ATENDIMENTO												
DATA DE ADMISSÃO		MÊS ATENDIMENTO		NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO								
Usuário de Alcool e/ou Outras Drogas?					ORIGEM DO PACIENTE							
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		Em caso positivo marque uma ou mais alternativas			<input type="checkbox"/> Alcool		<input type="checkbox"/> Crack		<input type="checkbox"/> Outras Drogas			
<input type="checkbox"/> Demanda Espontânea			<input type="checkbox"/> Atenção Básica			<input type="checkbox"/> Serviço de Urgência		<input type="checkbox"/> Hospital Geral				
<input type="checkbox"/> Hospital Geral			<input type="checkbox"/> Hospital Psiquiátrico									
CID10 PRINCIPAL		DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL										
CID10 CAUSAS ASS.		DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO – CAUSAS ASSOCIADAS										
EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					CNES							
ENCAMINHAMENTO												
<input type="checkbox"/> Continuidade do Acompanhamento em outro CAPS		<input type="checkbox"/> Continuidade do acompanhamento na Atenção Básica			<input type="checkbox"/> Alta		<input type="checkbox"/> Óbito		DATA DE CONCLUSÃO			
AÇÕES REALIZADAS												
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA			QTDE.		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			QTDE.		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			QTDE.		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			QTDE.		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			QTDE.		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			QTDE.		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



RAAS Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
Formulário da Atenção Psicossocial no CAPS

pg. 2/2

AÇÕES REALIZADAS

<input type="text" value="CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA"/>	<input type="text" value="QTDE."/>	<input type="text" value="DATA (DD/MM)"/>	<input type="text" value="SERVIÇO"/>	<input type="text" value="CLASSIFICAÇÃO"/>
<input type="text" value="CBO DO EXECUTANTE"/>	<input type="text" value="CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE"/>		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
<input type="text" value="CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA"/>	<input type="text" value="QTDE."/>	<input type="text" value="DATA (DD/MM)"/>	<input type="text" value="SERVIÇO"/>	<input type="text" value="CLASSIFICAÇÃO"/>
<input type="text" value="CBO DO EXECUTANTE"/>	<input type="text" value="CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE"/>		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
<input type="text" value="CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA"/>	<input type="text" value="QTDE."/>	<input type="text" value="DATA (DD/MM)"/>	<input type="text" value="SERVIÇO"/>	<input type="text" value="CLASSIFICAÇÃO"/>
<input type="text" value="CBO DO EXECUTANTE"/>	<input type="text" value="CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE"/>		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
<input type="text" value="CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA"/>	<input type="text" value="QTDE."/>	<input type="text" value="DATA (DD/MM)"/>	<input type="text" value="SERVIÇO"/>	<input type="text" value="CLASSIFICAÇÃO"/>
<input type="text" value="CBO DO EXECUTANTE"/>	<input type="text" value="CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE"/>		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
<input type="text" value="CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA"/>	<input type="text" value="QTDE."/>	<input type="text" value="DATA (DD/MM)"/>	<input type="text" value="SERVIÇO"/>	<input type="text" value="CLASSIFICAÇÃO"/>
<input type="text" value="CBO DO EXECUTANTE"/>	<input type="text" value="CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE"/>		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
<input type="text" value="CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA"/>	<input type="text" value="QTDE."/>	<input type="text" value="DATA (DD/MM)"/>	<input type="text" value="SERVIÇO"/>	<input type="text" value="CLASSIFICAÇÃO"/>
<input type="text" value="CBO DO EXECUTANTE"/>	<input type="text" value="CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE"/>		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
<input type="text" value="CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA"/>	<input type="text" value="QTDE."/>	<input type="text" value="DATA (DD/MM)"/>	<input type="text" value="SERVIÇO"/>	<input type="text" value="CLASSIFICAÇÃO"/>
<input type="text" value="CBO DO EXECUTANTE"/>	<input type="text" value="CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE"/>		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
<input type="text" value="CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA"/>	<input type="text" value="QTDE."/>	<input type="text" value="DATA (DD/MM)"/>	<input type="text" value="SERVIÇO"/>	<input type="text" value="CLASSIFICAÇÃO"/>
<input type="text" value="CBO DO EXECUTANTE"/>	<input type="text" value="CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE"/>		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
<input type="text" value="CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA"/>	<input type="text" value="QTDE."/>	<input type="text" value="DATA (DD/MM)"/>	<input type="text" value="SERVIÇO"/>	<input type="text" value="CLASSIFICAÇÃO"/>
<input type="text" value="CBO DO EXECUTANTE"/>	<input type="text" value="CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE"/>		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
<input type="text" value="CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA"/>	<input type="text" value="QTDE."/>	<input type="text" value="DATA (DD/MM)"/>	<input type="text" value="SERVIÇO"/>	<input type="text" value="CLASSIFICAÇÃO"/>
<input type="text" value="CBO DO EXECUTANTE"/>	<input type="text" value="CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE"/>		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
<input type="text" value="CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA"/>	<input type="text" value="QTDE."/>	<input type="text" value="DATA (DD/MM)"/>	<input type="text" value="SERVIÇO"/>	<input type="text" value="CLASSIFICAÇÃO"/>
<input type="text" value="CBO DO EXECUTANTE"/>	<input type="text" value="CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE"/>		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território



ADMINISTRANDO PARA TODOS
GESTÃO 2021-2024

PREFEITURA MUNICIPAL
SÃO FRANCISCO
DE ASSIS

ANEXO 87 - Receituário Comum.



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: 89 - Receituário de Plantão.


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

Plantão Médico

São Francisco de Assis, _____ de _____ de _____



ANEXO: 90 - Relatório de Viagem.



PREFEITURA MUNICIPAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RELATÓRIO DE VIAGEM

NOME DO SERVIDOR: _____

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA: _____

DESTINO: _____

SAÍDA EM: _____ às _____ horas

RETORNO EM: _____ às _____ horas

ASSUNTO, HORÁRIO E LOCAL. _____

Declaro para os devidos fins que as declarações acima são verdadeiras.

SERVIDOR /SECRETÁRIO/ PREFEITO



Anexo: 91 - Requisição de Exame Citopatológico, frente e verso.

