



PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS N.º 020/2023

PROCESSO ADMINISTRATIVO 20/2023

LICITAÇÃO EXCLUSIVA PARA BENEFICIÁRIAS DA LEI COMPLEMENTAR Nº 123/2006 ALTERADA PELA LEI COMPLEMENTAR Nº 147/2014 COM ITENS COM COTA PRINCIPAL DE AMPLA CONCORRÊNCIA E COTA RESERVADA DE 25% (VINTE E CINCO POR CENTO) PARA BENEFICIÁRIAS, CONFORME PREVISTO NO ARTIGO 48, INCISO III DA LEI.

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 932/2022, 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 **10 de outubro de 2023 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. No item de nº 126 a Licitação é com cota principal de ampla concorrência para participação de todas e quaisquer empresas que atendam ao subitem 2.1. inclusive as que estejam enquadradas como beneficiárias da Lei Complementar nº 123/2006(alterada pela Lei Complementar nº 147/2014).

No item de nº 127 a Licitação é com cota reservada (25% da quantidade) para as beneficiárias da Lei Complementar nº 123/2006, nos termos do seu art. 48, III.

2.2.1. Na cota principal destinada à AMPLA CONCORRÊNCIA poderão participar todas e quaisquer empresas que atendam ao subitem 2.1. inclusive as que estejam enquadradas como beneficiárias da Lei Complementar nº 123/2006(alterada pela Lei Complementar nº 147/2014).

2.2.2. Na COTA RESERVADA somente as beneficiárias da Lei Complementar nº 123/2006 (alterada pela Lei Complementar nº 147/2014) poderão apresentar proposta.

2.2.3. A empresa vencedora da COTA RESERVADA terá prioridade na aquisição/contratação.

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 nos itens com cota reservada e como condição para fruição das suas benesses quando da participação na cota principal, 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 processo de falência, concurso de credores ou em processo de dissolução ou liquidação;

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

d) Empresas consorciadas;



- 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 (Acórdão 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 verídicas;

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, SE FOR O CASO, como beneficiário da Lei Complementar nº 123/2006, estando apto a usufruir do tratamento favorecido para os itens de ampla concorrência, **sendo este enquadramento a condição obrigatória para participação nos itens exclusivos e com cota reservada.**

4.2.4. Que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezois 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, marca e modelo e o valor unitário e total do item, englobando a tributação, os custos de entrega e quaisquer outras despesas incidentes para o cumprimento das obrigações assumidas.

5.2.1. Em razão da natureza dos produtos que não necessitam da indicação de modelo, marca e fabricante, o proponente poderá preencher os campos respectivos com a redação **PRODUTO**.



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.

5.2.3. O licitante que apresentar proposta para o item de COTA RESERVADA e para a cota principal destinada à AMPLA CONCORRÊNCIA deverá cotar o mesmo valor para ambas as cotas.

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

5.4. O licitante deverá ofertar produtos que atendam as exigências e especificações mínimas constantes no Anexo I - Termo de Referência, sob pena de recusa de recebimento do(s) bem(ns), sem prejuízo da aplicação de sanções administrativas.

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@saofranciscocodeassis.rs.gov.br portanto, a data e horário final tanto para envio de pedidos de esclarecimentos quanto para impugnações será no dia 05/10/2023, 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 inexequíveis.

e) cujo valor estiver superior ao máximo aceitável contido no Termo de Referência, após encerrada a etapa de lances.

9.2.1. Considera-se inexequível 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 inicial.

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 inexequíveis ou excessivas) poderá tê-lo cancelado pelo Pregoeiro através do sistema mediante solicitação.

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 nos itens exclusivos para beneficiárias 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.

11.3. Dos benefícios da Lei Complementar nº 123/2006 e Lei Complementar nº 147/2014, referente à fase de lances, exclusivamente para os itens destinados à ampla concorrência e que correspondem à 75% da quantidade total do objeto a ser licitado serão aplicados os seguintes procedimentos:

11.3.1. Encerrada etapa de envio de lances da sessão pública, será apurada a ocorrência de empate, nos termos dos artigos 44 e 45 da Lei Complementar nº 123/2006, sendo assegurada, como critério do desempate, preferência de contratação para as beneficiárias que tiverem declarado nos termos do subitem 4.2.3. deste edital.

11.3.2. Entende-se como empate, para fins da Lei Complementar nº 123/2006, aquelas situações em que as propostas apresentadas pelas beneficiárias sejam iguais ou superiores em até 5% (cinco por cento) à proposta de menor valor.

11.3.3. Ocorrendo o empate, na forma do subitem anterior, proceder-se-á da seguinte forma:

a) A beneficiária detentora da proposta de menor valor será convocada via “chat” para apresentar, no prazo de 5 (cinco) minutos nova proposta, ou seja, um único lance, inferior àquele considerado, até então, de menor preço, situação em que será declarada vencedora do certame.

b) Se a convocada na forma da alínea anterior, não apresentar nova proposta, inferior à de menor preço, será facultada, pela ordem de classificação, às demais beneficiárias que se enquadrarem na hipótese do subitem 11.3.1. deste edital, a apresentação de nova proposta, no prazo previsto na alínea a deste subitem.

c) Se nenhuma empresa beneficiária satisfizer as exigências, será declarado vencedor do certame o licitante detentor da proposta originariamente de menor valor.

11.3.4. O disposto no subitem 11.3. não se aplica às hipóteses em que a proposta de menor valor inicial tiver sido apresentada por beneficiária da Lei Complementar nº 123/2006.

11.3.5. Será assegurada para a Cota de ampla concorrência, como critério de desempate, a preferência de contratação às beneficiárias.

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 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. Se a mesma empresa vencer a COTA RESERVADA e a COTA PRINCIPAL DE AMPLA CONCORRÊNCIA, a contratação das cotas deverá ocorrer pelo menor preço.

12.8. Se nenhuma proposta for apresentada na COTA RESERVADA, fica permitida a adjudicação ao vencedor da COTA PRINCIPAL DE AMPLA CONCORRÊNCIA, ou, diante da sua recusa, aos licitantes remanescentes, desde que pratiquem o preço do primeiro colocado da cota principal.

12.9. 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 3 (três) 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 3 (três) 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 procuradoria@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 020/2023

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 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.

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 do 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, número do empenho, 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.

19.2.2. Nas notas fiscais emitidas por empresas **não optantes pelo simples nacional**, deve estar destacado, quando devido, o valor do ISS e do INSS. Deve estar destacado o valor do imposto de renda retido na fonte, conforme Instrução Normativa SRF 1.234/12 e Decreto Municipal 1.297/2023.

19.3. Conforme Instrução Normativa nº 2.043 da RFB, de 12 de agosto de 2021, que dispõe sobre a escrituração fiscal digital de retenções e outras informações fiscais (EFD – REINF), as notas fiscais devem ser emitidas do dia 01 ao dia 20 de cada mês e enviadas, no momento de sua emissão para o e-mail recebimentonotafiscal@saofranciscodeassis.rs.gov.br

19.3.1. A confirmação do recebimento pelo Setor de Compras deverá ser obtida através do próprio e-mail ou do telefone (55) 3252-3257.

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

19.5. Além da nota fiscal do(s) produto(s) entregue(s), a(s) empresa(s) deverá(ão), durante a validade do registro, manter atualizados e apresentar, quando solicitado, os seguintes documentos:

19.5.1. 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);

19.5.2. Prova de regularidade com o FGTS (CRF – Certificado de Regularidade de Situação, expedido pela Caixa Econômica Federal);

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



19.6. O CNPJ constante na nota fiscal deverá ser o mesmo da documentação apresentada no procedimento licitatório.

19.7. 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.

19.8. 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@saofranciscocodeassis.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



São Francisco de Assis - RS, 25 de setembro de 2023.

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 para desempenho de suas funções rotineiras.

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	Adicional Noturno, dimensões: 30 cm x 21 cm (Anexo 01)	UNIDADE	150	600	0,22
2	Alvará Sanitário, dimensões: 19 cm x 30 cm, papel 180g. (Anexo 02)	UNIDADE	250	1.000	0,81
3	APAC - Laudo para Solicitação e Autorização de Atendimento Ambulatorial, colorido, bloco c/ 100fls, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 03)	BLOCO	200	800	17,46
4	Auto de Infração, uma folha branca, outra folha verde e outra amarela, todas em papel carbonado, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 04)	UNIDADE	250	1.000	10,30
5	Boletim de Avaliação, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 05)	UNIDADE	250	1.000	0,66
6	Boletim de Produção Ambulatorial - BPA Consolidado, dimensões: 21 cm x 30 cm (Anexo 06)	UNIDADE	250	1.000	0,35
7	Boletim de Reconhecimento - Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue - PCFAD, dimensões: 21 cm x 30 cm (Anexo 07)	UNIDADE	500	2.000	0,86
8	Cadastro Domiciliar e Territorial, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm (Anexo 08)	UNIDADE	1.000	4.000	0,95
9	Cadastro Individual, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm (Anexo 09)	UNIDADE	5.000	20.000	0,83
10	Cartão da Mulher, frente e verso, papel 180g, dimensões: 10 cm x 21,5 cm (Anexo 10)	UNIDADE	500	2.000	0,69
11	Cartão de Hipertensos e Diabéticos, frente e verso, papel 180g, dimensões: 20 cm x 10 cm (Anexo 11)	UNIDADE	500	2.000	0,88
12	Cartão de Vacina, frente e verso, colorido, papel 180g, dimensões: 15 cm x 10,5 cm (Anexo 12)	UNIDADE	2.000	8.000	1,11
13	Cartão de Vacinação da Criança, frente e verso, colorido, em papel 240g, dimensões: 30 cm x 21 cm (Anexo 13)	UNIDADE	200	800	2,75
14	Cartão do Dentista - Saúde Bucal, frente e verso, papel 180g, dimensões: 07cm x 07cm(Anexo 14)	UNIDADE	1.000	4.000	0,65
15	Cartão Nacional do SUS, papel 250g, colorido, dimensões: 8,5cm x 5,4cm (Anexo 15)	UNIDADE	2.500	10.000	0,56
16	Comprovante de Visita Domiciliar, frente e verso, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 16)	UNIDADE	1.000	4.000	0,41
17	Comprovante Retorno Faxinal, bloco c/ 100fls, dimensões: 13cm x 10cm (Anexo 17)	BLOCO	100	400	3,42



18	Consentimento Informado do Paciente - Tele-ECG Digital, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 18)	UNIDADE	250	1.000	0,65
19	Escala de Coelho, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 19)	UNIDADE	1.000	4.000	0,49
20	Ficha Cadastral de Prótese e Órtese, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 20)	UNIDADE	150	600	0,24
21	Ficha Cadastro - Sisvan, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 21)	UNIDADE	1.000	4.000	0,70
22	Ficha de Anamnese - Academia de Saúde Popular, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 22)	UNIDADE	500	2.000	0,35
23	Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA Dengue), pacote c/ 1.000fls com dimensões: 21cm x 15cm (Anexo 23)	PACOTE	25	100	61,75
24	Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA), pacote c/ 1.000fls com dimensões: 21cm x 15cm (Anexo 24)	PACOTE	150	600	54,63
25	Ficha de Atendimento Ambulatorial Continuada (FAA Continuada), pacote c/ 1.000fls, com dimensões: 21cm x 15cm (Anexo 25)	PACOTE	50	200	61,25
26	Ficha de Atendimento Individual, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 26)	UNIDADE	2.500	10.000	0,72
27	Ficha de Cadastramento da Gestante, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 27)	UNIDADE	500	2.000	1,06
28	Ficha de Cirurgias, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 28)	UNIDADE	500	2.000	0,75
29	Ficha de Controle da Doença de Chagas - Diário de Pesquisa e Borrifação, dimensões: 21cm x 17cm (Anexo 29)	UNIDADE	250	1.000	0,62
30	Ficha de Encaminhamento para o Ambulatório de HAS e DM do HRSM, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 30)	UNIDADE	1.000	4.000	1,06
31	Ficha de Gestante, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 31)	UNIDADE	500	2.000	0,80
32	Ficha de Identificação de Artrópodos - FIA, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 32)	UNIDADE	250	1.000	1,47
33	Ficha de Notificação Acidentes por Animais Peçonhentos - Sinan, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 33)	UNIDADE	250	1.000	1,61
34	Ficha de Notificação AIDS - Sinan, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 34)	UNIDADE	250	1.000	1,61
35	Ficha de Procedimentos, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 35)	UNIDADE	1.000	4.000	1,36
36	Ficha de Referência Contra Referência - Municipal, bloco c/ 100fls, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 36)	BLOCO	100	400	19,14
37	Ficha de Referência e Contra Referência - HUSM, bloco c/ 100fls, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 37)	BLOCO	150	600	14,68
38	Ficha de Vacinação, papel 180g, dimensões: 10,5cm x 15cm (Anexo 38)	UNIDADE	2.500	10.000	0,51
39	Ficha de Visita - Programa Estadual de Vigilância e Controle do Aedes, colorido, papel 180g, dimensões: 9,5cm x 13cm (Anexo 39)	UNIDADE	1.000	4.000	0,73
40	Ficha de Visita (controle da dengue), colorido, descrição: com o verso imantado, dimensões: 07cm x 08cm (Anexo 40)	UNIDADE	1.500	6.000	0,80
41	Ficha de Visita Domiciliar e Territorial, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 41)	UNIDADE	1.000	4.000	1,14
42	Ficha Hipertensão - Cadastro do Hipertenso e/ou Diabético, colorido dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 42)	UNIDADE	1.000	4.000	1,13
43	Ficha Marcadores Alimentar - Sisvan, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 43)	UNIDADE	500	2.000	1,33



44	Folder - Dengue pode Matar, frente e verso, colorido, papel reciclado, dimensões: 21 cm x 30cm (Anexo 44)	UNIDADE	1.000	4.000	1,36
45	Folder Dengue - Ainda dá Tempo de Combater o Mosquito, colorido, papel reciclado, dimensões: 15 cm x 21cm (Anexo 45)	UNIDADE	1.000	4.000	1,42
46	Folder Vigilância Ambiental em Saúde, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 46)	UNIDADE	1.000	4.000	1,35
47	Formulário de Cadastro - Sisvan, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 47)	UNIDADE	1.000	4.000	1,15
48	Formulário de Solicitação de Exame-Procedimento, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 48)	UNIDADE	500	2.000	1,35
49	Laudo Antígeno - Sentinela, com dimensões: 21cm x 15cm (está dimensão é de uma unidade, o PDF está com duas) (Anexo 49)	UNIDADE	1.500	6.000	0,45
50	Laudo para Solicitação e Autorização de Atendimento Ambulatorial, dimensões: 21cm x 17cm (Anexo 50)	UNIDADE	500	2.000	0,49
51	Laudo Testes Rápidos HIV-Sífilis-Hepatites, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 51)	UNIDADE	500	2.000	0,34
52	Lista de Viagem - VAN, dimensões: 30cm x 21cm (Anexo 52)	UNIDADE	150	600	0,49
53	Lista de Viagem, frente e verso, papel 180g, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 53)	UNIDADE	1.000	4.000	0,76
54	Pasta Cartolina, na cor amarelo, papel 180g, dimensões: 24cm x 33cm (Anexo 54)	UNIDADE	500	2.000	3,47
55	Pasta Cartolina, na cor azul, papel 180g, dimensões: 24cm x 33cm (Anexo 55)	UNIDADE	500	2.000	3,47
56	Pasta Cartolina, na cor branco, papel 180g, dimensões: 24cm x 33cm (Anexo 56)	UNIDADE	500	2.000	3,47
57	Pasta Cartolina, na cor laranja, papel 180g, dimensões: 24cm x 33cm (Anexo 57)	UNIDADE	500	2.000	3,51
58	Pasta Cartolina, na cor verde escuro, papel 180g, dimensões: 24cm x 33cm (Anexo 58)	UNIDADE	500	2.000	3,47
59	Pasta Cartolina, na cor vermelho, papel 180g, dimensões: 24cm x 33cm (Anexo 59)	UNIDADE	500	2.000	3,70
60	Pedido de Receitas, papel 180g, dimensões: 9cm x 8cm (Anexo 60)	UNIDADE	1.500	6.000	0,48
61	Programa Nacional de Controle da dengue - PNCD - Registro Diário do Serviço Antivetorial, frente e verso, colorido dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 61)	UNIDADE	1.000	4.000	0,92
62	Programa Nacional de Controle da Dengue - PNCD - Vigilância Entomológica - Armadilhas, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 62)	UNIDADE	1.000	4.000	1,10
63	Prontuário do Dentista - Saúde Bucal, frente e verso, papel 180g, dimensões: 21,5cm x 14cm (Anexo 63)	UNIDADE	500	2.000	1,03
64	Prontuário Médico, frente e verso, papel 180g, pacote c/ 100fls, dimensões: 20,5cm x 23,5cm (Anexo 64)	PACOTE	100	400	32,25
65	RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde, frente e verso, colorido, bloco c/100fls, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 65)	BLOCO	25	100	35,90
66	Receituário comum, bloco c/100fls, dimensões: 14,5cm x 21cm (Anexo 66)	BLOCO	250	1.000	7,65
67	Receituário Controle Especial, bloco c/ 100fls, dimensões: 14,5cm x 21cm (Anexo 67)	BLOCO	250	1.000	9,68
68	Receituário de Plantão, verde, bloco c/100fls, dimensões: 14,5cm x 21cm (Anexo 68)	BLOCO	200	800	8,22
69	Relatório de Viagem, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 69)	UNIDADE	1.500	6.000	0,32
70	Requisição de Exame Citopatológico, colorido, frente e verso, bloco c/ 100fls, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 70)	BLOCO	50	200	52,15