MINISTÉRIO DA SAÚDE		REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO	
UF _____ CNES da Unidade de Saúde _____		Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero	
Unidade de Saúde _____		Nº Protocolo _____ (nº gerado automaticamente pelo SISCAN)	
Município _____		Prontuário _____	
INFORMAÇÕES PESSOAIS			
Cartão SUS* _____			
Nome Completo da Mulher* _____			
Nome Completo da Mãe* _____			
CPF _____		Apelido da Mulher _____	
Data de Nascimento* _____ Idade _____		Nacionalidade _____	
Dados Residenciais		Raça/cor _____	
Logradouro _____		<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena/ Etnia _____	
Número _____ Complemento _____		Bairro _____ UF _____	
Código do Município _____ Município _____		Telefone _____	
CEP _____ DDD _____		Ponto de Referência _____	
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo			
A ANAMNESE			
1. Motivo do exame* <input type="checkbox"/> Rastreamento <input type="checkbox"/> Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau) <input type="checkbox"/> Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)		7. Já fez tratamento por radioterapia?* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?*		8. Data da última menstruação / regra:*	
<input type="checkbox"/> Sim. Quando fez o último exame? ano _____		_____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Não sabe / Não lembra	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?*	
3. Usa DIU?*		(não considerar a primeira relação sexual na vida)	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/> Sim	
4. Está grávida?*		<input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?*	
5. Usa pílula anticoncepcional?*		(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/> Sim	
6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?*		<input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe			
EXAME CLÍNICO			
11. Inspeção do colo* <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ausente (anomalias congênicas ou retirado cirurgicamente) <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Colo não visualizado		12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame para encaminhar a mulher para colposcopia.			
Data da coleta* _____		Responsável* _____	

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios



IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório* Número do Exame*

Nome do Laboratório* Recebido em:* / /

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - 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 oncótica devido a:
- Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
- Sangue em mais de 75% do esfregaço
- Piócitos 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
- Outros, 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 citopático 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 micro-invasão
- 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:

Responsável*

Data do Resultado*

/ /

CPF



Anexo: 93 - Requisição de Mamografia, frente e verso.

MINISTÉRIO DA SAÚDE		REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA	
Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama			
UF	CNES da Unidade de Saúde	Nº Protocolo	
Unidade de Saúde		(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)	
Código Município	Município	Prontuário	
INFORMAÇÕES PESSOAIS			
Cartão SUS*	Sexo		
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
Nome Completo do(a) paciente*		Apelido do(a) paciente	
Nome Completo da Mãe*			
CPF	Nacionalidade		
Data de Nascimento*	Idade*	Cor/Raça	
		<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena/ Etnia	
Dados Residenciais			
Lagradouro			
Número	Complemento		
	Bairro		
	UF		
Código Município	Município		
CEP	DDD	Telefone	
Ponto de Referência			
Escolaridade			
<input type="checkbox"/> Analfabeto(a) <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo			
DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)			
1 - Tem nódulo ou caroço na mama?*		5- Fez radioterapia na mama ou no plastrão? Em que ano?*	
<input type="checkbox"/> Sim, mama direita		<input type="checkbox"/> Sim, mama direita	
<input type="checkbox"/> Sim, mama esquerda		<input type="checkbox"/> Sim, mama esquerda	
<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não	
2. Apresenta risco elevado* para câncer de mama?*		<input type="checkbox"/> Não sabe	
<input type="checkbox"/> Sim		6 - Fez cirurgia de mama? Em que ano?*	
<input type="checkbox"/> Não		Mama direita	
<input type="checkbox"/> Não sabe		Mama esquerda	
* Risco elevado são:		Biópsia cirúrgica incisional	
Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:		Biópsia cirúrgica excisional	
- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;		Centralectomia	
- câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;		Segmentectomia	
Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;		Dutectomia	
Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ		Mastectomia	
Mulheres com história pessoal de câncer de mama		Mastectomia poupadora pele	
3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?*		Mastectomia poupadora de pele e complexo aréolo-papilar	
<input type="checkbox"/> Sim		Linfadenectomia axilar	
<input type="checkbox"/> Nunca foram examinadas anteriormente		Biópsia de linfonodo sentinela	
<input type="checkbox"/> Não sabe		Reconstrução mamária	
4- Fez mamografia alguma vez?*		Mastoplastia redutora	
<input type="checkbox"/> Sim. Quando fez a última mamografia? Ano		Inclusão de implantes	
<input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/> Não fez cirurgia	

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios



INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

7a. Achados no exame clínico

<p>Mama direita</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão papilar</p> <p>Descarga papilar <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica</p> <p>Nódulo:</p> <p>Localização:</p> <p><input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat</p> <p><input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA</p> <p>Espessamento:</p> <p>Localização:</p> <p><input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat</p> <p><input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA</p> <p>Linfonodo palpável <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Supradavicular</p>		<p>Mama esquerda</p> <p><input type="checkbox"/> Lesão papilar</p> <p>Descarga papilar <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica</p> <p>Nódulo:</p> <p>Localização:</p> <p><input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat</p> <p><input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA</p> <p>Espessamento:</p> <p>Localização:</p> <p><input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat</p> <p><input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA</p> <p>Linfonodo palpável <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Supraclavicular</p>	
--	--	--	--

7b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita	Mama esquerda
<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> linfonodo axilar	<input type="checkbox"/>

7c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita	Mama esquerda
<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> linfonodo axilar	<input type="checkbox"/>

7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

Mama direita

Mama esquerda

7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

Mama direita	Mama esquerda
<input type="checkbox"/> Categoria 0	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Categoria 3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Categoria 4	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Categoria 5	<input type="checkbox"/>

7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno

Mama direita	Mama esquerda
<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Linfonodo axilar	<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 espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supraclavicular)

7b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (Bf-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	UQinf União dos quadrantes inferiores
	QIL- Quadrante inferior lateral	UQmed União dos quadrantes mediais
	QSM- Quadrante superior medial	RRA- Região retroareolar
	QIM- Quadrante inferior medial	RC- Região central (união de todos os quadrantes)
	UQlat- União dos quadrantes laterais	PA- Prolongamento axilar
	UQsup União dos quadrantes superiores	NR- Não realizado