71	Requisição de Exames, bloco c/100fls, dimensões: 21cm x 14,5cm (Anexo 71)	BLOCO	250	1.000	9,00
72	Requisição de Mamografia, frente e verso, colorido, bloco c/ 100fls, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 72)	BLOCO	50	200	51,32
73	Resumo do Boletim de Campo e Laboratório - LIRAA, colorido, dimensões: 14,5cm x 15cm (Anexo 73)	UNIDADE	250	1.000	1,16
74	Resumo Semanal do Serviço Antivetorial - PE, colorido, dimensões: 21vm x 30cm (Anexo 74)	UNIDADE	1.000	4.000	1,33
75	Retorno de Consultas (enfermagem/médica/odonto), papel 180g, dimensões: 6,5cm x 5,5cm (Anexo 75)	UNIDADE	1.500	6.000	0,57
76	SAMU 192 - Boletim de Atendimento, uma folha branca e outra rosa, em papel carbonado, com 50 jogos, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 76)	BLOCO	100	400	29,42
77	Serviço de Aconselhamento e Testagem, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 77)	UNIDADE	250	1.000	0,66
78	SINAN Hanseníase, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 78)	UNIDADE	500	2.000	0,19
79	SINAN Tuberculose, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 79)	UNIDADE	500	2.000	0,19
80	Solicitação para Teste Rápido de Antígeno - Sentinela, 15cm x 21cm (está dimensão é de uma unidade, o PDF está com duas) (Anexo 80)	UNIDADE	1.500	6.000	0,30
81	Solicitamos que a positividade seja comunicado conforme INSTRUTIVO, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 81)	UNIDADE	500	2.000	0,34
82	Teste Rápido para Detecção de Anticorpos para HIV, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 82)	UNIDADE	250	1.000	0,21
83	Teste Rápido para Detecção de Anticorpos para Sífilis, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 83)	UNIDADE	250	1.000	0,23
Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social					
84	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 84)	BLOCO	01	15	27,73
85	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 85)	BLOCO	01	15	27,73
86	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 86)	UNIDADE	01	1.000	0,64
87	Agenda personalizada com mola branca, capa metalizada, contendo 100 folhas brancas, gramatura mínima 75 g/m ² medindo 14 cm x 21 cm. (Anexo 87)	UNIDADE	01	300	43,40
Secretaria Municipal de Agricultura, Pecuária e Abastecimento					
88	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 88)	UNIDADE	01	30	35,46
Secretaria Municipal de Educação e Cultura					
89	Adesivo (plotagem) - OBS: modelo a ser confeccionado será enviado juntamente com pedido de empenho (modelo anexo - somente para exemplificação)(Anexo 89)	M ²	01	50	107,00
90	Adesivo Microperfurado - adesivo impresso em policromia digital. OBS: modelo a ser confeccionado	M ²	01	50	152,50



	será enviado juntamente com pedido de empenho (modelo anexo - somente para exemplificação). (Anexo 90)				
91	Agenda de Anotações (bloco) – com mola; medindo 15 cm x 10 cm (altura x comprimento); com 20 folhas internas em papel branco; capa (frente) colorida em papel couchê 180g com logo do Museu Municipal Cônego Hugo e contracapa em branco. OBS: Modelo a ser confeccionado será enviado juntamente com pedido de empenho (modelo anexo - somente para exemplificação). (Anexo 91)	UNIDADE	01	1.500	5,55
92	Banner – confeccionado em lona; impressão em policromia digital de alta resolução; impressão colorida; dimensões: 1m x 0,90 m (axl). OBS: modelo a ser confeccionado será enviado juntamente com pedido de empenho (modelo anexo - somente para exemplificação). (Anexo 92)	UNIDADE	01	50	65,50
93	Certificado – confeccionado em papel couchê, gramatura mínima 300 gr/m, impressão colorida em folha A4, 210 x 297 mm, cor branca. OBS: modelo a ser confeccionado será enviado juntamente com pedido de empenho (modelo anexo 109 - somente para exemplificação). (Anexo 93)	UNIDADE	01	800	5,04
94	Encadernação – tamanho A4, com mola espiral, capa cristal e contracapa preta.	UNIDADE	01	10.000	6,83
95	Impressão colorida – 01 lado (frente); em papel couchê 180 g. medidas 210 x 297 mm.	UNIDADE	01	2.000	2,40
96	Impressão preto e branco – 01 lado (frente); em em folha A4, 210 x 297 mm, gramatura mínima 75 g/m ² .	UNIDADE	01	20.000	0,18
97	Impressão preto e branco – 02 lados (frente e verso); em folha A4, 210 x 297 mm, gramatura mínima 75 g/m ² .	UNIDADE	01	100.000	0,24
98	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 94)	UNIDADE	01	100	8,45
99	Placa de Inauguração – confeccionada em acrílico, espessura mínima de 3 mm, adesivo impresso em policromia digital de alta resolução (fundo preto e letras douradas) fixado na parte interna da placa, dimensões: 30 x 50 cm, conforme modelo em anexo.(Anexo 95)	UNIDADE	01	20	145,67
Secretaria Municipal da Administração e Planejamento					
100	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 96)	RESMAS	01	100	190,33
101	Cartões de anotação, tamanho 15 cm x 10 cm. (Anexo 97)	UNIDADE	01	50	2,58
102	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 98)	UNIDADE	01	36	17,63
103	Ficha de controle de estoque do almoxarifado, dimensões 21.5 cm x 12 cm. (Anexo 99)	UNIDADE	01	200	0,59
104	Pasta “Ficha funcional”, gramatura mínima 180g/m ² , tamanho 48 cm x 33 cm. (Anexo 100)	UNIDADE	01	200	5,73
105	Pasta colorida, com logomarca da Administração, medindo 33,5cm x 24cm . (Anexo 101)	UNIDADE	01	100	8,23
Secretaria Municipal da Fazenda					



106	Ficha aluguel carneira em papel cartão, medindo 22 cm de largura x 16 cm de altura, na cor branca. (Anexo 102)	UNIDADE	01	300	0,90
107	Pasta receita, medindo 22 cm de largura x 16 cm de altura, 180 gramas, na cor Branca. (Anexo 103)	UNIDADE	01	1.000	4,24
108	Pasta despesas, medindo 24 cm de largura x 32,5 cm de altura, na cor Bege, 180 gramas. (Anexo 104)	UNIDADE	01	1.000	4,52
109	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 105)	UNIDADE	01	100	15,55
Secretaria Municipal de Indústria e Comércio					
110	Cartão de identificação, Secretário Municipal de Indústria e Comércio, medindo 9 x 5 cm, fundo preto e letras na cor branca. (Anexo 106)	UNIDADE	01	1.000	0,35
111	Cartão de identificação, Coordenadora do Procon, medindo 9 x 5 cm, fundo preto e letras na cor branca. (Anexo 107)	UNIDADE	01	1.000	0,37
112	Pasta colorida, com logomarca da Administração, medindo 33,5 cm x 24 cm. (Anexo 108)	UNIDADE	01	300	7,70
Secretaria Municipal de Obras e Saneamento					
113	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 109)	UNIDADE	01	150	7,28
Secretaria Municipal do Meio Ambiente					
114	Talão Manifesto para Transporte de Resíduo Sólido Urbano (MTR), com 03 vias, sendo 1ª via cor branca e 2ª via cor Amarelo e a 3ª via rosa, em papel carbonado, com 25 jogos, numerados a partir de 001 (sequencial nos demais talões), tamanho 20,0 x 29,5 cm. (Anexo 110)	UNIDADE	01	150	37,85
Diversas Secretarias					
115	Envelope timbrado, na cor branca, tamanho 24 cm x 34 cm. (Anexo 111)	UNIDADE	01	1.000	2,16
116	Envelope timbrado, na cor Branca, tamanho 23 cm x 11,5 cm. (Anexo 112)	UNIDADE	01	10.080	1,21
117	Envelope timbrado, na cor branca, tamanho 25 cm x 18 cm. (Anexo 113)	UNIDADE	01	520	1,67
118	Pasta de cartolina cores: azul ou branca, para processo, medindo 33,5 cm x 24 cm. Cor a definir (Anexo 114)	UNIDADE	01	785	4,55
119	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 115)	UNIDADE	01	900	7,09
120	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 116)	UNIDADE	01	170	7,17
121	Pasta em papel couchê, gramatura mínima 300g/m2, cor branca, dimensões 33,5 cm x 24 cm. (Anexo 117)	UNIDADE	01	1.000	7,63
122	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 118) OBS 01: Deverá ser acrescentado no cabeçalho o brasão do município, conforme modelo anexo. OBS.02: deverá constar na capa a sequência de numeração compreendida no bloco.	UNIDADE	01	600	7,94



123	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 119) OBS.: Deverá constar na capa a sequência de numeração compreendida no bloco.	UNIDADE	01	389	9,72
124	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 120) OBS.01.: Deverá ser acrescentado no cabeçalho: "PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS/RS". OBS.02.: Deverá constar na capa a sequência de numeração compreendida no bloco.	UNIDADE	01	749	9,52
125	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 121)	UNIDADE	01	193	10,54
126	ITEM COM COTA PRINCIPAL PARA AMPLA CONCORRÊNCIA 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, resma com 500 folhas (Anexo 122)	RESMA	01	1.719	124,75
127	ITEM COM COTA RESERVADA PARA BENEFICIÁRIAS DA L.C. 123/2006 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, resma com 500 folhas (Anexo 122)	RESMA	01	573	124,75
Secretaria Municipal de Saúde					
128	Check List mecânico diário, dimensões: 14,5cm x 21cm. (modelo anexo 123)	Unidade	500	2.000	1,11
129	Boletim de gastos no atendimento, dimensões: 14,5cm x 21cm. (modelo anexo 124)	Unidade	500	2.000	0,97
130	Boletim de atendimento, em papel auto copiativo, uma folha branca e outra amarela (em papel carbonado), com 50 jogos, dimensões: 21cm x 30cm. (modelo anexo 125)	Bloco	25	100	57,67
131	Folder Dengue - como quebrar o ciclo da dengue, colorido, papel reciclado, dimensões: 21cm x 15cm. (modelo anexo 126)	Unidade	2.500	10.000	1,08
132	Folder se o mosquito da dengue pode matar - combater o mosquito da dengue também é responsabilidade sua, papel reciclado, dimensões: 15cm x 15cm. (modelo anexo 127)	Unidade	2.500	10.000	1,01
133	Relatório de Viagem e Diária, dimensões: 21cm x 29,5cm. (modelo anexo 128)	Unidade	15.000	60.000	0,49
134	Visita Domiciliar, com dimensões: 29,5cm x 21cm. (modelo anexo 129)	Unidade	5.000	20.000	0,47

Não será exigida amostra dos itens do presente certame, estando as licitantes científicas 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 020/2023

EMPRESA: _____ CNPJ: _____
ENDEREÇO: _____
TELEFONE (WhatsApp): _____ E-MAIL: _____
VALIDADE DA PROPOSTA EM DIAS: _____ DADOS BANCÁRIOS: _____

Item	Produtos	Unidade	Quant. Mínima	Quant. Máxima	Valor Unitário em R\$
Secretaria Municipal da Saúde					
1	Adicional Noturno, dimensões: 30 cm x 21 cm (Anexo 01)	UNIDADE	150	600	
2	Alvará Sanitário, dimensões: 19 cm x 30 cm, papel 180g. (Anexo 02)	UNIDADE	250	1.000	
3	APAC - Laudo para Solicitação e Autorização de Atendimento Ambulatorial, colorido, bloco c/ 100fls, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 03)	BLOCO	200	800	
4	Auto de Infração, uma folha branca, outra folha verde e outra amarela, todas em papel carbonado, dimensões: 21 cm x 30 cm. (Anexo 04)	UNIDADE	250	1.000	
5	Boletim de Avaliação, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm . (Anexo 05)	UNIDADE	250	1.000	
6	Boletim de Produção Ambulatorial - BPA Consolidado, dimensões: 21 cm x 30 cm (Anexo 06)	UNIDADE	250	1.000	
7	Boletim de Reconhecimento - Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue – PCFAD, dimensões: 21 cm x 30 cm (Anexo 07)	UNIDADE	500	2.000	
8	Cadastro Domiciliar e Territorial, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm (Anexo 08)	UNIDADE	1.000	4.000	
9	Cadastro Individual, frente e verso, colorido, dimensões: 21 cm x 30 cm (Anexo 09)	UNIDADE	5.000	20.000	
10	Cartão da Mulher, frente e verso, papel 180g, dimensões: 10 cm x 21,5 cm (Anexo 10)	UNIDADE	500	2.000	



11	Cartão de Hipertensos e Diabéticos, frente e verso, papel 180g, dimensões: 20 cm x 10 cm (Anexo 11)	UNIDADE	500	2.000	
12	Cartão de Vacina, frente e verso, colorido, papel 180g, dimensões: 15 cm x 10,5 cm (Anexo 12)	UNIDADE	2.000	8.000	
13	Cartão de Vacinação da Criança, frente e verso, colorido, em papel 240g, dimensões: 30 cm x 21 cm (Anexo 13)	UNIDADE	200	800	
14	Cartão do Dentista - Saúde Bucal, frente e verso, papel 180g, dimensões: 07cm x 07cm(Anexo 14)	UNIDADE	1.000	4.000	
15	Cartão Nacional do SUS, papel 250g, colorido, dimensões: 8,5cm x 5,4cm (Anexo 15)	UNIDADE	2.500	10.000	
16	Comprovante de Visita Domiciliar, frente e verso, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 16)	UNIDADE	1.000	4.000	
17	Comprovante Retorno Faxinal, bloco c/ 100fls, dimensões: 13cm x 10cm (Anexo 17)	BLOCO	100	400	
18	Consentimento Informado do Paciente - Tele-ECG Digital, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 18)	UNIDADE	250	1.000	
19	Escala de Coelho, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 19)	UNIDADE	1.000	4.000	
20	Ficha Cadastral de Prótese e Órtese, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 20)	UNIDADE	150	600	
21	Ficha Cadastro - Sisvan, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 21)	UNIDADE	1.000	4.000	
22	Ficha de Anamnese - Academia de Saúde Popular, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 22)	UNIDADE	500	2.000	
23	Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA Dengue), pacote c/ 1.000fls com dimensões: 21cm x 15cm (Anexo 23)	PACOTE	25	100	
24	Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA), pacote c/ 1.000fls com dimensões: 21cm x 15cm (Anexo 24)	PACOTE	150	600	



25	Ficha de Atendimento Ambulatorial Continuada (FAA Continuada), pacote c/ 1.000fls, com dimensões: 21cm x 15cm (Anexo 25)	PACOTE	50	200	
26	Ficha de Atendimento Individual, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 26)	UNIDADE	2.500	10.000	
27	Ficha de Cadastramento da Gestante, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 27)	UNIDADE	500	2.000	
28	Ficha de Cirurgias, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 28)	UNIDADE	500	2.000	
29	Ficha de Controle da Doença de Chagas - Diário de Pesquisa e Borrifação, dimensões: 21cm x 17cm (Anexo 29)	UNIDADE	250	1.000	
30	Ficha de Encaminhamento para o Ambulatório de HAS e DM do HRSM, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 30)	UNIDADE	1.000	4.000	
31	Ficha de Gestante, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 31)	UNIDADE	500	2.000	
32	Ficha de Identificação de Artrópodos - FIA, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 32)	UNIDADE	250	1.000	
33	Ficha de Notificação Acidentes por Animais Peçonhentos - Sinan, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 33)	UNIDADE	250	1.000	
34	Ficha de Notificação AIDS - Sinan, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 34)	UNIDADE	250	1.000	
35	Ficha de Procedimentos, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 35)	UNIDADE	1.000	4.000	
36	Ficha de Referência Contra Referência - Municipal, bloco c/ 100fls, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 36)	BLOCO	100	400	
37	Ficha de Referência e Contra Referência - HUSM, bloco c/ 100fls, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 37)	BLOCO	150	600	
38	Ficha de Vacinação, papel 180g, dimensões: 10,5cm x 15cm (Anexo 38)	UNIDADE	2.500	10.000	
39	Ficha de Visita - Programa Estadual de Vigilância e Controle do Aedes, colorido, papel 180g, dimensões: 9,5cm x 13cm (Anexo 39)	UNIDADE	1.000	4.000	
40	Ficha de Visita (controle da dengue), colorido, descrição: com o verso imantado, dimensões: 07cm x 08cm (Anexo 40)	UNIDADE	1.500	6.000	
41	Ficha de Visita Domiciliar e Territorial, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 41)	UNIDADE	1.000	4.000	
42	Ficha Hipertensão - Cadastro do Hipertenso e/ou Diabético, colorido dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 42)	UNIDADE	1.000	4.000	