ANEXO: 94 - Resumo do Boletim de Campo e Laboratório - LIRAA

ANEXOS

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE		
Resumo do Boletim de Campo e Laboratório - LIRAA		
Formulário para digitação		
Município:	Estado:	Estrato:
Número de imóveis	Programados:	
	Trabalhados:	
<i>Aedes aegypti</i>	Terrenos baldios:	
	Outros imóveis:	
<i>Aedes albopictus</i>	Terrenos baldios:	
	Outros imóveis:	
Número de recipientes positivos para <i>Aedes aegypti</i> por tipo		
Descrição	Código	Quantidade
Caixa de água ligada à rede (depósitos elevados)	A1	
Depósitos ao nível do solo (barril, tina tambor, tanque, poço)	A2	
Dep. móveis (vasos/frascos, pratos, pingadeiras, bebedouros, etc.)	B	
Depósitos fixos (tanques, obras e borracharias, calhas, lajes, etc.)	C	
Pneus e outros materiais rodantes	D1	
Lixo (recip. plásticos, garrafas, latas), sucatas em ferro-velhos	D2	
Depósitos naturais	E	
	Total geral:	
Número de recipientes positivos para <i>Aedes albopictus</i>		
Data: _____		
Responsável pelas informações: _____		



ANEXO: 95 - Resumo Semanal do Serviço Antivetorial - PE

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD

RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTI VETORIAL



01	Controle Digitação

02	Município	03	Código e nome da localidade	04	Zona (Agente)

05	Categ. Localid.	06	Tipo	07	Ciclo/Ano	08	Data início	09	Data final	10	Concluído?	11	Sem. Epidem.
		1 - sede 2 - outros			/	/ /	/ /	/ /		S - Sim N - Não		/	

12						Atividade											
1 - LI - Levantamento de índice			2 - LI+T - Levantamento de índice+Tratamento			3 - PE - Ponto estratégico			4 - T - Tratamento			5 - DF - Delimitação de Foco			6 - PVE - Pesquisa Vetoria Especial		

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

13	Total quart. concl.	Nº imóveis trabalhados por tipo							Nº imóveis			23	Pendência		
		14	15	16	17	18	19	20	21	22	24		25	26	
		Residência	Comércio	TB	PE	Outro	Total	Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspecionados	Amostras Coletadas	Recusa	Fechados	Recuperados	

TB - Terreno baldio PE - Ponto Estratégico

Nº depósitos inspecionados por tipo											35	Nº depósitos tratados Larvicida (1)									
27	A1	28	A2	29	B	30	C	31	D1	32		D2	33	E	34	Total	36	Tipo	37	Qtde. (Gramas)	38
																	L1				

39		40		43		44		Atenção!			
Adulticia		Qtde (cargas)		Total de Agentes na Semana		Total de Dias trabalhados na semana		37 - Inserir a quantidade de larvicida em gramas (ex. 2 cargas = 1.000g)			
Tipo								43 - Total de Agentes na semana (Ex. Seg=1, Ter=1, Qua=1, Qui=1, Sex=1 Total=5)			
								44 - Total de Dias trabalhados na semana (Ex. Seg=1, Ter=1, Qua=1, Qui=1, Sex=1 Total=5)			

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº depósitos com espécimes por tipo																
	45	A1	46	A2	47	B	48	C	49	D1	50	D2	51	E	52	Total
com Aedes aegypti																
com Aedes albopictus																

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

Nº de imóveis com espécimes, por tipo								Nº de exemplares												
	53	Residência	54	Comércio	55	Terreno Baldio	56	Ponto Estratégico	57	Outros	58	Total	59	Larvas	60	Pupas	61	Exúvia de Pupas	62	Adultos
com Aedes aegypti																				
com Aedes albopictus																				
Outros																				

63				64				65			
Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti				Nº e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus				Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti e Aedes albopictus			
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

66	Visto do Supervisor	67	Data do visto

FAD07 - Semanal



ANEXO: 96 - Serviço de Aconselhamento e Testagem



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ACONSELHAMENTO E TESTAGEM

LAUDO LABORATORIAL

Nº. Registro: Nome:

Documento:

Amostra: SANGUE

Data da Coleta:

DIAGNÓSTICO RÁPIDO ANTI-HIV

Método: Imunocromatografia

Resultado: NÃO REAGENTE

Conjunto Diagnóstico:

RESULTADO FINAL: AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA HIV

DIAGNÓSTICO RÁPIDO SÍFILIS

Método: Imunocromatografia

Resultado: NÃO REAGENTE

Conjunto Diagnóstico:

RESULTADO FINAL: AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA SÍFILIS

DIAGNÓSTICO RÁPIDO HEPATITE C (HCV)

Método: Imunocromatografia

Resultado: NÃO REAGENTE

Conjunto Diagnóstico:

RESULTADO FINAL: AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA HCV

DIAGNÓSTICO RÁPIDO HEPATITE B (HBSAG)

Método: Imunocromatografia

Resultado: NÃO REAGENTE

Conjunto Diagnóstico:

RESULTADO FINAL: AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA HBSAG

Observações:

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

DATA:

RESPONSÁVEL:

Carimbo da Instituição:



ANEXO: 97 - SINAN Hanseníase

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº					
		FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO		HANSENÍASE					
Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: - lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.									
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação 2 - Individual		3	Data da Notificação				
	2	Agravado/doença HANSENÍASE		Código (CID10) A 3 0. 9					
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)				
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data do Diagnóstico			
Notificação Individual	8 Nome do Paciente				9	Data de Nascimento			
	10	(ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12	Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado			
	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado								
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica								
15			16						
Número do Cartão SUS			Nome da mãe						
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito		
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
	22	Número	23		Complemento (apto., casa, ...)		24	Geo campo 1	
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência		27	CEP	
	28	(DDD) Telefone		29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30		País (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares do Caso								
Ocupação	31	Nº do Prontuário		32			Ocupação		
	33	Nº de Lesões Cutâneas		34	Forma Clínica 1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não classificado		35	Classificação Operacional 1 - PB 2 - MB	36
Atendimento	37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico 0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado								
	38 Modo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 - Outros Reingressos 9 - Ignorado								
Dados Lab.	39 Modo de Detecção do Caso Novo 1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado								
	40 Baciloscopia 1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado								
Tratamento	41			42					
	Data do Início do Tratamento			Esquema Terapêutico Inicial 1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos					
Med. Contr.	43								
Número de Contatos Registrados									
Observações adicionais:									
Investigador	Município/Unidade de Saúde				Código da Unid. de Saúde				
	Nome			Função		Assinatura			
	Hanseníase			Sinan NET		SVS 30/10/2007			