43	Ficha Marcadores Alimentar - Sisvan, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 43)	UNIDADE	500	2.000	
44	Folder - Dengue pode Matar, frente e verso, colorido, papel reciclado, dimensões: 21 cm x 30cm (Anexo 44)	UNIDADE	1.000	4.000	
45	Folder Dengue - Ainda dá Tempo de Combater o Mosquito, colorido, papel reciclado, dimensões: 15 cm x 21cm (Anexo 45)	UNIDADE	1.000	4.000	
46	Folder Vigilância Ambiental em Saúde, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 46)	UNIDADE	1.000	4.000	
47	Formulário de Cadastro - Sisvan, frente e verso, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 47)	UNIDADE	1.000	4.000	
48	Formulário de Solicitação de Exame-Procedimento, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 48)	UNIDADE	500	2.000	
49	Laudo Antígeno – Sentinela, com dimensões: 21cm x 15cm (está dimensão é de uma unidade, o PDF está com duas) (Anexo 49)	UNIDADE	1.500	6.000	
50	Laudo para Solicitação e Autorização de Atendimento Ambulatorial, dimensões: 21cm x 17cm (Anexo 50)	UNIDADE	500	2.000	
51	Laudo Testes Rápidos HIV-Sífilis-Hepatites, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 51)	UNIDADE	500	2.000	
52	Lista de Viagem – VAN, dimensões: 30cm x 21cm (Anexo 52)	UNIDADE	150	600	
53	Lista de Viagem, frente e verso, papel 180g, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 53)	UNIDADE	1.000	4.000	
54	Pasta Cartolina, na cor amarelo, papel 180g, dimensões: 24cm x 33cm (Anexo 54)	UNIDADE	500	2.000	
55	Pasta Cartolina, na cor azul, papel 180g, dimensões: 24cm x 33cm (Anexo 55)	UNIDADE	500	2.000	
56	Pasta Cartolina, na cor branco, papel 180g, dimensões: 24cm x 33cm (Anexo 56)	UNIDADE	500	2.000	
57	Pasta Cartolina, na cor laranja, papel 180g, dimensões: 24cm x 33cm (Anexo 57)	UNIDADE	500	2.000	
58	Pasta Cartolina, na cor verde escuro, papel 180g, dimensões: 24cm x 33cm (Anexo 58)	UNIDADE	500	2.000	
59	Pasta Cartolina, na cor vermelho, papel 180g, dimensões: 24cm x 33cm (Anexo 59)	UNIDADE	500	2.000	
60	Pedido de Receitas, papel 180g, dimensões: 9cm x 8cm (Anexo 60)	UNIDADE	1.500	6.000	
61	Programa Nacional de Controle da dengue - PNCD - Registro Diário do Serviço Antivetorial, frente e verso, colorido dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 61)	UNIDADE	1.000	4.000	
62	Programa Nacional de Controle da Dengue - PNCD - Vigilância Entomológica - Armadilhas, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 62)	UNIDADE	1.000	4.000	
63	Prontuário do Dentista - Saúde Bucal, frente e verso, papel 180g, dimensões: 21,5cm x 14cm (Anexo 63)	UNIDADE	500	2.000	
64	Prontuário Médico, frente e verso, papel 180g, pacote c/ 100fls, dimensões: 20,5cm x 23,5cm (Anexo 64)	PACOTE	100	400	



65	RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde, frente e verso, colorido, bloco c/100fls, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 65)	BLOCO	25	100	
66	Receituário comum, bloco c/100fls, dimensões: 14,5cm x 21cm (Anexo 66)	BLOCO	250	1.000	
67	Receituário Controle Especial, bloco c/ 100fls, dimensões: 14,5cm x 21cm (Anexo 67)	BLOCO	250	1.000	
68	Receituário de Plantão, verde, bloco c/100fls, dimensões: 14,5cm x 21cm (Anexo 68)	BLOCO	200	800	
69	Relatório de Viagem, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 69)	UNIDADE	1.500	6.000	
70	Requisição de Exame Citopatológico, colorido, frente e verso, bloco c/ 100fls, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 70)	BLOCO	50	200	
71	Requisição de Exames, bloco c/100fls, dimensões: 21cm x 14,5cm (Anexo 71)	BLOCO	250	1.000	
72	Requisição de Mamografia, frente e verso, colorido, bloco c/ 100fls, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 72)	BLOCO	50	200	
73	Resumo do Boletim de Campo e Laboratório - LIRAA, colorido, dimensões: 14,5cm x 15cm (Anexo 73)	UNIDADE	250	1.000	
74	Resumo Semanal do Serviço Antivetorial - PE, colorido, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 74)	UNIDADE	1.000	4.000	
75	Retorno de Consultas (enfermagem/médica/odonto), papel 180g, dimensões: 6,5cm x 5,5cm (Anexo 75)	UNIDADE	1.500	6.000	
76	SAMU 192 - Boletim de Atendimento, uma folha branca e outra rosa, em papel carbonado, com 50 jogos, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 76)	BLOCO	100	400	
77	Serviço de Aconselhamento e Testagem, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 77)	UNIDADE	250	1.000	
78	SINAN Hanseníase, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 78)	UNIDADE	500	2.000	
79	SINAN Tuberculose, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 79)	UNIDADE	500	2.000	
80	Solicitação para Teste Rápido de Antígeno - Sentinela, 15cm x 21cm (está dimensão é de uma unidade, o PDF está com duas) (Anexo 80)	UNIDADE	1.500	6.000	
81	Solicitamos que a positividade seja comunicado conforme INSTRUTIVO, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 81)	UNIDADE	500	2.000	
82	Teste Rápido para Detecção de Anticorpos para HIV, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 82)	UNIDADE	250	1.000	
83	Teste Rápido para Detecção de Anticorpos para Sífilis, dimensões: 21cm x 30cm (Anexo 83)	UNIDADE	250	1.000	
Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social					
84	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 84)	BLOCO	01	15	
85	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 85)	BLOCO	01	15	



86	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 86)	UNIDADE	01	1.000	
87	Agenda personalizada com mola branca, capa metalizada, contendo 100 folhas brancas, gramatura mínima 75 g/m ² medindo 14 cm x 21 cm. (Anexo 87)	UNIDADE	01	300	
Secretaria Municipal de Agricultura, Pecuária e Abastecimento					
88	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 88)	UNIDADE	01	30	
Secretaria Municipal de Educação e Cultura					
89	Adesivo (plotagem) – OBS: modelo a ser confeccionado será enviado juntamente com pedido de empenho (modelo anexo - somente para exemplificação)(Anexo 89)	M ²	01	50	
90	Adesivo Microperfurado – adesivo impresso em policromia digital. OBS: modelo a ser confeccionado será enviado juntamente com pedido de empenho (modelo anexo - somente para exemplificação). (Anexo 90)	M ²	01	50	
91	Agenda de Anotações (bloco) – com mola; medindo 15 cm x 10 cm (altura x comprimento); com 20 folhas internas em papel branco; capa (frente) colorida em papel couchê 180g com logo do Museu Municipal Cônego Hugo e contracapa em branco. OBS: Modelo a ser confeccionado será enviado juntamente com pedido de empenho (modelo anexo - somente para exemplificação). (Anexo 91)	UNIDADE	01	1.500	
92	Banner – confeccionado em lona; impressão em policromia digital de alta resolução; impressão colorida; dimensões: 1m x 0,90 m (axl). OBS: modelo a ser confeccionado será enviado juntamente com pedido de empenho (modelo anexo - somente para exemplificação). (Anexo 92)	UNIDADE	01	50	
93	Certificado – confeccionado em papel couchê, gramatura mínima 300 gr/m, impressão colorida em folha a4, 210 x 297 mm, cor branca. OBS: modelo a ser confeccionado será enviado juntamente com pedido de empenho (modelo anexo 109 - somente para exemplificação). (Anexo 93)	UNIDADE	01	800	
94	Encadernação – tamanho A4, com mola espiral, capa cristal e contracapa preta.	UNIDADE	01	10.000	
95	Impressão colorida – 01 lado (frente); em papel couchê 180 g. medidas 210 x 297 mm.	UNIDADE	01	2.000	
96	Impressão preto e branco – 01 lado (frente); em em folha A4, 210 x 297 mm, gramatura mínima 75 g/m ² .	UNIDADE	01	20.000	
97	Impressão preto e branco – 02 lados (frente e verso); em folha A4, 210 x 297 mm, gramatura mínima 75 g/m ² .	UNIDADE	01	100.000	
98	Pasta “ficha funcional do servidor”, confeccionada em papel couchê, plastificada, timbrada, gramatura mínima 300gr/m2, cor branca, dimensões 24 cm x 34 cm. (Anexo 94)	UNIDADE	01	100	



99	Placa de Inauguração – confeccionada em acrílico, espessura mínima de 3 mm, adesivo impresso em policromia digital de alta resolução (fundo preto e letras douradas) fixado na parte interna da placa, dimensões: 30 x 50 cm, conforme modelo em anexo.(Anexo 95)	UNIDADE	01	20	
Secretaria Municipal da Administração e Planejamento					
100	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 96)	RESMAS	01	100	
101	Cartões de anotação, tamanho 15 cm x 10 cm. (Anexo 97)	UNIDADE	01	50	
102	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 98)	UNIDADE	01	36	
103	Ficha de controle de estoque do almoxarifado, dimensões 21.5 cm x 12 cm. (Anexo 99)	UNIDADE	01	200	
104	Pasta “Ficha funcional”, gramatura mínima 180g/m ² , tamanho 48 cm x 33 cm. (Anexo 100)	UNIDADE	01	200	
105	Pasta colorida, com logomarca da Administração, medindo 33,5cm x 24cm . (Anexo 101)	UNIDADE	01	100	
Secretaria Municipal da Fazenda					
106	Ficha aluguel carneira em papel cartão, medindo 22 cm de largura x 16 cm de altura, na cor branca. (Anexo 102)	UNIDADE	01	300	
107	Pasta receita, medindo 22 cm de largura x 16 cm de altura, 180 gramas, na cor Branca. (Anexo 103)	UNIDADE	01	1.000	
108	Pasta despesas, medindo 24 cm de largura x 32,5 cm de altura, na cor Bege, 180 gramas. (Anexo 104)	UNIDADE	01	1.000	
109	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 105)	UNIDADE	01	100	
Secretaria Municipal de Indústria e Comércio					
110	Cartão de identificação, Secretário Municipal de Indústria e Comércio, medindo 9 x 5 cm, fundo preto e letras na cor branca. (Anexo 106)	UNIDADE	01	1.000	
111	Cartão de identificação, Coordenadora do Procon, medindo 9 x 5 cm, fundo preto e letras na cor branca. (Anexo 107)	UNIDADE	01	1.000	
112	Pasta colorida, com logomarca da Administração, medindo 33,5 cm x 24 cm. (Anexo 108)	UNIDADE	01	300	
Secretaria Municipal de Obras e Saneamento					
113	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 109)	UNIDADE	01	150	
Secretaria Municipal do Meio Ambiente					
114	Talão Manifesto para Transporte de Resíduo Sólido Urbano (MTR), com 03 vias, sendo 1ª via cor branca e 2ª via cor Amarelo e a 3ª via rosa, em papel carbonado, com 25 jogos, numerados a partir	UNIDADE	01	150	



	de 001 (sequencial nos demais talões), tamanho 20,0 x 29,5 cm. (Anexo 110)				
Diversas Secretarias					
115	Envelope timbrado, na cor branca, tamanho 24 cm x 34 cm. (Anexo 111)	UNIDADE	01	1.000	
116	Envelope timbrado, na cor Branca, tamanho 23 cm x 11,5 cm. (Anexo 112)	UNIDADE	01	10.080	
117	Envelope timbrado, na cor branca, tamanho 25 cm x 18 cm. (Anexo 113)	UNIDADE	01	520	
118	Pasta de cartolina cores: azul ou branca, para processo, medindo 33,5 cm x 24 cm. Cor a definir (Anexo 114)	UNIDADE	01	785	
119	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 115)	UNIDADE	01	900	
120	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 116)	UNIDADE	01	170	
121	Pasta em papel couchê, gramatura mínima 300g/m ² , cor branca, dimensões 33,5 cm x 24 cm. (Anexo 117)	UNIDADE	01	1.000	
122	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 118) OBS 01: Deverá ser acrescentado no cabeçalho o brasão do município, conforme modelo anexo. OBS.02: deverá constar na capa a sequência de numeração compreendida no bloco.	UNIDADE	01	600	
123	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 119) OBS.: Deverá constar na capa a sequência de numeração compreendida no bloco.	UNIDADE	01	389	
124	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 120) OBS.01.: Deverá ser acrescentado no cabeçalho: "PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS/RS". OBS.02.: Deverá constar na capa a sequência de numeração compreendida no bloco.	UNIDADE	01	749	
125	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 121)	UNIDADE	01	193	
126	ITEM COM COTA PRINCIPAL PARA AMPLA CONCORRÊNCIA 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, resma com 500 folhas (Anexo 122)	RESMA	01	1.719	
127	ITEM COM COTA RESERVADA PARA BENEFICIÁRIAS DA L.C. 123/2006 Folha timbrada, impressa em folha A4, 210 x 297 mm, gramatura 75 g/m ² , com timbre colorido. No	RESMA	01	573	



	rodapé, deverá constar os dados (endereço, CNPJ, telefone...) da Prefeitura Municipal, resma com 500 folhas (Anexo 122)				
Secretaria Municipal de Saúde					
128	Check List mecânico diário, dimensões: 14,5cm x 21cm. (modelo anexo 123)	Unidade	500	2.000	
129	Boletim de gastos no atendimento, dimensões: 14,5cm x 21cm. (modelo anexo 124)	Unidade	500	2.000	
130	Boletim de atendimento, em papel auto copiativo, uma folha branca e outra amarela (em papel carbonado), com 50 jogos, dimensões: 21cm x 30cm. (modelo anexo 125)	Bloco	25	100	
131	Folder Dengue – como quebrar o ciclo da dengue, colorido, papel reciclado, dimensões: 21cm x 15cm. (modelo anexo 126)	Unidade	2.500	10.000	
132	Folder se o mosquito da dengue pode matar – combater o mosquito da dengue também é responsabilidade sua, papel reciclado, dimensões: 15cm x 15cm. (modelo anexo 127)	Unidade	2.500	10.000	
133	Relatório de Viagem e Diária, dimensões: 21cm x 29,5cm. (modelo anexo 128)	Unidade	15.000	60.000	
134	Visita Domiciliar, com dimensões: 29,5cm x 21cm. (modelo anexo 129)	Unidade	5.000	20.000	

*** 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 020/2023

Por este instrumento público, de um lado o **MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS-RS**, com sede na Rua João Moreira, nº 1707, Centro, CNPJ nº **87.896.882/0001-01**, representado pelo seu Prefeito Municipal, Sr. **PAULO RENATO CORTELINI**, denominado **CONTRATANTE**, e a empresa _____, CNPJ nº _____, estabelecida na _____, nº _____, neste ato representada pelo seu representante legal, Sr. _____, CPF nº _____ denominada **PROMITENTE FORNECEDORA**, tendo em vista a homologação do **PREGÃO ELETRÔNICO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 020/2023** 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 932/2022, 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 020/2023, 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.

3.2.2. Nas notas fiscais emitidas por empresas **não optantes pelo simples nacional**, deve estar destacado, quando devido, o valor do ISS e do INSS. Deve estar destacado o valor do imposto de renda retido na fonte, conforme Instrução Normativa SRF 1.234/12 e Decreto Municipal 1.297/2023.

3.3. Conforme Instrução Normativa nº 2.043 da RFB, de 12 de agosto de 2021, que dispõe sobre a escrituração fiscal digital de retenções e outras informações fiscais (EFD – REINF), as notas fiscais devem ser **emitidas do dia 01 ao dia 20 de cada mês** e enviadas, no momento de sua emissão para o e-mail recebimentonotafiscal@saofranciscodeassis.rs.gov.br

3.3.1. A confirmação do recebimento pelo Setor de Compras deverá ser obtida através do próprio e-mail ou do telefone (55) 3252-3257.



- 3.4- A Nota fiscal eletrônica somente será liberada para pagamento quando o cumprimento do contrato estiver em total conformidade com as especificações exigidas pelo Município.
- 3.5- 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:
- 3.5.1- 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);
- 3.5.2- Prova de regularidade com o FGTS (CRF – Certificado de Regularidade de Situação, expedido pela Caixa Econômica Federal);
- 3.5.3- Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal, relativa à sede ou domicílio do proponente.
- 3.6- O CNPJ da Detentora da Ata constante da nota fiscal e da fatura deverá ser o mesmo da documentação apresentada no procedimento licitatório.
- 3.7- 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.
- 3.8- 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 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.
- 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@saofranciscocodeassis.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) 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 020/2023.

CLÁUSULA XIV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

14.1 - Integram esta Ata, o edital do Pregão Eletrônico para Registro de Preços nº 020/2023 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 parte elegem o foro da Comarca de São Francisco de Assis-RS, como único competente para dirimir quaisquer ações oriundas desta Ata.

E, por haverem assim pactuado, assinam, este instrumento na presença de duas testemunhas abaixo.

São Francisco de Assis, ----- de ----- de 2023.

PAULO RENATO CORTELINI
Prefeito Municipal
Contratante

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



MODELOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Anexo 01: Adicional Noturno.



PREFEITURA MUNICIPAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

GESTÃO 2021/2024

PLANTILHA MENSAL PARA CONTROLE DO ADICIONAL NOTURNO (considerado entre as 22 h às 05 h – conforme artigo 100 do Regulamento Jurídico)

NOME FUNCIONÁRIO: _____ MÊS / ANO: _____

DATA SAÍDA	HORA	DATA RETORNO	HORA	VEÍCULO	DESTINO	Nº HS	ASS. RESP. TRANSP. APOS CONFERÊNCIA COM A DIÁRIA

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO: _____

Anexo 02: 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: Indeterminado

Agente Fiscal Sanitário

Secretaria de Saúde

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

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


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



Anexo 03: APAC - Laudo para Solicitação e Autorização de Atendimento Ambulatorial

Ministério da Saúde SUS Sistema Único de Saúde		APAC Autorização de Procedimentos Ambulatoriais Laudo de Solicitação / Autorização	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: _____ CNES: _____			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE: _____		Nº DO FRONTIÁRIO: _____	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CONS): _____		DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	
SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		RAÇA/COR: _____ ETNA: _____	
NOME DA MÃE: _____		TELEFONE CELULAR: _____	
NOME DO RESPONSÁVEL: _____		TELEFONE RESIDENCIAL: _____	
ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO): _____		CDD: _____	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____		CDD: _____ UF: _____ CEP: _____	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: _____		NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: _____	
SERVIÇO: _____ CLASSE: _____		QTDE: _____	
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____		NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____		NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____		NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____		NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____		NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: _____		CID-10 PRINCIPAL: _____	
OBSERVAÇÕES: _____		CID-10 SECUNDÁRIO: _____	
CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____		CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____	
SOLICITAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____		DATA DA SOLICITAÇÃO: ____/____/____	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____		ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): _____	
AUTORIZAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____		CDD: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____		Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC): _____	
DATA DA AUTORIZAÇÃO: ____/____/____		ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____	
PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: ____/____/____		PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: ____/____/____	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)			
NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: _____ CNES: _____			

Anexo 04: Auto de Infração


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

Nº: _____ Proc. Nº: _____

Aos _____ dias do mês de _____ de _____ às _____ horas, autuei _____ estabelecido nº _____ com _____ por infração do(s) artigo(s) _____ pelo fato de _____

Pena prevista _____

O infrator deverá apresentar, por escrito, dentro de _____ nesta _____ as explicações que julgar necessárias à sua defesa.

Fiscal da Vigilância Sanitária

1ª Testemunha _____ 2ª Testemunha _____

Recebi a 1ª via deste Auto de Infração, do qual fico ciente.

de _____ de _____

Autuado

C.I. e nome do autuado _____



Anexo 05: Boletim de Avaliação



PREFEITURA MUNICIPAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

BOLETIM DE AVALIAÇÃO:

ASSIDUIDADE - Avaliar a frequência do servidor ao local de trabalho no período avaliado.	POSITIVO - É assíduo (não apresenta falta).	NEGATIVO - Falta ou se ausenta muitas vezes.
PONTUALIDADE - Informar como o servidor cumpre horários estabelecidos no período avaliado.	POSITIVO - É pontual e não se ausenta no horário do expediente.	NEGATIVO - Muitas vezes se atrasa, sai mais cedo, ou se ausenta durante o horário de expediente.
RESOLUTIVIDADE / PRODUTIVIDADE - Avaliar o grau de qualidade na execução das atribuições do cargo. - Avaliar o grau de conhecimento das atribuições do cargo. - Avaliar a rapidez, organização e autonomia nas atribuições do cargo.	POSITIVO - Conhece perfeitamente as atribuições do cargo; - Atinge plenamente os resultados buscados executando suas atividades com exatidão e segurança; trabalha com rapidez e organização, tendo capacidade plena de receber e atender às necessidades do serviço.	NEGATIVO - Revela pouco conhecimento das atribuições do cargo; - Não atinge os resultados buscados e deixa muitas vezes de executar as atividades propostas; - Não trabalha com rapidez e/ou organização;
RESPONSABILIDADE - Avaliar o nível de responsabilidade com que o servidor assume as orientações do cargo.	POSITIVO - É plenamente responsável nunca precisando ser lembrado das suas atribuições.	NEGATIVO - Deixa de cumprir as suas obrigações ainda que lembrado.
RELACIONAMENTO - Avaliar a forma de relacionamento no ambiente de trabalho, com os colegas e superiores hierárquicos. - Avaliar a forma de relacionamento com o público quando as atribuições que cargo o exigir.	POSITIVO - Estabelece relações plenamente adequadas.	NEGATIVO - O modo como se relaciona traz prejuízos ao ambiente de trabalho.

Servidor: _____

Unidade de Saúde: _____

Data: ____ / ____ / _____

Coordenador da Equipe
Responsável pelo Preenchimento

Anexo 06: 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

____ UF

____ NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

____ MES ____ ANO

____ FOLHA

ATENDIMENTO REALIZADO

SEQÜENCIA	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)

____ CARIMBO ____ RUBRICA

DATA / /

____ GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

____ CARIMBO ____ RUBRICA

DATA / /

BPA-CONSOLIDADO-20-21-27.indd



Anexo 07: Boletim de Reconhecimento – Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue



BOLETIM DE RECONHECIMENTO

<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><th colspan="2">RESPONSÁVEL</th></tr> <tr><td>Inspetor Geral</td><td>Inspetor</td></tr> <tr><td>Chefe de Equipe</td><td>Agente</td></tr> </table>						RESPONSÁVEL		Inspetor Geral	Inspetor	Chefe de Equipe	Agente
RESPONSÁVEL											
Inspetor Geral	Inspetor										
Chefe de Equipe	Agente										
UF		MUNICÍPIO		SUBLOCALIDADE							
LOCALIDADE			CATEGORIA	QUART. Nº							
Rua ou Logradouro	Número	L. A. D. O.	Tipo do Imóvel	Rua ou Logradouro	Número						
RESIDENCIAL			R	PONTO ESTRATÉGICO							
COMERCIAL			C	OUTROS							
TERRENO BALDEIO			TB	TOTAL GERAL							
NOME											
ASSINATURA											
			DATA								

Anexo 08: Cadastro Domiciliar e Territorial

CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL				DIGITADO POR:	DATA:	
				CONFERIDO:	FOLHA:	
CNS DO PROFISSIONAL*		CBO*	CNES*	INE*	DATA*	
ENDERECO/LOCAL DE PERMANÊNCIA		MUNICÍPIO*			UF*	
BAIRRO*		TIPO DE LOGRADOURO*	NOME DO LOGRADOURO*			
NÚMERO*: <input type="checkbox"/> SEM NÚMERO		COMPLEMENTO	PTO. REFERÊNCIA	MICROÁREA* <input type="checkbox"/> FA		
TIPO DE IMÓVEL*		TELEFONES PARA CONTATO		TEL. RESIDÊNCIA: ()		
				TEL. CONTATO: ()		
CONDIÇÕES DE MORADIA						
SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*				LOCALIZAÇÃO*		
<input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Financiada <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Cedido <input type="checkbox"/> Ocupação <input type="checkbox"/> Situação de Rua <input type="checkbox"/> Outra				<input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural		
TIPO DE DOMICÍLIO		EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e uso da Terra				
<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Cômodo <input type="checkbox"/> Outro		<input type="checkbox"/> Proprietário <input type="checkbox"/> Proprietor(a)/Mascroc(a) <input type="checkbox"/> Assentado(a) <input type="checkbox"/> Possessor <input type="checkbox"/> Arrendatário(a)				
Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____		<input type="checkbox"/> Comodatário(a) <input type="checkbox"/> Beneficiário(a) do Banco da Terra <input type="checkbox"/> Não se aplica				
TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO		MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO				
<input type="checkbox"/> Pavimento <input type="checkbox"/> Chão Batido <input type="checkbox"/> Fluvial <input type="checkbox"/> Outro		Alvenaria/Tijolo: <input type="checkbox"/> Com Revestimento <input type="checkbox"/> Talpa: <input type="checkbox"/> Com Revestimento <input type="checkbox"/> Sem Revestimento <input type="checkbox"/> Sem Revestimento <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> Madeira Aparelhada <input type="checkbox"/> Palha <input type="checkbox"/> Material Aproveitado <input type="checkbox"/> Outro Material				
Disponibilidade de Energia Elétrica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
ABASTECIMENTO DE ÁGUA			ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO			
<input checked="" type="checkbox"/> Rede Encanada até o Domicílio <input type="checkbox"/> Poço/Naçante no Domicílio <input type="checkbox"/> Cisterna <input type="checkbox"/> Carro Pipa <input type="checkbox"/> Outro			<input type="checkbox"/> Filtrada <input type="checkbox"/> Fervida <input type="checkbox"/> Clorada <input type="checkbox"/> Mineral <input type="checkbox"/> Sem Tratamento			
FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO			DESTINO DO LIXO			
<input type="checkbox"/> Rede Coletora de Esgoto ou Fluvial <input type="checkbox"/> Fossa Séptica <input type="checkbox"/> Fossa Rudimentar <input type="checkbox"/> Direto para um Rio, Lago ou Mar <input type="checkbox"/> Céu Aberto <input type="checkbox"/> Outra Forma			<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Queimado/Enterrado <input type="checkbox"/> Céu Aberto <input type="checkbox"/> Outro			
ANIMAIS NO DOMICÍLIO?						
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Pássaro <input type="checkbox"/> Outros						
Quantos: _____						
FAMÍLIAS						
Nº PROMITUÁRIO FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE (MÊS) (ANO)	MUDOU-SE
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA						
Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.						
Assinatura _____						



Anexo 13: Cartão de Vacina da Criança

Nome:	Data de nascimento:				Campanhas				Outras Vacinas				
	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

Dados do Recém-Nascido

Nascimento:
Nasceu às _____ de _____ de _____
Maternidade/Gêde, UF: _____
Peso ao nascer: _____ g Compimento ao nascer: _____ cm
Perímetro cefálico: _____ cm Sexo: () Masculino () Feminino
Apgar: P1 em: _____ S1 em: _____
Idade gestacional (IG): _____ semanas _____ dias
Método de avaliação da IG: () DUM () Ultrassom () Exame do RN
Tipagem sanguínea do RN: _____ Mãe: _____
Profissional que assistiu ao recém-nascido (RN):
() Pediatra () Enfermeiro () Partera () Outro: _____
Aleitamento materno na primeira hora da vida: () Sim () Não

Exames/Triagem neonatal:
Manobra de Ortolani: () Negativo () Positivo
Conduta: _____
Teste do reflexo varral: () Normal () Alterado
Conduta: _____
Teste do Pezinho: () Não () Sim Data: _____/_____/_____
Realizar entre 3^a e 5^a de vida.
Resultado: _____
Deficiência de Biotinidase: () Normal () Alterado
Hiperplasia Adrenal Congênita: () Normal () Alterado
Fibras e Clísis: () Normal () Alterado
Fenilcetonúria: () Normal () Alterado
Hipotireoidismo: () Normal () Alterado
Anemia falciforme: () Normal () Alterado
Outros: _____
Triagem auditiva: () Não () Sim Data: _____/_____/_____
Fazer entre 3^a e 5^a dias de vida. 24 a 48 Hz, no mínimo, no primeiro mês de vida.
Testes realizados: () PEATE () EOA
Resultado: OD: _____ OE: _____ (normal/alterado)
Conduta: _____
Reflexo: Ao 30 dias () Não () Sim Data: _____/_____/_____
Testes realizados: () PEATE () EOA
Resultado: OD: _____ OE: _____ (normal/alterado)
Teste da Otitite: () Normal () Alterado
Conduta: _____

Dados na alta:
Data: _____/_____/_____ Peso: _____
Alimentação:
() Leite materno () Leite materno e outro leite () Outro leite: _____

Cartão da Criança

Nome da Criança: _____
Data de nascimento: _____/_____/_____
Município de nascimento: _____
Nome da mãe: _____
Nome do pai: _____
Endereço: _____
Ponto de referência: _____
CEP: _____ Bairro: _____
Cidade: _____
Telefone: _____ Celular: _____
Unidade Básica que frequenta: _____
N° do Prontuário na UBS: _____
N° da Declaração de Nascimento: _____
N° do Registro Civil de Nascimento: _____
N° do Cartão do SUS: _____

Anexo 14: Cartão do Dentista

FRENTE

Secretaria Municipal de Saúde
Saúde Bucal

Dr(a): _____
Cirurgião Dentista

DATA	HORÁRIO
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____


VERSO

DATA	HORÁRIO
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



Anexo 15: Cartão Nacional do SUS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE SUS



Secretaria Municipal de Saúde
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

Nº: _____

Nome: _____


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

Endereço: _____

Contato: _____

Residência em: ____ / ____ / ____

Anexo 16: Comprovante de Visita Domiciliar



PREFEITURA MUNICIPAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ESF/UBS: _____ ACS: _____ MA: _____

COMPROVANTE DE VD

DATA VD	Nº FAMILIA	ASS. RESP	DATA VD	Nº FAMILIA	ASS. RESP

Anexo 17: Comprovante Retorno Faxinal



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RETORNO EM CONSULTA OFTALMOLÓGICA

Nome Paciente: _____
Data Nascimento: _____
CNS: _____

Data: ____ / ____ / ____ Retorno: _____
Horário: _____

Secretaria Municipal de Saúde

*Válido apenas com carimbo da SMS e assinatura.



Anexo 18: 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 19: 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 Alcool e / ou outras drogas	2		
Desemprego	2		
Analfabetismo	1		
Menor de seis meses	1		
Maior de 70 anos	1		
Pessoa com Hipertensão	1		
Pessoa com Diabetes	1		
Relação morador/cômodo – Se maior que 1	3		
Relação morador/cômodo – se igual a 1	2		
Relação morador/cômodo – se menor que 1	0		
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			

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



Anexo 20: Ficha Cadastral de Prótese e Órtese


ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
4.º 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 OBRIGATORIO.

Anexo 21: Ficha Cadastro - Sisvan

	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* _____	DATA* _____

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

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

CADASTRO DE DOMICÍLIO			
Endereço completo (tipo de logradouro, nome do logradouro, número, complemento): _____			
Bairro: _____	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*		Deficiências e/ou intercorrências*	
<input type="checkbox"/> Anemia falciforme	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Anemia ferropriva	<input type="checkbox"/> IRA (Infecção Respiratória Aguda)
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Outras doenças	<input type="checkbox"/> DDI (Distúrbio por Deficiência de Iodo)	<input type="checkbox"/> Hipovitaminose A
<input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Sem doenças	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Outras deficiências e/ou intercorrências
<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica		<input type="checkbox"/> Infecções intestinais virais	<input type="checkbox"/> Sem deficiências e/ou intercorrências
Tipo de Acompanhamento*		Grupos	
<input type="radio"/> Atendimento na Atenção Básica	<input type="radio"/> _____	<input type="checkbox"/> Hipertensos	<input type="checkbox"/> _____
<input type="radio"/> Chamada Nutricional	<input type="radio"/> _____	<input type="checkbox"/> Diabéticos	<input type="checkbox"/> _____
<input type="radio"/> Saúde na Escola	<input type="radio"/> _____		

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

1/2

Versão 3.0



Anexo 22: Ficha de Anamnese – Academia de Saúde Popular



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SÃO FRANCISCO DE ASSIS
ACADEMIA DE SAÚDE POPULAR
ANAMNESE

NOME: _____

DATA: _____ **IDADE:** _____ **FONE:** _____

APRESENTA ALGUNS DESSES PROBLEMAS:

() DIABETES () HIPERTENÇÃO () SOBREPESO () LOMBALGIA
() CARDIOPATIA () RESPIRATÓRIO () DEPRESSÃO () TONTURA
() TAQUICARDIA () PRESSÃO BAIXA () DORES NO PEITO

OUTROS: _____

EXAMES ATUAIS ALTRERADOS:

() COLESTEROL () TIREÓIDE () ELETROCARDIOGRAMA
() GLICOSE () TRIGLICERÍDEOS () TESTE ERGOMÉTRICO

() CIRURGIA RECENTE (QUAL)? _____

() ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO, PSIQUIÁTRICO OU NEUROLÓGICO

EM CASO DE NECESSIDADE QUEM DEVERÁ SER INFORMADO:

NOME: _____ FONE: _____

DIAS E HORÁRIOS DO TREINO: _____

PRESSÃO ARTERIAL: _____ PESO: _____ ALTURA: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

- Declaro estar em boas condições de saúde física e mental para prática de atividades na academia;


- Declaro estar ciente de que 04 (quatro) faltas frequentes, sem aviso, perderei a vaga na academia;

- Atesto que as informações por mim prestadas são verdadeiras, atuais e correspondem a minha livre vontade de vir à academia;

ASSINATURA


N° RG ou CPF

Anexo 23: Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA Dengue)

 SIA/SUS-RS Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde		16. NÚMERO DO ATENDIMENTO 01		9. MOTIVO DO ATENDIMENTO	
1. UNIDADE PRESTADORA DE ATENDIMENTO: NOME DA UNIDADE: SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE ENDEREÇO: RUA JOÃO MOREIRA, 1598 MUNICÍPIO: SÃO FCO. DE ASSIS, UF: RS CÓDIGO SIA/SUS: _____		3. CÓDIGO ESPECÍFICO ATIVO PROFIS (TABELA 1)	4. CÓDIGO DA TABELA DE PROCEDIMENTO SIA/SUS	10. PROF. SETOR	11. TRATAMENTO/DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS 12. ASS. E CARIMBO DO PROFISSIONAL
2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME: _____ SEXO: _____ IDADE: _____ ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: São Francisco de Assis, UF: RS				Fica na presente data ciente o responsável pelo imóvel, já identificado, de quem foi encontrado no mesmo larvas () pupas () de mostuito, sendo assim um potencial criadouro para o Aedes Aegypti Assim fica ciente de ser autuado, na identificação pela segunda vez, de larvas ou pupas de mosquitos Orientamos para que o mais breve possível sejam eliminados os recipientes e/ou limpos e tratados adequadamente afim de evitar a ploriferação de mosquitos.	
3. DATA DO ATENDIMENTO	4. HORA DO ATENDIMENTO	7. TIPO (TABELA 2)	13. DIAGNOSTIC/ICID.	15. POLEGAR DIREITO	
8. GRUPO (TABELA 3)		14. ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL			




Anexo 24: Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA)