ANEXO: 98 - SINAN Tuberculose

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE		Nº	
CRITÉRIO LABORATORIAL - é todo caso que, independentemente da forma clínica, apresenta pelo menos uma amostra positiva de baciloscopia, ou de cultura, ou de teste rápido molecular para tuberculose. CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO - é todo caso que não preenche o critério de confirmação laboratorial acima descrito, mas que recebeu o diagnóstico de tuberculose ativa. Essa definição leva em consideração dados clínico-epidemiológicos associados à avaliação de outros exames complementares (como os de imagem, histológicos, entre outros).					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual			
	2 Agravado/doença	TUBERCULOSE		Código (CID10) A 1 6. 9	
	3 Data da Notificação				
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico		
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade	0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 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			
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso				
Dados complementares	31 Nº do Prontuário	32 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 - Transferência 6 - Pós-óbito			
	33 Populações Especiais	População Privada de Liberdade Profissionais de Saúde 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado População em Situação de Rua Imigrante		34 Beneficiário de programa de transferência de renda do governo 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	35 Forma	36 Se Extrapulmonar 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + Extrapulmonar 1 - Pleural 2 - Gang. Perif. 3 - Geniturinária 4 - Óssea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 - Meningoencefálico 8 - Cutânea 9 - Laringea 10 - Outra			
	37 Doenças e Agravos Associados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Aids Alcoolismo Diabetes Doença Mental Uso de Drogas Ilícitas Tabagismo Outras		
	38 Baciloscopia de Escarro (diagnóstico) 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 4 - Não se aplica		39 Radiografia do Tórax 1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Outra Patologia 4 - - Não Realizado		40 HIV 1 - Positivo 3 - Em Andamento 2 - Negativo 4 - Não Realizado
	41 Terapia Antirretroviral Durante o Tratamento para a TB 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		42 Histopatologia 1 - Baar Positivo 2 - Sugestivo de TB 3 - Não Sugestivo de TB 4 - Em Andamento 5 - Não Realizado		
	43 Cultura		44 Teste Molecular Rápido TB (TMR-TB)		45 Teste de Sensibilidade
	1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Em Andamento 4 - Não Realizado		1 - Detectável sensível à Rifampicina 2 - Detectável Resistente à Rifampicina 3 - Não Detectável 4 - Inconclusivo 5 - Não Realizado		1 - Resistente somente à Isoniazida 2 - Resistente somente à Rifampicina 3 - Resistente à Isoniazida e Rifampicina 4 - Resistente a outras drogas de 1ª linha 5 - Sensível 6 - Em andamento 7 - Não realizado
	46 Data de Início do Tratamento Atual		47 Total de Contatos Identificados		
	Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde
Nome		Função	Assinatura		
Tuberculose		Sinan NET		SVS 02/10/2014	



ANEXO: 99 - Sistematização da Assistência de Enfermagem – CAPs

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CAPS Márcia Mendes Minussi Gioda**

I. IDENTIFICAÇÃO

DATA: ___/___/___

Nome do usuário: _____
Data de nasc: ___/___/___ Idade: _____ Sexo: () M () F Estado civil: _____
Pai: _____ Mãe: _____
Escolaridade: _____ Profissão/Ocupação: _____ Naturalidade: _____
Cidade: _____ Rua: _____ Bairro: _____
Telefone: _____ Responsável: _____
Diagnóstico Médico: _____

II. CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

Motivo da consulta: _____
Queixa principal: _____
Encaminhado por: _____
Acompanhado: _____
Tratamento anterior: _____
Internação psiquiátrica: () não () sim Onde: _____
Medicação anterior: _____
Peso: _____ PA: _____ P: _____ T: _____ R: _____
Doenças prévias: () HAS () HIV () DM () HCV () Outras: _____
Alergias: _____

III. HISTÓRIA FAMILIAR

a) Configuração familiar: _____
b) Relacionamento familiar: _____
c) Doença mental na família: _____

IV. HISTÓRIA PREGRESSA

a) Condições de Saúde: _____
b) Crenças e práticas religiosas: _____
c) Relações interpessoais: _____
d) Situações conflituosas: _____

V. CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

() empregado () desempregado () pensionista () aposentado () Outro: _____
Nota: _____

VI. CONDIÇÕES DE MORADIA

Habitação: () própria () alugada () cedida () tijolo () madeira () mista
Situação: () desabrigado () urbano () rural () assentamento () asilado
Luz elétrica: () sim () não Água: () encanada () arroio () poço () tratada () não tratada
Esgoto: () rede pública () fossa () céu aberto
Lixo: () coletado () queimado () acumulado no pátio
Nota: _____

VII. AVALIAÇÃO DO ESTADO FÍSICO

Aparência geral: () descuidada () colaborativo () reservado () indiferente () tenso



Couro cabeludo: () sem alteração () lesões () sujidade () cabelo desalinhado
Respiração: () eupnéia () dispnéia () tosse improdutivo
Olhos/pupilas: () sem alteração () acuidade visual diminuída () uso de óculos
Ouvidos: () sem alteração () diminuição da audição () surdez () zumbido () dor ()
secreção () lesão () uso de aparelho auditivo
Nariz: () sem alteração () lesão () secreção () epistaxe
Cavidade oral: () halitose () lesão () falha dentária () cárie () prótese dentária
Pele: () sem alteração () desidratada () edemaciada () lesão () prurido () descoradas
() hematomas
Músculos esqueléticos: () fraqueza () tremores () lesão
Dor : () sim () não
Deformidades ósseas: () sim () não

Nota: _____

Hidratação/Alimentação:

Dieta: () normal () P/ DM () hipossódica () hiperprotéica () restrições
Aceitação: () sem alteração () disfagia () polifagia () anorexia () náuseas/vômitos
Peso: () mantido () ganho () perda () obesidade () emagrecido () não sabe

Nota: _____

Eliminações:

Urinária: () sem alteração () incontinência () disúria () hematúria () retenção urinária
Intestinal: () sem alteração () constipação () diarreia () melena () fezes ressequidas

Nota: _____

Reprodução e Sexualidade:

DUM: ___/___/___ Filhos: () () sim N°: _____
Métodos contraceptivos: () não () sim Qual: _____
Ciclo menstrual: () regular () irregular () ausente () climatério
Comportamento sexual: () ativo () hipersexualizado () impotência () libido diminuído
() comportamento desinibido () não avaliado
Genitais e mamas: () dor () secreção () edema
Exames preventivos: () sim () não

Nota: _____

Sono e Repouso:

() sem alteração () dificuldade de conciliar/manter o sono () fadiga () insônia ()
hipersonia () sono interrompido
Uso de medicação para dormir: () não () sim Qual: _____

Nota: _____

Atividade Física/Locomoção:

Dependência: () total () parcial () independente
Atividade física: () não () sim

Nota: _____

VIII. CONDIÇÃO PSICOSSOCIAL

Interação social: () prejudicada () inadequada () isolamento social () solidão ()
abandono () dificuldade em realizar atividades () falta de interesse por atividades
cotidianas () dificuldade em assumir compromissos /concluir atividades () dificuldade de
comunicação

Nota: _____

Atividade Ocupacional: () oficina terapêutica () ginástica () leitura e escrita ()
caminhadas
() horta/jardinagem



Lazer: () TV () rádio () passeios () outros: _____

Participação em atividades em grupo: _____

Cuidado Corporal:

Condições de higiene: () adequada () inadequada () precária

Vestimenta: () adequada () inadequada () sujidade

Dependência: () total () parcial () independente

Comportamento relacionado à substância química: () uso () abuso () não usa

Tipo	Quantidade	Freqüência
() álcool
() drogas
() tabaco
() medicamento

Sintomas de abstinência: _____

Nota: _____

IX. TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

Medicação	dose	freqüência
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Sintomas colaterais da medicação: _____

X. EXAMES CLÍNICOS

XI. AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

Regulação Neurológica:

Consciência: () lúcido () confuso () sonolento () sedado () obnubilado

Atenção: () atento () desatento () hipovigil () hipervigil () hipotenaz () hipertenz

Orientação: () orientado () desorientação autopsíquica () desorientação alopsíquica

Memória: () preservada () remota () imediata () recente () déficit de memória

Nota: _____

Sensopercepção: () sem alteração () alucinações () ilusões

Nota: _____

Ansiedade: () tremores () medo () preocupação excessiva () tonturas () inquietação

Nota: _____

Humor: () eutímico () triste () desânimado () expansivo () eufórico

() ruína () apatia () labilidade emocional () irritado () exaltado () oscilações do humor

Nota: _____

Afeto: () preservado () embotado () inadequado () ambivalência () anedonia

Nota: _____

Pensamento: () preservado () inibido () fuga de idéias () ideação homicida () fobias

() acelerado () idéias delirantes () desagregado

() obsessões () ideação suicida



Nota: _____

Comportamento: () adequado () auto agressivo () heteroagressivo () regressivo
() sedutor () promiscuidade () hostilidade () impulsividade () compulsão () bizarro
() anti-social

Nota: _____

Comunicação: () efetiva () incoerente () desorganizada () normolálica
() afasia () neologismos () disartria () mutismo () coprolalia
() arrastada () 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: _____

Insight: () 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 música. - tranquilizar, ouvir sempre as tristezas e emoções. - mobilizar o corpo em situação de crise.	Nenhum comportamento agressivo



5. Nenhuma participação na terapia de grupo	<ul style="list-style-type: none">- 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	<ul style="list-style-type: none">- 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.	<ul style="list-style-type: none">- 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	<p>Estimular a auto-estima mediante terapia de grupo; apoiar, elogiar o usuário com a sua imagem corporal.</p> <ul style="list-style-type: none">- escutar o paciente de forma compreensiva, respondendo-lhe de uma maneira aberta, sem julgamentos depreciativos ou extremo positivismo;- oferecer ao paciente retro alimentação 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. <p>Auxiliar na identificação de pontos positivos e a aceitar novos desafios.</p>	<ul style="list-style-type: none">- melhora sentimentos de auto-estima, de segurança no ambiente institucional e relacionamentos interpessoais;- melhora do convívio familiar e vínculo social;
8. Comportamento desorganizado atual	<ul style="list-style-type: none">- 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	<ul style="list-style-type: none">- ensinar a técnica de relaxamento;- informar sobre o regime de medicamentos.	Padrão de sono melhorado
10. Processo familiar	<ul style="list-style-type: none">- 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,



	repetir informações sempre que necessário; criar meios que facilitam a orientação no ambiente doméstico (anotar o lugar dos objetos de uso pessoal, identificar gavetas) Incentivar a participar de atividades que estimule a memória (jogos, olhar fotos e paisagens já conhecidas).	– comunicação das necessidades e desejos; – recuperar lembranças de acontecimento importantes melhorar a capacidade de memória, facilitando a convivência social e melhorar a qualidade de vida.
19. Controle ineficaz do regime terapêutico	– auxiliar a inserção em programa de tratamento e mutua-ajuda; – orientar sobre doenças, a importância da adesão ao tratamento, medidas preventivas a recaídas; – avaliar o nível de conhecimento do paciente, família e comunidade sobre as doenças e tratamentos disponíveis; – orientar sobre as consequências da não adesão ou tratamento ineficaz.	– adesão ao tratamento proposto; – promoção do tratamento domiciliar. - manutenção de ações educativas de promoção e prevenção em saúde. - compreensão as consequências do uso e abuso de tabaco, álcool e outras drogas.
20. Alteração no processo do pensamento	–Promover a comunicação que estimule o sentido de integridade da pessoa; –auxiliar para diferenciar entre os seus próprios pensamentos delirantes e a realidade –Proporcionar à pessoa oportunidades para a socialização positiva. –Reduzir a ansiedade e desenvolver uma sensação de segurança através de um clima de cuidado e interesse. –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. –Revisar os sinais e os sintomas de doença recorrente que indicam inadaptação iminente. Instruir a família e as pessoas significativas quanto à doença da pessoa e às estratégias de resolução	– reconhecimento dos sintomas e adesão ao regime terapêutico – interpretação alternativa da situação sem se tornar indevidamente hostil ou ansioso.
21. Interação social prejudicada	auxiliara na aproximação familiar. encorajar no desenvolvimento de relações interpessoais proporcionar a interatividade social de forma gradativa; estimular a participação em atividades	– participação em grupos de apoio. – melhora da interação familiar e envolvimento de atividade social. – manutenção de