 SIA/SUS-RS Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde		16. NÚMERO DO ATENDIMENTO 0 1		FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL				
1. UNIDADE PRESTADORA DE ATENDIMENTO NOME DA UNIDADE: SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE ENDEREÇO: RUA JOÃO MOREIRA, 1598 MUNICÍPIO: SÃO FCO. DE ASSIS UF: RS CÓDIGO SIA/SUS		5. CÓDIGO ESPECÍFICO ATIV. PROFIS. (TABELA 1)		6. CÓDIGO DA TABELA DE PROCEDIMENTO SIA/SUS		9. MOTIVO DO ATENDIMENTO		
2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME: SEXO: IDADE: ENDEREÇO: BAIRRO: MUNICÍPIO: UF:		7. TIPO (TABELA 2)		10. PROF. SETOR		11. TRATAMENTO/DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS		12. ASS. E CARIMBO DO PROFISSIONAL
3. DATA DO ATENDIMENTO / /		4. HORA DO ATENDIMENTO		8. GRUPO (TABELA 3)		13. DIAGNÓSTICO/CID.		14. ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

MOO. SIA/SUS - 003

Anexo 25: Ficha de Atendimento Ambulatorial Continuada (FAA Continuada)

 SIA/SUS-RS Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde		16. NÚMERO DO ATENDIMENTO 0 1		FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL CONTINUADO							
1. UNIDADE PRESTADORA DE ATENDIMENTO NOME DA UNIDADE: SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE ENDEREÇO: RUA JOÃO MOREIRA, 1598 MUNICÍPIO: SÃO FCO. DE ASSIS UF: RS CÓDIGO SIA/SUS		5. CÓDIGO ESPECÍFICO ATIV. PROFIS. (TABELA 1)		6. CÓDIGO DA TABELA DE PROCEDIMENTO SIA/SUS		9. MOTIVO DO ATENDIMENTO					
2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME: SEXO: IDADE: ENDEREÇO: BAIRRO: MUNICÍPIO: UF:		7. TIPO (TABELA 2)		10. DADOS DE EXAME CLÍNICO/TRATAMENTO/DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS		11. DATA DO ATENDIMENTO		12. ASSIN. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL			
3. DATA DO ATENDIMENTO / /		4. HORA DO ATENDIMENTO		8. GRUPO (TABELA 3)		13. PULSO ESQUERDO	14. PULSO DIREITO	15. PULSO ESQUERDO	16. PULSO DIREITO	17. PULSO ESQUERDO	18. PULSO DIREITO

MOO. SIA/SUS - 003



Anexo 26: Ficha de Atendimento Individual


SAÚDE SECRETARIA DE SAÚDE		FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL										DIGITADO POR: _____		DATA: ____/____/____	
												CONFERIDO POR: _____		FOLHA N.º _____	
CNS DO PROFISSIONAL* CNS DO PROFISSIONAL		CBO* CBO		CNES* CNES		INE* INE		DATA* / /							
TURNO*		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Nº PRONTUÁRIO															
CNS DO CIDADÃO															
Data de nascimento* Dia/mês/ano		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Sexo* (00 Feminino 01 Masculino)		00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
Local de atendimento* (ver legenda)															
Consultas Agendadas Programadas/Cuidado Continuado															
Consultas Agendadas															
Escuta Inicial/Orientação															
Consulta no DCE															
Atendimento de Urgência															
Atividade Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver Agendap)		AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	
Racionalidade em saúde (ver legenda)															
Avaliação antropométrica															
Vacinação em dia?		sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	
Criança															
Gestante															
Admissão															
Doença															
DPOC															
Hipertensão arterial															
Obesidade															
Insuficiência renal															
Puerpério															
Tobaco															
Uso de álcool															
Uso de outros drogas															
Sedação															
Reabilitação															

Anexo 27: Ficha de Cadastro da Gestante

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE	SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRE-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0																					
SISPRENATAL Nº: _____	Data do atendimento: ____/____/____																					
FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE																						
DADOS DE DISTRIBUIÇÃO	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	9 Cartão nacional de saúde - CNS profissional		10 Nº do cartão nacional de saúde - CNS da gestante	11 Nº - inscrição social - NES									
DADOS RESUMO	12 Nome da gestante	13 Data nascimento	14 Nome da mãe da gestante	15 Idade - menor de 15 anos	16 Nome - Representante familiar (se menor incapaz)	17 Nº - NES	18 Município de residência	19 Código IBGE	20 Logradouro (Rua avenida):	21 Bairro:	22 Nº:	23 Complemento	24 Ponto de referência	25 CEP								
RESCHE COMPARAÇÃO DE DOCUMENTOS	26 Telefone fixo	27 Celular	28 E-mail:	29 Escolaridade	30 Estado civil/união	31 Raça/cor (por autodeclaração):	32 Nome do cartão:	33 Cartão: (1) Nascimento (2) Casamento (3) Separação/Divórcio	34 Livro:	35 Folha:	36 Termo	37 Data de emissão:	38 Identidade:	39 Data de emissão:	40 Órgão Emissor	41 UF:	42 Carteira de trabalho:	43 Série	44 UF:	45 CPF:		
ACOMPANHAMENTO	FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE																					
	DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL																					
	46 DUM	47 DPP	48 Altura/cm	49 Peso/gramas	50 Próximo de auxílio deslocamento	51 Semanas de gestação, se DUM ignorado:	52 Tipo de gravidez: <input type="radio"/> Única <input type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tripla ou mais <input type="radio"/> Ignorada	53 Gravidez Placenta: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM	54 IG (sem./dias pelo ultrassom)	55 Data do ultrassom: ____/____/____												
	56 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS																					



Anexo 28: Ficha de Cirurgias


PREFEITURA MUNICIPAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Secretaria Municipal de Saúde	Dados referentes ao paciente: Nome: _____	
	Idade: _____	
Endereço: _____		
Cirurgia solicitada:		
CABEÇA E PESCOÇO:		
<input type="checkbox"/> Tireoidectomia <input type="checkbox"/> Linfadenectomia Cervical Radical <input type="checkbox"/> Ressecção Cisto Tireoglossal <input type="checkbox"/> Res. Glândula Sub Mandibular / Sub Lingual		
CIRURGIA PROCTOLÓGICA:		
<input type="checkbox"/> Hemorroidectomia <input type="checkbox"/> Fistulectomia <input type="checkbox"/> Fisursectomia <input type="checkbox"/> Colostomia		
CIRURGIA UROLÓGICA:		
<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		
CIRURGIA VASCULAR PERIFÉRICA:		
<input type="checkbox"/> Safenectomia <input type="checkbox"/> Tratamento de úlceras com enxerto		
CIRURGIA TORÁCICA:		
<input type="checkbox"/> Torsectomia <input type="checkbox"/> Resc. Parciais de Pulmão <input type="checkbox"/> Drenagem de Tórax		
CIRURGIA GINECOLÓGICA:		
<input type="checkbox"/> Histerectomia <input type="checkbox"/> Anexectomia <input type="checkbox"/> Salpingectomia <input type="checkbox"/> Ooforectomia <input type="checkbox"/> Mionectomia <input type="checkbox"/> Laqueadura Tubária <input type="checkbox"/> Perineorrafia <input type="checkbox"/> Mastectomia <input type="checkbox"/> Ressecção de Nódulos de Mama <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		
CIRURGIAS AMBULATORIAIS:		
<input type="checkbox"/> Ex. Cistos Sebáceos <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		
CIRURGIAS DO APARELHO DIGESTIVO:		
<input type="checkbox"/> Hepatectomia parcial ou resc. De cistos ou tumores hepáticos <input type="checkbox"/> Colectomia <input type="checkbox"/> Colectistomia <input type="checkbox"/> Esplenectomia <input type="checkbox"/> Gastrectomia <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Apendicectomia <input type="checkbox"/> Hemicolecistomia <input type="checkbox"/> Resc. Parcial Lábio – Genívia ou Língua – por Tumor <input type="checkbox"/> Herniorrafia Hiatal <input type="checkbox"/> Herniorrafia inguinal com tela <input type="checkbox"/> Herniorrafia inguinal sem tela – Crural – Epigástrica – Incisional pequena <input type="checkbox"/> Herniorrafias Incisionais de grande porte com tela <input type="checkbox"/> Laparotomia Exploradora		
AMPUTAÇÕES:		
<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 que encaminhou: _____		
Responsável pelo atendimento na SMS: _____		
Data: ____/____/____		
Médico Cirurgião	Classificação das cirurgias:	
	I – Emergência () Tipo de Anestesia Planejada: II – Urgência () I – Geral () III – Requerida () II – Regional () IV – Eletiva () III – Medular () V – Opcional () IV – Local ()	
Data para internação hospitalar: ____/____/____		
Data para realização da cirurgia: ____/____/____		
Assinatura do Cirurgião: _____		
Autorização da Secretaria Municipal de Saúde: _____		



Anexo 29: 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 BORRIFACÃO EXCD/01-01

1- Localização da Unidade Domiciliar			
Cod. Município	Nome do Município	Data Atividade	
Cod. Localidade	Nome da Localidade		
2- Dados da Pesquisa e Borrifação			
N.º Casa	Comp.	<input type="checkbox"/> 1- Rua <input type="checkbox"/> 2- Casa Fechada	<input type="checkbox"/> 1- Rua <input type="checkbox"/> 2- Casa Fechada
Nome do Morador/Colaborador		N.º Hab.	N.º Anexos
3- 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			
4- Tipo de Teto		5- Situação da Casa	
<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		<input type="checkbox"/> 1-Boa <input type="checkbox"/> 2-Deteriorada	
6- Particularidades			
7- Captura		8- Presença de Vestígios	
<input type="checkbox"/> 1- Insetos <input type="checkbox"/> 1- Ovos <input type="checkbox"/> Utilizado <input type="checkbox"/> 1- Bio-Sensor		<input type="checkbox"/> 1- Insetos <input type="checkbox"/> Ovos <input type="checkbox"/> 1- Insetos <input type="checkbox"/> Ovos	
<input type="checkbox"/> 2- Outros Insetos <input type="checkbox"/> 2- Outros Vestígios			
Tipo de Pesquisa		N.º de Casos	Tipo de Atividade
N.º do PE	N.º do EL	Mat. Ag. Saúde	Assinatura do Agente de Saúde
Data de Visita	Visões e Class. de Equipe		ETIQUETA



Anexo 30: Ficha de Encaminhamento para o Ambulatório de HAS e DM do HRSM

 **ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL** 

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: ambulatorio@hospitalcodeassis.org.br

Medidas da pressão arterial (apenas pacientes com DM/DS PESSOAIS)		
Medicamento:	Data:	PA:
Medicamento:	Data:	PA:
Data de nascimento:	NR do cartão do SUS:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Município de residência:	
Telefone:	CPF:	RG:
Endereço:		
CONTROLE DO ATENDIMENTO		
Unidade Básica de Saúde de Referência:		
Município da Unidade:	Email da unidade:	Código CNES da unidade:
Nome do ACS:		
DADOS DA CENTRAL DE AGENDAMENTOS		
Serviço solicitante:		
E-mail:	Nome do agendador:	
Telefone:		
INFORMAÇÕES GERAIS		
Principal Motivo De Encaminhamento: <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus (DM) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Motivo: _____		
Capacidade de autocuidado: Suficiente <input type="checkbox"/> Insuficiente <input type="checkbox"/>		
Condição clínica associada: _____		
Lesão de órgão alvo: _____		
Tabagista <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Usuário de álcool e outras drogas <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Quais?		
DIABÉTICO DE ALTO /MUITO ALTO RISCO		
Tempo de diagnóstico de DM: _____		
Insulina em uso: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Dose: _____ Posologia: _____		
Outras situações: <input type="checkbox"/> baixa acuidade visual repentina <input type="checkbox"/> DM com DRC <input type="checkbox"/> DM I <input type="checkbox"/> 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 Score de Framingham revisado: _____		
Outras situações: <input type="checkbox"/> HAS com DRC <input type="checkbox"/> HAS resistente <input type="checkbox"/> suspeita de HAS secundária		

Anexo 31: 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/Distrito:	
Telefone/Referência:		
Estado Civil:	Profissão Cônjuge:	
Escolaridade:	Profissão:	
Renda Familiar:		
Moradia: <input type="checkbox"/> Madeira <input type="checkbox"/> Alvenaria <input type="checkbox"/> Material Aproveitado		
<input type="checkbox"/> Banheiro <input type="checkbox"/> Latrina <input type="checkbox"/> Céu Aberto		
Abastecimento de Água: <input type="checkbox"/> Rede Pública <input type="checkbox"/> Poço ou Nascente		

DADOS ESPECÍFICOS DA GESTANTE

Data Última Menstruação: (DUM)	Peso Início Gestação: []		
Idade Gestacional: (IG)	<input type="checkbox"/> Nutrida <input type="checkbox"/> 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): <input type="checkbox"/> Esquema Completo <input type="checkbox"/> Não Sabe Informar	<input type="checkbox"/> Nunca Fez <input type="checkbox"/> Esquema Incompleto		
Fez Pré-Natal nas outras Gestações: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Antecedentes Mórbitos:			
HAS: []	Diabetes: []	Cardiopatia: []	Infecção Urinária: []
DST/AIDS: []	Pré-Eclâmpsia: []	Tabagismo: []	Uso Alcool: []
Outras Drogas: []	Trabalho Parto Prematuro: []		

OBS:



Anexo 32: Ficha de Identificação de Artrópodos - FIA

CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ARTRÓPODOS - FIA

Para uso do laboratório: Nº de Registro:
Data de recebimento:/...../2022

Encaminhado por: data de envio ao laboratório:/...../2022
Fone: () 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:

EXEMPLAR(ES) 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 () Disque Vigilância () CIT () DVA () CRS () município
() Googleforms () e-mail () telefone () whatsapp () motorista
por: para em:/...../2022
Data:/...../2022 Responsável técnico

LACEN / CEVS / SES-RS - Laboratório Central de Saúde Pública
Laboratório de Reservatórios e Vetores - Fone 51 3288 4014/4024 - e-mail: resvet@saude.rs.gov.br
Av. Ipiranga nº 5-400 - Bairro Jardim Botânico - Porto Alegre/RS - CEP 90610-000



Anexo 33: Ficha de Notificação Acidentes por Animais Peçonhentos - SINAN

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/enferma: **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

Dados do Paciente

8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento
10 (ou) idade 11 Sexo M - Masculino 12 Gestante 13 Raça/Cor
14 Escolaridade 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 - 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 38 Tempo Decorrido Picada/Atendimento
39 Local da Picada 40 Manifestações Locais 41 Se Manifestações Locais Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
42 Manifestações Sistêmicas 43 Se Manifestações Sistêmicas Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 44 Tempo de Coagulação
45 Tipo de Acidente 46 Serpente - Tipo de Acidente
47 Aranha - Tipo de Acidente 48 Lagarta - Tipo de Acidente

Sinan Net SVS 19/01/2006



Anexo 34: Ficha de Notificação AIDS- SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO AIDS (pacientes com 13 anos ou mais)

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
2) Agravado/enferma: AIDS (Código (CID10) B 24)
3) Data da Notificação
4) UF: 5) Município de Notificação (Código (IBGE))
6) Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) (Código) 7) Data do Diagnóstico

Notificação Individual

8) Nome do Paciente
9) Data de Nascimento
10) (ou) Idade: 1 - Hom, 2 - Mul, 3 - Não se aplica
11) Sexo: 1 - Masculino, 2 - Feminino, 3 - Não se aplica
12) Gestante: 1 - Sim, 2 - Não, 3 - Não se aplica
13) Raça/Cor: 1 - Branca, 2 - Preta, 3 - Amarela, 4 - Parda, 5 - Indígena, 6 - Não se aplica
14) Escolaridade: 1 - 1ª e 4ª série incompleta do EF (ensino primário ou 1º grau), 2 - 4ª série completa do EF (ensino primário ou 1º grau), 3 - 2ª série completa do EF (ensino primário ou 1º grau), 4 - Ensino fundamental completo (ensino médio ou 2º grau), 5 - Ensino médio completo (ensino médio ou 2º grau), 6 - Ensino médio incompleto (ensino médio 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 (Código)
20) Bairro (Código) 21) Logradouro (rua, avenida, ...)
22) Número 23) Complemento (apto., casa, ...)
24) Geo campo 1 (Código) 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) Ocupação

Provável modo de transmissão

32) Transmissão vertical: 1 - Sim, 2 - Não, 3 - 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
35) Transfusão sanguínea: 1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado
36) Acidente com material biológico com posterior soroc conversão até 6 meses: 1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado
37) Tratamento/hemotransfusão para hemofilia: 1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado

Informações sobre transfusão/acidente

38) Data da transfusão/acidente 39) UF 40) Município onde ocorreu a transfusão/acidente (Código (IBGE))
41) Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente (Código)

42) 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 de Laboratório

43) Evidência laboratorial de infecção pelo HIV: 1 - Positivo/reagente, 2 - Negativo/não reagente, 3 - Inconclusivo, 4 - Não realizado, 5 - Indeterminado, 9 - Ignorado
44) Teste de triagem: 1 - Teste rápido 1, 2 - Teste rápido 2, 3 - Teste rápido 3
45) Data da coleta

Aids em pacientes com 13 anos ou mais Sinan NET SVS 05/06/2006

Anexo 35: Ficha de Procedimentos

SAÚDE ATENÇÃO BÁSICA

FICHA DE PROCEDIMENTOS

DIGITADO POR: DATA: / /
CONFERIDO POR: FOLHA Nº: /

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


Nº	TURNO*													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Nº PRONTUÁRIO														
CNS DO CIDADÃO														
Data de nascimento*	Dia/mês		Ano											
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino														
Local de atendimento*														
Escuta Inicial/Orientação														
Procedimento/Pequena cirurgia*	Acupuntura com inserção de agulhas													
	Administração de vitamina A													
	Cateterismo vesical de alívio													
	Cauterização química de pequenas lesões													
	Cirurgia de unha (antroplastia)													
	Cuidado de estomas													
	Cureta especial													
	Drenagem de abscesso													
	Electrocardiograma													
	Coleta de citopatológico de colo uterino													
	Exame do pé diabético													
	Exérese/crioablação de tumores superficiais de pele													
	Fundoscopia (exame de fundo de olho)													
	Infecção em cavidade sinusal													
	Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal													
Remoção de corpo estranho subcutâneo														
Retirada de coque														
Retirada de pontos de cirurgias														
Sutura simples														
Trigam orofaríngea														
Temporamento de epístaxe														
Investigação	De gravidez													
	Dosagem de proteínas													
	Para HIV													
	Para hepatite C													
	Para sífilis													
Administração de medicamentos	Oral													
	Intramuscular													
	Intravenosa													
	Inalação/Injeção													
Administração de medicamentos	Tópica													
	Penicilina para tratamento de sífilis													
	Subcutânea (SC)													

1/2 RPS-SUS AB v.2.1



Anexo 36: Ficha de Referência Contra Referência - Municipal

SUS - SISTEMA DE REFERÊNCIA MUNICIPAL
SÃO FRANCISCO DE ASSIS - RS
ACADEMIA POPULAR - CAPS NOVA VIDA
CENTRO DE ESPECIALIDADES - ESF CENTRAL
ESF COIAB - ESF ITALIANO
ESF JOÃO DE DEUS - ESF JOÃO XXIII



DE: _____
PARA: _____

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

(FAVOR PREENCHER TODOS OS CAMPOS E DE FORMA LEGÍVEL)

Informações do Usuário:

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

Informações da Referência

Diagnóstico Provável (CID): _____


_____/_____/_____
Data de Atendimento Médico/CRM

Informações da Contra Referência

Diagnóstico Provável (CID): _____

_____/_____/_____
Data de Atendimento Médico/CRM

Anexo 37: Ficha de Referência e Contra Referência - HUSM



Sistema Único de Saúde

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

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

(FAVOR PREENCHER TODOS OS CAMPOS E DE FORMA LEGÍVEL)

Informações do Usuário:

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

Informações da Referência para Especialidade:

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

Diagnóstico Provável (CID): _____

Secretaria Municipal de Saúde Médico/CRM

Informações da Contra Referência para Município de Atendimento:

Nome: _____ Nº de Reg. Hospitalar: _____
CNS/RG/CPF: _____ Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: (F) (M)
Especialidade de Atendimento: _____
Endereço Atual: _____ Nº: _____ Município: _____
Conduta/Informações ao Médico da Unidade de Saúde: _____

Diagnóstico Provável (CID): _____

_____/_____/_____
Data de Atendimento Médico/CRM



Anexo 38: Ficha de Vacinação

FICHA DE VACINAÇÃO


NOME: _____ NASC: ____/____/____

PAI: _____ MÃE: _____


END.: _____

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


Anexo 39: Ficha de Visita – Programa Estadual de Vigilância e Controle do Aedes

 Programa Estadual de Vigilância e Controle do Aedes
4º CRS FICHA DE VISITA


UF	Município		Localidade
Categoria	Nº Quart.	Nº imóvel	
Data	Hora	Ativ.	Nome legível

 Programa Estadual de Vigilância e Controle do Aedes
4º CRS FICHA DE VISITA

UF	Município		Localidade
Categoria	Nº Quart.	Nº imóvel	
Data	Hora	Ativ.	Nome legível

 Programa Estadual de Vigilância e Controle do Aedes
4º CRS FICHA DE VISITA

UF	Município		Localidade
Categoria	Nº Quart.	Nº imóvel	
Data	Hora	Ativ.	Nome legível

 Programa Estadual de Vigilância e Controle do Aedes
4º CRS FICHA DE VISITA

UF	Município		Localidade
Categoria	Nº Quart.	Nº imóvel	
Data	Hora	Ativ.	Nome legível



Anexo 40: Ficha de Visita (controle da dengue)

Secretaria Municipal de Saúde
Ficha de Visita
Controle da Dengue em 20__

Dia	Mês/Ano	Município	Agenda
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Estimamos na prevenção contra a dengue.

Anexo 41: Ficha de Visita Domiciliar e Territorial

	FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL	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	15	16	17	18	19	20	21	22	23
TURNO*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MICROÁREA*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 DE IMÓVEL*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 <small>(para visita periódica ou visita domiciliar para controle vetorial, usar o CNS do responsável familiar)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento**	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano																						
Sexo** (F) Feminino (M) Masculino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visita compartilhada com outro profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivo da visita*	Cadastramento/Atualização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Visita periódica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Busca ativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vacina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Condiçionalidades do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gestante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puérpera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Recém-nascido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orianda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pessoa com desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Anexo 42: Ficha Hipertida – Cadastro do Hipertenso e/ou Diabético

		MS – HIPERTIDA PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS		1.ª Via. Enviar para distalização CADASTRO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO	
Nome da Unidade de Saúde (*)		Cód. SIA/SUS (*)		Número do Pronto-socorro	
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)					
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)				Data Nascimento	
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)				Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Rapaç/COR (TV)		Nacionalidade		País de Origem	
Escolaridade (TV)		<input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira		Data Naturalização	
Nº Portaria		UF Munic. Nasc.		Nome Munic. Nascimento	
UF Munic. Nascimento		Sit. familiar/Conjugal (TV)		Nº Cartão SUS	
DOCUMENTOS GERAIS					
Título de Eleitor		Número		Zona	
CTPS		Número		Série	
CPF		Número		UF	
PIS/PASEP		Número		Data de Emissão	
DOCUMENTOS OBRIGATORIOS (*)					
Identidade		Número		Complemento	
Cartão (TV)		Tipo		Nome do Cartório	
Folha		Folha		Termo	
Data de Emissão		Data de Emissão		Data de Emissão	
ENDEREÇO (*)					
Tipo Logradouro		Nome do Logradouro		Número	
Bairro		CEP		DDD	
Telefone		Número		Complemento	
DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE					
Pressão Arterial Sistólica (*)		Pressão Arterial Diastólica (*)		Cintura (cm)	
Altura (cm) (*)		Circunferência do Braço (*)		Peso (kg) (*)	
Circunferência da Cintura (cm)		Circunferência do Braço (cm)		Em jejum	
Circunferência do Braço (cm)		Circunferência do Braço (cm)		Pós prandial	
Fatores de risco e Doenças concomitantes					
Antecedentes Familiares - cardiovasculares		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Presença de Complicações	
Diabetes Tipo 1		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Infarto Agudo Miocárdico	
Diabetes Tipo 2		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Outras coronariopatias	
Tabagismo		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		AVC	
Sedentarismo		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		PE diabético	
Sobrepeso/Obesidade		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Amputação por diabetes	
Hipertensão Arterial		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Doença Renal	
TRATAMENTO					
Não Medicamentoso:		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Unidades/dia	
Medicamentoso:		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Insulina	
Tipo		1/2		1	
Hidroclorotiazida 50mg		2		3	
Propranolol 40mg		4		5	
Calcioce 200mg		6		6	
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 de nome pai; data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone. (**) Fez menos um dos documentos e obrigatório. TV = Tabela no verso do formulário.

Ficha_Cadastro_Hipertenso_Diabético_via_v3.1.doc

23/05/2002

Anexo 43: Ficha Marcadores Alimentar – SISVAN

		MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR		DIGITADO POR: / /	
				DATA: / /	
CNS DO PROFISSIONAL		CBO		CNPES*	
CNS DO CIDADÃO*		INE		DATA*	
Nome do Cidadão:*					
Data de nascimento:*/ / Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino Local de Atendimento: / /					
CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS					
A criança onta m tomou leite do peito? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Onde m a criança consumiu:					
Mingau <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Água/citá <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Leite de vaca <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Fórmula infantil <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Suco de fruta <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Fruta <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Comida de sal (de panela, papa ou sopa) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Outros alimentos/bebidas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
CRIANÇAS DE 6 A 12 ANOS					
A criança onta m tomou leite do peito? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Onde m a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Se sim, quantas vezes? <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 vezes ou mais <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Onde m a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Se sim, quantas vezes? <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 vezes ou mais <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Se sim, esta comida foi oferecida: <input type="checkbox"/> Em pedaços <input type="checkbox"/> Amassada <input type="checkbox"/> Passada na peneira <input type="checkbox"/> Liquidificada <input type="checkbox"/> Só o caldo <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Onde m a criança consumiu:					
Outro leite que não o leite do peito <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Mingau com leite <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Iogurte <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/alpim/macaxeira, cará e inhame) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Vegetal ou fruta de cor escura (abóbora ou jeringim, couve, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (couve, couve, beterraba, espinafre, mostarda) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Verdura de folha (alfaca, acelga, repolho) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Feijão <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Arroz, batata, inhame, alpim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarão (sem ser instantâneo) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, morbela, salame, linguiça, salicha) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groseira, suco de fruta com adição de açúcar) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pitulitos, chiclete, caramelo, gelatina) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, ouvindo no computador e/ou celular? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 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					
Onde m, você consumiu:					
Feijão <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Frutas frescas (não considerar suco de frutas) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, alpim, macaxeira, cará e inhame) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, morbela, salame, linguiça, salicha) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groseira, suco de fruta com adição de açúcar) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe					
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pitulitos, chiclete, caramelo, gelatina) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 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

Versão 3.0



Anexo 44: Folder - Dengue pode Matar

FRENTE

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

1. Não acumule materiais descartáveis e recicláveis e não use, se for necessário, a reciclagem, guardando sempre em local coberto e abrigado do vento.
2. Faça regularmente a poda com cuidado, se não estiver em uso, coloque o material cortado em sacos plásticos e leve ao lixo comum, cobrindo ou alpendro d'água, mantendo-os limpos de lixo e de detritos de animais.
3. Entregue pneus velhos ao serviço de limpeza urbana. Caso precise deles, providencie a remoção e o local coberto.
4. Retire de todos os lados do caso, as folhas caídas, limpo e seco, depois de lavar com água e, se necessário, use água sanitária, desinfetante, etc.
5. Guarde as garrafas, baldes ou latas vazias de cabeça para baixo.
6. Lave com escova e água abundante de água e de sabão e seque antes de usar para não ficar úmido e ser usado.
7. Entre a água da bacia externa de geladeira pelo menos uma vez por dia, ou sempre, se possível.
8. Não deixe acumular água na parte de baixo das torneiras de bebidas e filtros de água.

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

A DENGUE PODE MATAR.

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

Anexo 45: Folder Dengue - Ainda dá Tempo de Combater o Mosquito

#São Chico contra o Aedes

AINDA DÁ TEMPO DE COMBATER O MOSQUITO

Participe desse combate

Transmissor de 4 doenças
Dengue
Chikungunya
Zika Virus
Febre amarela

1. Coloque areia no prato das vasos de planta
2. Remova folhas, galhos e tudo que possa impedir a água de escoar pelas calhas
3. Não deixe a água da chuva acumular sobre a laje
4. Mantenha a lixeira e a caixa d'água sempre bem fechadas
5. Entregue seus pneus velhos ao serviço de limpeza urbana
6. Jogue no lixo todo objeto que possa acumular água
7. Mantenha bem tampados tonéis e barris d'água
8. Lave por dentro, com escova e sabão, os utensílios usados para guardar água

saúde | Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis | SUS+ | Ministério da Saúde | BRASIL



Anexo 46: Folder Vigilância Ambiental em Saúde

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:

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

- Núcleo de Vigilância dos Riscos e Agravos Ambientais Biológicos:

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

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

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

- Núcleo de Vigilância dos Eventos Ambientais Adversos à Saúde:

Ações de proteção da saúde humana quanto aos efeitos adversos decorrentes de desastres naturais e acidentes com produtos perigosos. Enchentes, estiagens e outros eventos adversos.

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

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

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

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

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

Anexo 47: Formulário de Cadastro - Sisvan

	Ministério da Saúde / SAS/ DAB/ CGAN			
	SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL			
	Estabelecimento de Saúde		Nº CNES*	
	Equipe de Saúde		Nº INE (Identificador Nacional das Equipes)	
Microárea				
Ficha: <input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Alteração				
DADOS CADASTRAIS				
Cadastro de domicílio				
Endereço completo (tipo de logradouro, nome do logradouro, número, complemento)*				
Bairro*	CEP	DDD	Telefone	
Cadastro do indivíduo				
NCNS (Nº Cartão Nacional de Saúde)**	CPF (Nº Cadastro de Pessoa Física)**	NIS (Nº Identificação Social)**		
Nome completo (sem abreviaturas)*		Data de Nascimento*		
Nome completo da mãe (sem abreviaturas)*		Nome completo do pai		
Sexo*	Raça / Cor*	Favela / Comunidade tradicional**	Escolaridade* (R)	
<input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino	<input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Preta <input type="checkbox"/> 3. Amarela <input type="checkbox"/> 4. Parda <input type="checkbox"/> 5. Indígena		Situação familiar (R)	
Nacionalidade	Pais de Origem	UF Nascimento*	Município Nascimento*	
<input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira				
Programas Vinculados:				
<input type="checkbox"/> Programa Bolsa Família <input type="checkbox"/> SISVAN <input type="checkbox"/> PSE <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____				
ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL***				
Data do acompanhamento*: / /				
Criança (<10 anos)	Peso (em kg):	Altura (em cm):	Aleitamento Materno**** (R)	
Adolescentes (>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):	
Idoso (> 60 anos)	Peso (em kg):	Altura (em m):	Risco aumentado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
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"/> _____	

* 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.



Anexo 48: 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 (RM):		Fone (Resp.): ()
Endereço: (Rua, Av.):		
Bairro:	CEP:	N°:
Cidade:	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 49: Laudo Antígeno - Sentinela



LAUDO DIAGNÓSTICO TESTE RÁPIDO DE ANTÍGENO

para detecção de SARS-CoV-2 Corona Vírus

Paciente		
Data	/ /	
Lote		
Responsável		
		Resultado
		<input type="radio"/> Reagente
		<input type="radio"/> Não reagente



LAUDO DIAGNÓSTICO TESTE RÁPIDO DE ANTÍGENO

para detecção de SARS-CoV-2 Corona Vírus

Paciente		
Data	/ /	
Lote		
Responsável		
		Resultado
		<input type="radio"/> Reagente
		<input type="radio"/> Não reagente



Anexo 50: 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"/> Cor-p. 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 CRD	
ENCAMINHADO PARA:			
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL (após a realização do procedimento)			

"DISA NÃO A S DROGAS"

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

Anexo 51: Laudo Testes Rápidos HIV-Sífilis-Hepatitis

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

NOME:

DATA DA COLETA:

SEXO: M () F ()

DN:

RG:

Nº Prontuário:

TR HIV* (01) Conj. Diag.:	<input type="checkbox"/> REAGENTE	<input type="checkbox"/> NÃO REAGENTE	<input type="checkbox"/> NÃO REALIZADO
TR HIV* (02) Conj. Diag.:	<input type="checkbox"/> REAGENTE	<input type="checkbox"/> NÃO REAGENTE	<input type="checkbox"/> NÃO REALIZADO
RESULTADO FINAL	<input type="checkbox"/> AMOSTRA REAGENTE PARA HIV <input type="checkbox"/> AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA HIV		
TR Sífilis ² Conj. Diag.:	<input type="checkbox"/> REAGENTE	<input type="checkbox"/> NÃO REAGENTE	<input type="checkbox"/> NÃO REALIZADO
TR Hepatite C ³ Conj. Diag.:	<input type="checkbox"/> REAGENTE	<input type="checkbox"/> NÃO REAGENTE	<input type="checkbox"/> NÃO REALIZADO
TR Hepatite B ⁴ Conj. Diag.:	<input type="checkbox"/> REAGENTE	<input type="checkbox"/> NÃO REAGENTE	<input type="checkbox"/> NÃO REALIZADO

OBSERVAÇÕES:

O fluxograma de testagem rápida para HIV foi realizado conforme a Portaria n°29, de 17 dezembro de 2013.

*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).

¹ 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.

² 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.