	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">- estabelecer uma relação de confiança e incentivar o paciente à verbalizar seus sentimentos e demonstrar contato visual;- incentivar o relacionamento com outras pessoas e aumentar seu nível de contatos social de maneira gradual.- envolver o paciente no planejamento do autocuidado- encaminhar à serviços sociais para o acompanhamento;- ajudar na identificar opções de contato social (atividades lúdicas, grupos de colegas, amigos)- facilitar e incentivar o convívio com familiares.- incentivar a participação em terapia em grupo e familiar;	<ul style="list-style-type: none">- participação de atividades em grupos de apoio.- manutenção na interação familiar e social.- melhora de estratégias adaptativas com a família e sociedade.- prevenção de problemas de convivência familiar e social.- identifica problemas com a socialização.- melhora das habilidades de interação social.
23. Processos familiares alterados: alcoolismo e drogadição	<ul style="list-style-type: none">- cuidados intensivos e semi-intensivos no período de desintoxicação;- encaminhar paciente/família para grupos serviços de tratamento para dependentes químicos.- orientar sobre a importância da adesão e continuidade da terapêutica proposta.- auxiliar na Identificação do estilo de vida mais saudável;- identificar apoio familiar e recursos comunitários disponíveis. incentivar os familiares a participarem do plano terapêutico de recuperação	<ul style="list-style-type: none">- melhora desempenho familiar- enfrentamento de conflitos e resolução satisfatório de problemas;- conscientização das conseqüências do uso de drogas;- desenvolvimento de estratégias de controle da ansiedade e estressores;- adota um estilo de vida mais saudável de promoção a saúde;- medidas de prevenção de recaídas e de redução de danos.
24. Potencial de violência consigo mesmo e com os outros: comportamento suicida	<ul style="list-style-type: none">- diminuição do risco de auto-agressão;- suporte familiar e social;- adesão satisfatório ao tratamento	<ul style="list-style-type: none">- Investigar uso de medicações e substância tóxicas: tipo, quantidade, tempo decorrido e associação de outras drogas, álcool, etc.- tomar medidas de urgência e emergência nos casos de intoxicação por medicamentos e substâncias tóxicas: lavagem gástrica,



		<p>medicação indicada e procedimentos indicados pelo Centro Informação Toxicológica (0800 721 3000)</p> <ul style="list-style-type: none">- atender as complicações clínicas decorrentes tais como: contusões, fraturas;- avaliar nível de consciência e riscos;- providenciar medidas de segurança frente a fatores de risco e com tentativa mal sucedida de suicídio.- auxiliar o paciente a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio.- observar e registrar as mudanças de humor e comportamento;
25. Potencial de violência consigo mesmo e com os outros: comportamento agressivo	<ul style="list-style-type: none">- avaliar e retirar do ambiente os objetos que oferecem risco para auto ou heteroagressividade- identificar sinais e sintomas preeminentes da agressividade;- estabelecer confiança e interação verbal com o paciente.- observar e registrar as mudanças de humor e/ou comportamento de risco.- evitar exposição do paciente no ambiente durante comportamento de agressividade- auxiliar o paciente a proteger sua integridade física e moral;- tomar medida de contenção em caso de agitação psicomotora ou comportamento violento;observar e intervir preventivamente no caso de risco auto e heteroagressividade;	<ul style="list-style-type: none">- diminuição da impulsividade e riscos de agressão;
26. Alteração no padrão do sono	<ul style="list-style-type: none">- identificar as causas que levam ou agravam problemas referentes ao sono e repouso- proporcionar ambiente adequado ao sono e repouso.- evitar procedimentos durante o sono.- ensinar estratégias de higiene do sono.- monitorar os efeitos do medicamento	<ul style="list-style-type: none">- manutenção do padrão de sono normal, possibilitando energia adequada durante o dia;



	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: 100 - Solicitamos que a positividade seja comunicada conforme INSTRUTIVO

Solicitamos que a positividade seja comunicada conforme INSTRUTIVO:

Comunico o resultado da amostra nº _____ coletada no Município de São Francisco de Assis – RS:

Nº _____ Larvas de Aedes Aegypti

Nº _____ Pupas de Aedes Aegypti

Nº _____ Adultos de Aedes Aegypti

Tipo de depósito: _____ (____)

Tipo de imóvel: _____ (____)

Rua: _____, nº _____

Quarteirão: _____ lado: _____

Coletada em: ____ / ____ / ____

Localidade: _____ Bairro: _____

Pelo agente: _____

Att:

Laboratorista
São Francisco de Assis – RS

Seção de Reservatórios e Vetores
IPB – LACEN/RS
FEPPS – Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde
Av. Ipiranga, 5400 – Porto Alegre – RS
CEP: 90.610-000
Fone: (51) 3288-4014 / 4024
e-mail: resevet@fepps.rs.gov.br



ANEXO: 101 - Teste Rápido para Detecção de Anticorpos para HIV



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 ANTI-HIV		
Amostra: sangue total		
Data da coleta da amostra: ____ / ____ / ____		
TESTE 1:		
Nome do produto: Biomanguinhos HIV 1 & 2		
Método: imunocromatografia		
Resultado do teste: Amostra NÃO REAGENTE para HIV		
INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO: Amostra NÃO REAGENTE para HIV		
Exames realizados em conformidade com a Portaria SVS/MS nº 151/2009		
1. 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 e submetida ao teste.		
Responsável: Técnico:		
(assinatura e carimbo)		
Carimbo da Instituição:		



ANEXO: 102 - Teste Rápido para Detecção de Anticorpos para Sífilis



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 <u>teste treponêmico</u> .		
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:		



SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL

ANEXO: 103 - Bloco para solicitação para esgotamento de poço negro.



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

Solicitação para esgotamento de poço negro

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

São Francisco de Assis, _____ de _____ de 20_____.