³ 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 52: 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 53: Lista de Viagem

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 54: Pasta Cartolina, na cor amarelo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

NOME DA FAMÍLIA: _____

Nº DA FAMÍLIA: _____

ACS: _____

MICRO ÁREA: _____

Anexo 55: Pasta Cartolina, na cor azul

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

NOME DA FAMÍLIA: _____

Nº DA FAMÍLIA: _____

ACS: _____

MICRO ÁREA: _____



Anexo 56: Pasta Cartolina, na cor branco



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

NOME DA FAMÍLIA: _____

Nº DA FAMÍLIA: _____

ACS: _____

MICRO ÁREA: _____

Anexo 57: Pasta Cartolina, na cor laranja



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

NOME DA FAMÍLIA: _____

Nº DA FAMÍLIA: _____

ACS: _____

MICRO ÁREA: _____



Anexo 58: Pasta Cartolina, na cor verde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

NOME DA FAMÍLIA: _____

Nº DA FAMÍLIA: _____

ACS: _____

MICRO AREA: _____

Anexo 59: Pasta Cartolina, na cor vermelho

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SÃO FRANCISCO DE ASSIS

NOME DA FAMÍLIA: _____

Nº DA FAMÍLIA: _____

ACS: _____

MICRO ÁREA: _____



Anexo 60: Pedidos de Receitas

Pedido de Receitas	Pedido de Receitas	Pedido de Receitas
Nome: _____ Nº da Família: _____ ACS: _____ Medicamentos: _____	Nome: _____ Nº da Família: _____ ACS: _____ Medicamentos: _____	Nome: _____ Nº da Família: _____ ACS: _____ Medicamentos: _____
Data: ____/____/____.	Data: ____/____/____.	Data: ____/____/____.
Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____
Pedido de Receitas	Pedido de Receitas	Pedido de Receitas
Nome: _____ Nº da Família: _____ ACS: _____ Medicamentos: _____	Nome: _____ Nº da Família: _____ ACS: _____ Medicamentos: _____	Nome: _____ Nº da Família: _____ ACS: _____ Medicamentos: _____
Data: ____/____/____.	Data: ____/____/____.	Data: ____/____/____.
Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____

Anexo 61: Programa Nacional de Controle da dengue - PNCD - Registro Diário do Serviço Antivetorial

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD
REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTI-VEETORIAL

Nome do Município: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

UF: _____

CEP: _____

Endereço do Serviço: _____

Telefone: _____

Localidade: _____

Data: ____/____/____

Nome do Logradouro: _____

Inspeção: _____

Tipos de locais:

Residência: Tipo: _____ Tipo: _____

Comércio: Tipo: _____ Tipo: _____

Indústria: Tipo: _____ Tipo: _____

Outros: Tipo: _____ Tipo: _____

Nome do Logradouro	Inspeção	Tipos de locais	Totaleiros	Quantidade	Localidade	Tipos	Residência	Comércio	Indústria	Outros	Assinatura	Data

Assinatura do Supervisor: _____

Data: ____/____/____

Local: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____



Anexo 64: Prontuário Médico

	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	Assistência Médico e Sanitária	1. Nº de Registro /
--	--	--------------------------------	------------------------

2. Nome: _____ 3. Sexo: _____
 4. Endereço: _____ 5. Procedência: _____
 6. Data Nascimento: ____/____/____ 7. Lugar de Nascimento: _____
 8. Estado Civil: _____ 9. Profissão: _____
 10. Nome Pai: _____ 11. Profissão do Pai: _____
 12. Nome da Mãe: _____ 13. Profissão da Mãe: _____

14. IMUNIZAÇÃO	

Anexo 65: RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

				RAAS Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde Formulário da Atenção Psicossocial no CAPS				pg. 1/2
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABECIMENTO DE SAÚDE								
NOME DO ESTABECIMENTO DE SAÚDE						CNPIS		
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS								
Nº DO PRONTUÁRIO		NOME DO PACIENTE						
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO	
RAÇA/COR		ETNIA INDÍGENA		NOME DA MÃE				
NOME DO RESPONSÁVEL				MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				
CÓD. IBSGE MUNICÍPIO		CEP DE RESIDÊNCIA		ENDEREÇO (RUA, NÚMERO)				
COMPLEMENTO		DDD		TELEFONE CELULAR		TELEFONE DE CONTATO		
				Nº DO TELEFONE		Nº DO TELEFONE		
DADOS DO ATENDIMENTO								
DATA DE ADMISSÃO		MÊS ATENDIMENTO		NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO				
-Uso de Álcool ou Outras Drogas?		Em caso positivo marque uma ou mais alternativas				ORIGEM DO PACIENTE		
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		Álcool		Crack		Outras Drogas		
		<input type="checkbox"/> Demanda Esporádica		<input type="checkbox"/> Atensão Básica		<input type="checkbox"/> Serviço de Urgência		
		<input type="checkbox"/> Outro CAPS		<input type="checkbox"/> Hospital Geral		<input type="checkbox"/> Hospital Psiquiátrico		
CID10 PRINCIPAL		DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL						
CID10 CAUSAS ASS.		DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO - CAUSAS ASSOCIADAS						
EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> CNES								
ENCAMINHAMENTO				DATA DE CONCLUSÃO				
<input type="checkbox"/> Continuidade do Acompanhamento em outro CAPS				<input type="checkbox"/> Continuidade do acompanhamento na Atenção Básica				
<input type="checkbox"/> Alta				<input type="checkbox"/> Óbito				
AÇÕES REALIZADAS								
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		QTDE.		DATA (DDMM)	SERVIÇO	
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		QTDE.		DATA (DDMM)	CLASSIFICAÇÃO	
				<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS		<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território		



Anexo 66: 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 67: Receituário Controle Especial

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua João Moreira 1598 - Fone (55) 3252-1344
São Francisco de Assis - RS

1ª VIA - FARMACIA
2ª VIA - PACIENTE

Paciente: _____
Endereço: _____
Prescrição: _____


Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome: _____ Ident _____ Orgão Emissor _____ End _____ Cidade _____ UF _____ Telefone _____	Assinatura do Farmacêutico _____ Data ____/____/____

DATA DE ASSINATURA DO PRESCRITOR

Data ____/____/____




Anexo 68: 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 69: 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 70: Requisição de Exame Citopatológico

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

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

Anexo 71: Requisição de Exames

SECRETARIA DE MEDICINA SOCIAL REQUISIÇÃO/RESULTADO DE EXAMES						AMBULATÓRIO	
						PAM	
NOME						PRONTUÁRIO N.º	
IDADE	SEXO	COR	PESO	ALTURA	CLÍNICA		
	M() F()	B() P() A()					
DADOS CLÍNICOS							
MATERIAL A EXAMINAR							
EXAMES SOLICITADOS							
____/____/____ DATA				_____ CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO			



Anexo 72: Requisição de Mamografia

MINISTÉRIO DA SAÚDE **REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA**
Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama

UF: _____ CNES de Unidade de Saúde: _____ Nº Protocolo: _____
Unidade de Saúde: _____ (nº gerado automaticamente pelo SIGAN)
Código Município: _____ Município: _____ Prescritor(a): _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome Completo de(a) paciente: _____ Sexo: Masculino Feminino
Nome Completo de(a) pai(m): _____ Apêlice de(a) pai(m): _____
CPF: _____ Nacionalidade: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Cor/Raça: _____
 Branco Preto Pardo Amarelo Indígena/Etnia _____
Outros Residência: _____
Logradouro: _____
Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____ UF: _____
Código Município: _____ Município: _____
CEP: _____ DDD: _____ Telefone: _____
Ponto de Referência: _____
Educação: _____
 Analfabeto(a) Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço no mama? Sim, mama direita Sim, mama esquerda Não

2 - Aparece algo elevado* para câncer de mama? Sim Não Não sabe

* Risco elevado são:
Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:
- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
- câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer fase avançada;
Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
Mulheres com diagnóstico histopatológico de tumor mamário proliferativo com atipia ou neoplasia lobular in situ;
Mulheres com história pessoal de câncer de mama

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde? Sim Nunca foram examinadas anteriormente Não sabe

4 - Fez mamografia alguma vez? Sim. Quando fez a última mamografia? Ano: ____/____/____ Não Não sabe

5 - Fez radioterapia no mama ou no plástico? Em que ano? Sim, mama direita: ____/____/____ Sim, mama esquerda: ____/____/____ Não Não sabe

6 - Fez cirurgia de mama? Em que ano? Sim Não Não sabe

Mama direita	Mama esquerda
<input type="checkbox"/> Biópsia cirúrgica histológica	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Biópsia cirúrgica excisional	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mastectomia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Segmentectomia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ductectomia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mastectomia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mastectomia poupadora de pele	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mastectomia poupadora de pele e implante areolar-papilar	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Linfadenectomia axilar	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Biópsia de linfonodo sentinela	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Reconstrução mamária	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mastoplasia redutora	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclusão de implante	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Não fez cirurgia	<input type="checkbox"/>

Anexo 73: 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: _____

	Programados:
Número de imóveis	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 *Aedes albopictus*

Data: _____

Responsável pelas informações: _____



Anexo 74: 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 Vetorial Especial							
RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO													
13 Total quart. conc.	14 Residência			15 Comércio		16 TB		17 PE		18 Outros		19 Total	
RESUMO DO LABORATORIO													
Nº de depósitos inspecionados por tipo													
27 A1		28 A2		29 B		30 C		31 D1		32 D2		33 E	34 Total
Nº de depósitos tratados													
Laivida (1)													
35 Tipo		36 Oble. (Gramas)		37 Oble. (Gramas)		38 Oble. Dep. trat.		39 Oble. Dep. trat.		40 Oble. Dep. trat.		41 Total-5	
42 Total de Agentes na semana	43 Total de Dias trabalhados na semana	44 Atenção!											
		37 - Inserir a quantidade de larvicida em gramas (ex. 2 cargas = 1.000g) 43 - Total de Agentes na semana (Ex. Seg-1, Ter-1, Qua-1, Qui-1, Sex-1 Total-5) 44 - Total de Dias trabalhados na semana (Ex. Seg-1, Ter-1, Qua-1, Qui-1, Sex-1 Total-5)											
RESUMO DO LABORATORIO													
Nº de depósitos com es. pécies por tipo													
45 A1		46 A2		47 B		48 C		49 D1		50 D2		51 E	52 Total
Nº de imóveis com es. pécies por tipo													
53 Residência	54 Comércio	55 Terreno baldio	56 Ponto Estratégico	57 Outros	58 Total	59 Larvas	60 Pupas	61 Exata de Pupas	62 Adultos				
Nº de se q. dos quarteirões com Aedes aegypti													
63													
Nº de se q. dos quarteirões com Aedes albopictus													
64													
Nº de se q. dos quarteirões com Aedes aegypti e Aedes albopictus													
65													
66 Visto do Supervisor								67 Data do visto					
FAD07 - Semanal													

Anexo 75: Retorno de Consultas (enfermagem/médica/odonto)

<p>Consulta Odontológica</p> <p>Nome: _____</p> <p>Nº da Família: _____</p> <p>ACS: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Hora: _____.</p>	<p>Consulta de Enfermagem</p> <p>Nome: _____</p> <p>Nº da Família: _____</p> <p>ACS: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Hora: _____.</p>	<p>Consulta Médica</p> <p>Nome: _____</p> <p>Nº da Família: _____</p> <p>ACS: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Hora: _____.</p>	<p>Consulta Médica</p> <p>Nome: _____</p> <p>Nº da Família: _____</p> <p>ACS: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Hora: _____.</p>
<p>Consulta Odontológica</p> <p>Nome: _____</p> <p>Nº da Família: _____</p> <p>ACS: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Hora: _____.</p>	<p>Consulta de Enfermagem</p> <p>Nome: _____</p> <p>Nº da Família: _____</p> <p>ACS: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Hora: _____.</p>	<p>Consulta Médica</p> <p>Nome: _____</p> <p>Nº da Família: _____</p> <p>ACS: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Hora: _____.</p>	<p>Consulta Médica</p> <p>Nome: _____</p> <p>Nº da Família: _____</p> <p>ACS: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Hora: _____.</p>
<p>Consulta Odontológica</p> <p>Nome: _____</p> <p>Nº da Família: _____</p> <p>ACS: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Hora: _____.</p>	<p>Consulta de Enfermagem</p> <p>Nome: _____</p> <p>Nº da Família: _____</p> <p>ACS: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Hora: _____.</p>	<p>Consulta Médica</p> <p>Nome: _____</p> <p>Nº da Família: _____</p> <p>ACS: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Hora: _____.</p>	<p>Consulta Médica</p> <p>Nome: _____</p> <p>Nº da Família: _____</p> <p>ACS: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Hora: _____.</p>



Anexo 76: SAMU 192 - Boletim de Atendimento

SAMU 192 RS - BOLETIM DE ATENDIMENTO												
CHAMADO	Nº <input type="text"/>			DATA <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			HORA <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/>			MUNICÍPIO		
	MÉDICO(A) REGULADOR(A) (CRM)						<input type="checkbox"/> 1. SOCORRO		<input type="checkbox"/> 2. TRANSPORTE		<input type="checkbox"/> BASE	
MOTIVO	CLÍNICO						TRAUMÁTICO					
	<input type="checkbox"/> 4. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/> 8. OBSTETRICO	<input type="checkbox"/> 12. METABOLICO	<input type="checkbox"/> 15. COLÍSBIO	<input type="checkbox"/> 19. FAF	<input type="checkbox"/> 22. AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> 5. CARDIOVASC.	<input type="checkbox"/> 9. PSIQUIATRICO	<input type="checkbox"/> 13. PEDIÁTRICO	<input type="checkbox"/> 16. ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> 20. FAF	<input type="checkbox"/> 23. ELETROFUSSÃO
PACIENTE	NOME COMPLETO						IDADE			SEXO		
	ENDEREÇO ONDE SE ENCONTRA O PACIENTE (RUA, Nº, AP, BARRIO, PONTO DE REFERÊNCIA)						<input type="checkbox"/> 25. Masc.		<input type="checkbox"/> 26. Feme.		<input type="checkbox"/> 27. ANOS	
EXAME FÍSICO	VIAS AERÉAS			RESPIRAÇÃO			CIRCULATÓRIO			NEUROLÓGICO		
	<input type="checkbox"/> 28. PARCOBRESTR.	<input type="checkbox"/> 31. NORMAL	<input type="checkbox"/> 35. NORMAL	<input type="checkbox"/> 38. NORMAL	<input type="checkbox"/> 41. NORMAL	<input type="checkbox"/> 45. CONFUSÃO	<input type="checkbox"/> 48. SEM ALTERAÇÃO	<input type="checkbox"/> 51. FRATURAS	<input type="checkbox"/> 54. PARCOBRESTR.	<input type="checkbox"/> 57. ALTERADA	<input type="checkbox"/> 61. CHOCQUE	<input type="checkbox"/> 65. COMA
SINAIS VITAIS	HORA		P.A.	F.C.	F.R.	Sat. O2 %	T.Axilar °C	HGT	Glasgow	ETR	ETP	
	INÍCIO											
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	40. ADM. OXIGÊNIO			54. RCP			60. INTRAVENOSA			64. DESPIRILIZAÇÃO		
	50. GUEDEL			56. PUNÇÃO TORÁCICA			66. FLEBOTOMIA			68. OXIMETRIA		
TRANSP.	TIPO			ORIGEM			DESTINO			CONTATO NO DESTINO		
	<input type="checkbox"/> 74. SIMPLES <input type="checkbox"/> 75. MEDICALIZADO			REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO			REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO					
EXETS	<input type="checkbox"/> 76. CANCELADO			<input type="checkbox"/> 78. ÓBITO			<input type="checkbox"/> 80. RECURSO HOSPITALIZAÇÃO			<input type="checkbox"/> 82. OUTRO		
	<input type="checkbox"/> 77. FALSO			<input type="checkbox"/> 79. REQUISITIZADO			<input type="checkbox"/> 81. NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL					
OBSERVAÇÕES												
EQUIPE RECEPTORA				EQUIPE INTERVENÇÃO								
MÉDICO(A)				ENFERMEIRO(A)				CONDUZIR				
ENFERMEIRO(A)				ENFERMEIRO(A)								

Anexo 77: 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 78: SINAN Hanseníase

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
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	2 Agravado/doença: HANSENÍASE	3 Código (CID10): A30.9	4 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Código (IBGE)	
	7 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		8 Código	9 Data do Diagnóstico
Dados Individuais	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade: 1 - Hom, 2 - Mul, 3 - Menor, 4 - Não	11 Sexo: M - Masculino, F - Feminino, 1 - Ignorado	12 Gestante: 1 - 1º Trimestre, 2 - 2º Trimestre, 3 - 3º Trimestre, 4 - Não se aplica, 5 - Não	13 Raça/Cor: 1 - Branca, 2 - Preta, 3 - Amarela, 4 - Parda, 5 - Indígena, 6 - Ignorado
	14 Escolaridade: 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (ensino primário ou 1º grau), 2 - 4ª série completa do EF (ensino primário ou 1º grau), 3 - 5º ano do EF (ensino primário ou 1º grau), 4 - Ensino fundamental completo (ensino ginsial ou 1º grau), 5 - Ensino médio incompleto (ensino colegial ou 2º grau), 6 - Ensino médio completo (ensino 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	19 Código (IBGE)	20 Distrito
	21 Bairro	22 Logradouro (rua, avenida,...)		23 Código
	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1
	27 Geo campo 2	28 Ponto de Referência		29 CEP
	30 (DDD) Telefone	31 Zona: 1 - Urbana, 2 - Rural, 3 - Perturbana, 9 - Ignorado	32 País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares do Caso	33 Nº do Prontuário			
Dados Clínicos	34 Nº de Lesões Cutâneas			
	35 Forma Clínica: 1 - I, 2 - T, 3 - D, 4 - V, 5 - Não classificado			
	36 Classificação Operacional: 1 - PB, 2 - MB			
	37 Nº de Nervos afetados			
	38 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico: 0 - Grau Zero, 1 - Grau I, 2 - Grau II, 3 - Não Avaliado			
Avaliação	39 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			
	40 Modo de Detecção do Caso Novo: 1 - Encaminhamento, 2 - Demanda Espontânea, 3 - Exame de Coletividade, 4 - Exame de Contatos, 5 - Outros Modos, 9 - Ignorado			
Dados Lab.	41 Baciloscopia: 1 - Positiva, 2 - Negativa, 3 - Não realizada, 9 - Ignorado			
Tratamento	42 Data do início do Tratamento			
	43 Esquema Terapêutico Inicial: 1 - PQT/PB/6 doses, 2 - PQT/MB/12 doses, 3 - Outros Esquemas Substitutos			
Outros	44 Número de Contatos Registrados			
Observações adicionais:				
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde	
	Nome: Hanseníase	Função: Sinan NET	Assinatura: SVS 30/10/2007	