Nº 001

Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

ANEXO: 104 - Bloco para solicitação para 2ª via de documento



PREFEITURA MUNICIPAL
São Francisco de Assis - RS
Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

Nº 001

Solicitação para 2ª via de documento

Solicito ao Ofício de Registros Públicos de São Francisco de Assis - RS, o fornecimento ao Sr(a). _____ nascidos em ____/____/____, filho de _____ e de _____, residente na Rua _____, nº _____, cidade _____ o fornecimento de uma 2ª via do(s) seguintes documento(s):

São Francisco de Assis, _____ de _____ de _____

Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social



ANEXO: 105 - Folha timbrada (conselho tutelar).



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



ADMINISTRANDO PARA TODOS
GESTÃO 2021-2024

PREFEITURA MUNICIPAL
SÃO FRANCISCO
DE ASSIS

ANEXO: 106 - Agenda personalizada





SECRETARIA DA AGRICULTURA, PECUÁRIA E ABASTECIMENTO.

ANEXO: 107 - Certificado SIM



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

Certificado

0001

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

ESPÉCIE	PESO KG	Nº DE VOLUMES	NATUREZA VOLUMES

NOTA FISCAL Nº:	SÉRIE	TEMPERATURA
-----------------	-------	-------------

Ponto da embalagem:

Remetente:

Marca ou letreiro:

Consignatário:

Estabelecimento de origem:

Embarcador:

Meio de Transporte:

Destino:

_____ de _____ de _____

NOME E CARIMBO



ADMINISTRANDO PARA TODOS
GESTÃO 2021-2024

PREFEITURA MUNICIPAL
SÃO FRANCISCO
DE ASSIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA

ANEXO: 108 - Pasta “ ficha funcional do servidor”.



OBS: MODELO ANEXO APENAS PARA EXEMPLIFICAÇÃO

Obs: todos os dados como, data/ano do evento, nome do secretário, nome do prefeito entre outros... , a serem escritos no corpo do certificado serão enviados pela secretaria solicitante, juntamente com o pedido de empenho.

Certificado

Confere-se o presente certificado a **JUSSARA COSTA GUEDES** por ter participado das Oficinas e do Espetáculo Teatral, promovido pela Prefeitura Municipal, através da Secretaria unicipal de Educação e Cultura, na semana da criança, no ano de 2019.

São Francisco de Assis, 27 de novembro de 2019.

Antonio Carlos Galo Brunet
Responsável Técnico

Jaqueline Sudati Gindri
Secretária Municipal de Educação e Cultura

Rubemar Paulinho Salbego
Prefeito Municipal





Prefeitura Municipal
São Francisco de Assis - RS



Conteúdo Programático

Preparação dos Atores
Leitura de textos
Exercícios e técnicas teatrais

Secretaria Municipal de Educação e Cultura, registrado
Sob o nº a página nº
do Livro de Registro dos Certificados de Cursos,
Palestras e Encontros de nº
Frequência: 100%
Carga Horária: 40h
São Francisco de Assis, 11 de outubro de 2019,.

Responsável pelo Registro

SECRETARIA MUNICIPAL DA ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO



ADMINISTRANDO PARA TODOS
GESTÃO 2021-2024

PREFEITURA MUNICIPAL
SÃO FRANCISCO
DE ASSIS



ANEXO 110 - folha de ofício, gramatura 90g/m².



ADMINISTRANDO PARA TODOS!
GESTÃO 2021-2024

PREFEITURA MUNICIPAL DE
SÃO FRANCISCO
DE ASSIS



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
EMAIL: padmin@bol.com.br / Facebook: @prefeiturasaochicodeassis



ADMINISTRANDO PARA TODOS
GESTÃO 2021-2024

PREFEITURA MUNICIPAL
SÃO FRANCISCO
DE ASSIS

ANEXO: 111 - cartões de anotação.



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

ANEXO: 112 - talão para requisição do almoxarifado.

	PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS REQUISIÇÃO DO ALMOXARIFADO
ESPÉCIE DO MATERIAL :	
.....	
.....	
QUANTIDADE SOLICITADA:	
.....	
DESTINO DO MATERIAL REQUISITADO:	
.....	
RECEBI O MATERIAL EM DE DE	
_____ RESPONSÁVEL PELO ALMOXARIFADO	_____ ASSINATURA DO REQUISITANTE

ANEXO: 113 - ficha de controle de estoque.



SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

ANEXO: 115 - Ficha aluguel carneira.

Carneira Nº _____

Nome _____

Filiação _____

Data da Inumação ____/____/____

Carneiras Grande Pequena

RENOVAÇÕES

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

Responsável: _____

Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis
CEMITÉRIO PÚBLICO

CARNEIRAS



ANEXO: 116 - Pasta receita.



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

RECEITA

DIA: _____/_____/_____.



ANEXO: 117 - Pasta despesas.



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

DESPESA

DIA: _____ / _____ / _____.

Documentos pagos nesta data



ADMINISTRANDO PARA TODOS
GESTÃO 2021-2024

PREFEITURA MUNICIPAL
SÃO FRANCISCO
DE ASSIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE HABITAÇÃO, INDÚSTRIA E COMÉRCIO.

ANEXO: 119 - Cartão de identificação, Secretário Municipal.



Secretaria Municipal Indústria e Comércio
São Francisco de Assis / RS



Rua João Moreira, 1667 - Centro
97610-000 - São Francisco de Assis - RS
Fones: (55) 3252-2713 / 3252-1414
e-mail: indusassis@bol.com.br

ANEXO: 120 - Cartão de identificação, Coordenadora do Procon.



Secretaria Municipal Indústria e Comércio
São Francisco de Assis / RS



Rua João Moreira, 1667 - Centro
97610-000 - São Francisco de Assis - RS
Fones: (55) 3252-2713 / 3252-1414
e-mail: indusassis@bol.com.br

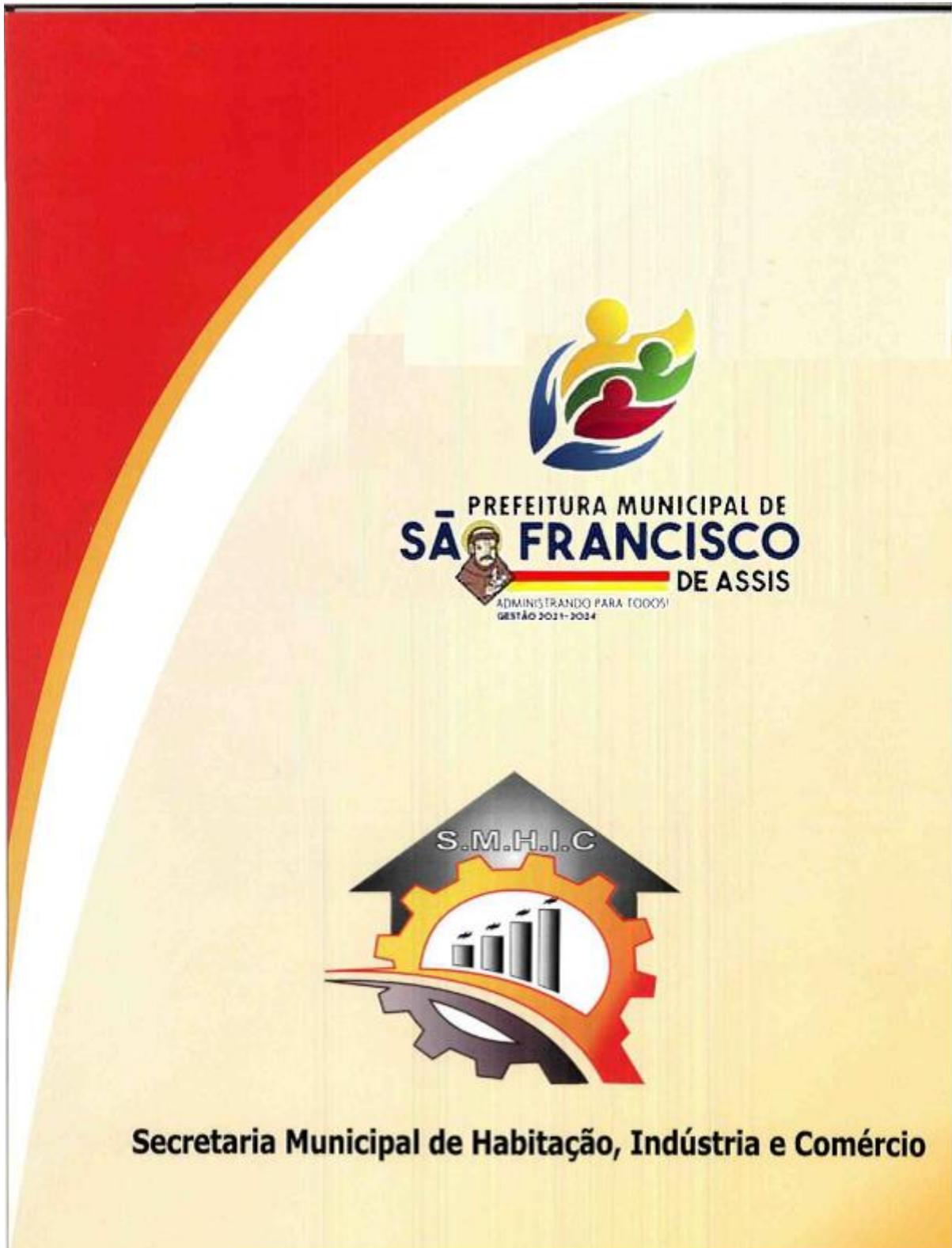


ADMINISTRANDO PARA TODOS
GESTÃO 2021-2024

PREFEITURA MUNICIPAL
SÃO FRANCISCO
DE ASSIS



ANEXO: 121 - pasta colorida.





SECRETARIA MUNICIPAL DE OBRAS E SANEAMENTO

ANEXO: 122 - bloco de passagens de ônibus urbano.

<p>PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS SECRETARIA MUNICIPAL DE OBRAS NÚCLEO MUNICIPAL DE VIAÇÃO E TRANSPORTE</p> <p>0701 Série A</p> <p>PASSAGEM DE ÔNIBUS URBANO</p> <p>Valor R\$ _____ Data ____/____/____</p>	<p>PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS</p>  <p>SECRETARIA MUNICIPAL DE OBRAS NÚCLEO MUNICIPAL DE VIAÇÃO E TRANSPORTE</p> <p>Série A 0701</p> <p><u>PASSAGEM DE ÔNIBUS URBANO</u></p> <p>Valor R\$ _____ Data ____/____/____</p>
--	--



SECRETARIAS DIVERSAS

ANEXO: 123 - Envelope timbrado, na cor branca, medindo: 24 cm x 34 cm.





ANEXOS: 124 e 125 - Envelopes timbrados, na cor Branca, medidas: 23 cm x 11,5 cm e 25 cm x 18 cm.





ANEXO: 130 - Talão de autorização de abastecimento de combustível.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS									
AUTORIZAÇÃO DE ABASTECIMENTO									
Nº <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>									
Eu _____ autorizo									
o Sr _____ a abastecer o									
Veículo _____									
Placa _____									
Km _____									
Hora __: __									
Data __/__/__									
Obs: _____									

<input style="width: 150px; height: 40px;" type="text"/> Carimbo do Posto									
_____ Responsável da autorização									
Secretaria: _____									
_____ Servidor autorizado									
<table border="1"><thead><tr><th>Comb.</th><th>Litros</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Gasolina</td><td><input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Diesel</td><td><input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Diesel S10</td><td><input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/></td></tr></tbody></table>	Comb.	Litros	<input type="checkbox"/> Gasolina	<input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Diesel	<input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Diesel S10	<input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>	
Comb.	Litros								
<input type="checkbox"/> Gasolina	<input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>								
<input type="checkbox"/> Diesel	<input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>								
<input type="checkbox"/> Diesel S10	<input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>								



ANEXO: 132 - Talão de requerimento de diária.

 **REQUERIMENTO DE DIÁRIA**

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

_____ estando prevista a saída ,em _____, às _____ horas e retorno
em _____, às _____ horas.

São Francisco de Assis, _____ de _____ de _____

Nº 001 _____
SECRETÁRIO(A) MUNICIPAL



ADMINISTRANDO PARA TODOS
GESTÃO 2021-2024

PREFEITURA MUNICIPAL
SÃO FRANCISCO
DE ASSIS



ANEXO: 134 - folha timbrada gramatura 75g/m²



ADMINISTRANDO PARA TODOS!
GESTÃO 2021 -2024

PREFEITURA MUNICIPAL DE
SÃO FRANCISCO
DE ASSIS



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
EMAIL: padmin@bol.com.br / Facebook: @prefeiturasaochicodeassis