Anexo 79: SINAN Tuberculose

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE

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	3 Código (CID10): A16.9	4 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Código (IBGE)	
	7 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		8 Código	9 Data do Diagnóstico
Dados Individuais	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade: 1 - Hom, 2 - Mul, 3 - Menor, 4 - Não	11 Sexo: M - Masculino, F - Feminino, 1 - Ignorado	12 Gestante: 1 - 1º Trimestre, 2 - 2º Trimestre, 3 - 3º Trimestre, 4 - Não se aplica, 5 - Não	13 Raça/Cor: 1 - Branca, 2 - Preta, 3 - Amarela, 4 - Parda, 5 - Indígena, 6 - Ignorado
	14 Escolaridade: 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (ensino primário ou 1º grau), 2 - 4ª série completa do EF (ensino primário ou 1º grau), 3 - 5º ano do EF (ensino primário ou 1º grau), 4 - Ensino fundamental completo (ensino ginsial ou 1º grau), 5 - Ensino médio incompleto (ensino colegial ou 2º grau), 6 - Ensino médio completo (ensino 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	19 Código (IBGE)	20 Distrito
	21 Bairro	22 Logradouro (rua, avenida,...)		23 Código
	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1
	27 Geo campo 2	28 Ponto de Referência		29 CEP
	30 (DDD) Telefone	31 Zona: 1 - Urbana, 2 - Rural, 3 - Perturbana, 9 - Ignorado	32 País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares do Caso	33 Nº do Prontuário			
	34 Tipo de Entrada: 1 - Caso Novo, 2 - Recidiva, 3 - Reingresso Após Abandono, 4 - Não Sabe, 5 - Transferência, 6 - Pós-óbito			
	35 Populações Especiais: 1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado		36 População Privada de Liberdade: 1 - Profissional de Saúde, 2 - Imigrante, 3 - Beneficiário de programa de transferência de renda do governo, 4 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado	
	37 Forma: 1 - Pulmonar, 2 - Extrapulmonar, 3 - Pulmonar + Extrapulmonar			
	38 Se Extrapulmonar: 1 - Pleural, 2 - Gang. Perif., 3 - Genitúrinária, 4 - Osseas, 5 - Ocular, 6 - Militar, 7 - Meningoencefálico, 8 - Cutânea, 9 - Laringea, 10 - Outra			
Dados Complementares	39 Doenças e Agravos Associados: 1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado			
	40 Aids, 41 Alcoolismo, 42 Diabetes, 43 Doença Mental, 44 Uso de Drogas Ilícitas, 45 Tabagismo, 46 Outras			
	47 Baciloscopia de Escarro (diagnóstico): 1 - Positiva, 2 - Negativa, 3 - Não Realizada, 4 - Não se aplica			
	48 Radiografia do Tórax: 1 - Suspeito, 2 - Normal, 3 - Outra Patologia, 4 - HIV			
	49 Terapia Antiretroviral Durante o Tratamento para a TB: 1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado			
	50 Histopatologia: 1 - Baar Positivo, 2 - Sugestivo de TB, 3 - Não Sugestivo de TB, 4 - Em Andamento, 5 - Não Realizado			
	51 Teste de Sensibilidade: 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			
	52 Cultura: 1 - Positivo, 2 - Negativo, 3 - Em Andamento, 4 - Não Realizado			
	53 Teste Molecular Rápido TB (TMR-TB): 1 - Detectável sensível à Rifampicina, 2 - Detectável Resistente à Rifampicina, 3 - Não Detectável, 4 - Inconclusivo, 5 - Não Realizado			
	54 Data de início do Tratamento Atual			
	55 Total de Contatos Identificados			
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome: Tuberculose	Função: Sinan NET	Assinatura: SVS 02/10/2014	



Anexo 80: Solicitação para Teste Rápido de Antígeno – Sentinela

SOLICITAÇÃO PARA TESTE RÁPIDO DE ANTÍGENO

Data: __/__/__
Nome: _____
CPF: _____ DN: _____
Telefone: _____
Comorbidades: _____

Avaliação Clínica
Saturação de O₂: _____
Sintomas: _____

LOTE: _____
Resultado: () Reagente () Não Reagente () Inconclusivo

SOLICITAÇÃO PARA TESTE RÁPIDO DE ANTÍGENO

Data: __/__/__
Nome: _____
CPF: _____ DN: _____
Telefone: _____
Comorbidades: _____

Avaliação Clínica
Saturação de O₂: _____
Sintomas: _____

LOTE: _____
Resultado: () Reagente () Não Reagente () Inconclusivo

Anexo 81: 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) 3282-4014 / 4024
e-mail: resevet@fepps.rs.gov.br



Anexo 82: 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 DIAGNOSTICO		
Numero de registro:	cidade:	data:
Nome do paciente:		documento:
Sexo: ()M ()F	data de nascimento:	
TESTE RAPIDOS 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 83: 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 DIAGNOSTICO		
Numero de registro:	cidade:	data:
Nome do paciente:		documento:
Sexo: ()M ()F	data de nascimento:	
TESTE RAPIDOS PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS PARA SIFILIS		
Amostra: sangue total		
Data da coleta da amostra: ____ / ____ / ____		
TESTE:		
Nome do produto: Biomanguinhos Sífilis		
Método: imunocromatografia		
Resultado do teste: Amostra NÃO REAGENTE para Sífilis		
INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO: Amostra NÃO REAGENTE para Sífilis		
1. O teste rápido utilizado é um teste treponêmico .		
2. Amostra NÃO REAGENTE para Sífilis: em caso de suspeita de Sífilis, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta dessa amostra e submetida ao teste.		
3. A situação clínica e epidemiológica do paciente deverá ser observada.		
Responsável: Técnico:		
(assinatura e carimbo)		
Carimbo da Instituição:		



SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL

Anexo 84: 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 85: 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 86: 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

Anexo 87: Agenda personalizada





SECRETARIA DA AGRICULTURA, PECUÁRIA E ABASTECIMENTO

Anexo 88: 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:

Marca ou letreiro:

Estabelecimento de origem:

Meio de Transporte:

Remetente:

Consignatário:

Embarcador:

Destino:

_____ de _____ de _____

NOME E CARIMBO

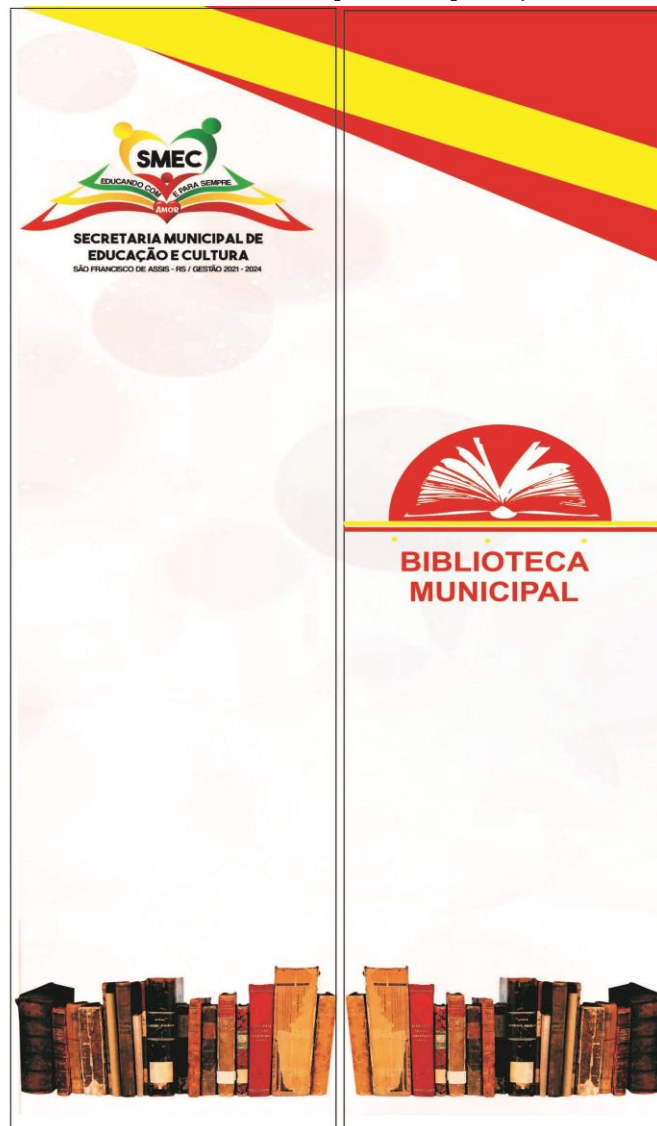
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA

Anexo 89: Adesivo (plotagem)- Modelo anexo - somente para exemplificação





Anexo 90: Adesivo Microperfurado - Modelo anexo - somente para exemplificação



Anexo 91: Agenda de Anotações (bloco)





Anexo 92: Banner - Modelo anexo – somente para exemplificação



Anexo 93: Certificado – somente para exemplificação





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

Anexo 94 - Pasta "ficha funcional do servidor".

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS		
FICHA FUNCIONAL: SERVIDOR		
Nome _____	Data Nascimento _____ / ____ / ____	FOTO 3x4
Natural de _____ Estado _____	Estado Civil _____	
Nome do Cônjuge _____		
Nome do Pai _____		
Nome da Mãe _____		
Cargo ou Função _____	Setor Trabalho _____	
Carteira de Identidade N.º _____	Matrícula INSS _____	CPF _____
Carteira Profissional N.º _____	Série _____	Grau de Instrução _____
Título Eleitoral N.º _____	Zona _____	Carteira Reservista N.º _____
Endereço: Rua _____	N.º _____	P.A.S.E.P. _____
Data da Opção _____	Data da Retratação _____	
Banco Depositário _____	Obs. _____	
Designações		
ATO	ESPÉCIE	
Averbações		
DATA	ESPÉCIE	PORTARIA



TEMPO DE SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL COM QUE CONTAVA ATÉ A DATA DO PREENCHIMENTO DESTA FICHA.							ANO(S)	MÊS(ES)	DIA(S)
---	--	--	--	--	--	--	--------	---------	--------

VENCIMENTOS OU SALÁRIOS					GRATIFICAÇÕES E AVANÇOS				
Data	Diária	Mensal	Observações	G.	A.	Data	Importância	Espécie	

SALÁRIO FAMÍLIA									
Nome do Filho	Nascimento		Dados das Certidões			Obs.			
	Data	Localidade	N.º	Livro	Fls.	Data da Entrega	Baixa	Visto INSS.	

LICENÇAS E BENEFÍCIOS DA PREVIDÊNCIA		
Licença	Benef. Prev.	Motivo

PENALIDADES						
PORTARIA	DIAS	INÍCIO	FIM	ESPÈCIE	MOTIVOS	

FÉRIAS				ACIDENTES DE TRABALHO - DOENÇAS PROFISSIONAIS							
Port.	Dias	Início	Fim	Período Aquisitivo	A.T.	D.P.	Dias	Início	Fim	Ano	Obs.



ADMINISTRANDO PARA TODOS
GESTÃO 2021-2024

PREFEITURA MUNICIPAL
SÃO FRANCISCO
DE ASSIS

SECRETARIA MUNICIPAL DA ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO

Anexo 96: Folha timbrada, 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: @prefeiturasaofranciscodeassis


Anexo 97 - Cartões de Anotação.



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



Anexo 98 - 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 99 - Ficha de controle de estoque do Almoxarifado

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS CONTROLE DO ALMOXARIFADO				
Peça ou artigo		Entrada	Saída	Estoque
Data	Fornecedor			



Anexo 101: Pasta Colorida , com logomarca da Administração



SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

Anexo 102 - Ficha aluguel carneira.

Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis
CEMITÉRIO PÚBLICO

CARNEIRAS

Carneira Nº _____
 Nome _____
 Filiação _____
 Data da Inumação ____/____/____

Carneiras Grande Pequena

RENOVAÇÕES

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

Responsável: _____



Anexo 103: Pasta Receita.



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

RECEITA

DIA: ____ / ____ / ____.

Anexo 104: Pasta despesas.



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

DESPESA

DIA: ____ / ____ / ____.

Documentos pagos nesta data



Anexo 105: Guia de Arrecadação.

Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA GUIA DE ARRECAÇÃO - TESOUREARIA			Guia
Nome do Contribuinte			Data
Endereço			/ /
Rua:			R\$
Município:			R\$
Especificação da Receita			R\$
Recolhimento relativo a:			R\$
Uso da Repartição			R\$
Agente Arrecadador			R\$
Uso Processamento			R\$
Emitida por:			R\$
Funcionário Nome			R\$
Tesoureiro Municipal			R\$
Quitação Mecânica			R\$
TOTAL			R\$

SECRETARIA MUNICIPAL DE INDÚSTRIA E COMÉRCIO.

Anexo 106: Cartão de identificação, Secretário Municipal.

Sec. Guilherme Dorneles Medeiros

Secretaria Municipal de Indústria e Comércio

São Francisco de Assis/RS



Rua Pinheiro Rocha 315 - Centro
97610-000 - São Francisco de Assis - RS
☎ (55)999548751
Fone:(55) 3252 - 2713 / 3252-1414
✉ smicsfa@gmail.com
guilhermedormed@gmail.com



ADMINISTRANDO PARA TODOS
GESTÃO 2021-2024

PREFEITURA MUNICIPAL
SÃO FRANCISCO
DE ASSIS

Anexo 107: Cartão de identificação, Coordenadora do Procon.

Alia Carneiro Shunaineh

PROCON

São Francisco de Assis/RS



PROCONRS

Rua Pinheiro Rocha 315 - Centro
97610-000 - São Francisco de Assis - RS
☎ (55) 999127056
☎ Fone:(55) 3252 - 2739
✉ procon@saofranciscodeassis.rs.gov.br

Anexo 108: Pasta Colorida.



**Secretaria Municipal de
Indústria e Comércio**

SECRETARIA MUNICIPAL DE OBRAS E SANEAMENTO



Anexo 109: 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>PASSAGEM DE ÔNIBUS URBANO</p> <p>Valor R\$ _____ Data ____/____/____</p>
---	--

SECRETARIA MUNICIPAL DO MEIO AMBIENTE

Anexo 110: Talão Manifesto para Transporte de Resíduo Sólido Urbano (MTR)

MANIFESTO PARA TRANSPORTE DE RESÍDUO SÓLIDO URBANO (MTR)

Número do Manifesto: _____

1. GERADOR Razão Social: Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis CNPJ: 87.896.882/0001-01 Município: São Francisco de Assis Endereço: Rua João Moreira, nº 1707. Telefone: (55) 3252-1434			
2. DESTINAÇÃO DOS RESÍDUOS Nome: Companhia Riograndense de Valorização de Resíduos S/A-CRVR Endereço: Estrada Geral da Boca do Monte nº 4.595 Bairro: Caturba - Distrito de Santo Antônio			
3. TRANSPORTADOR Razão Social: KOWAL ENGENHARIA AMBIENTAL ME CNPJ: 27.409.076/0001-21 Endereço: Rua Apores, 79-SC6 Bairro: Passo D'Aneia Município: Porto Alegre Telefone: (51) 3307.6766 Placa do Veículo: RBP5D24 Motorista: _____ CNH: _____			
4. DESCRIÇÃO ADICIONAL DOS RESÍDUOS RESÍDUOS SÓLIDOS URBANOS – CLASSE LL			
5. Eu, por meio deste manifesto, declaro que os resíduos acima listados estão integralmente e corretamente descritos pelo(s) nome(s), classificados e rotulados segundo as normas vigentes e estão sob todos os aspectos em condições adequadas para transporte, de acordo com os regulamentos nacionais e internacionais vigentes.			
a) Gerador	Nome _____	Assinatura _____	Data ____/____/202__
b) Transportador	Nome _____	Assinatura _____	Data ____/____/202__
c) Destinatário	Nome _____	Assinatura _____	Data ____/____/202__
6. Certificação de recebimento do Resíduo Sólido Urbano descrito neste manifesto			
Nome _____		Assinatura _____	Data ____/____/202__

1ª Via GERADOR 2ª Via TRANSPORTADOR 3ª Via DESTINATÁRIO

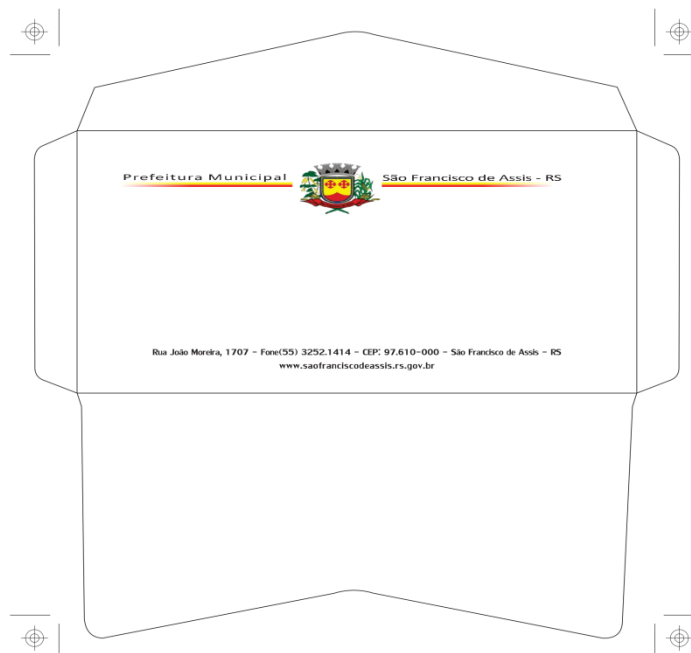


SECRETARIAS DIVERSAS

Anexo 111: Envelope timbrado, na cor branca, medindo: 24 cm x 34 cm.



Anexos 112 e 113: Envelopes timbrados, na cor Branca, medidas: 23 cm x 11,5 cm e 25 cm x 18 cm.





ADMINISTRANDO PARA TODOS
GESTÃO 2021-2024

Anexo 114: Pasta de cartolina cores: azul ou branca. (cor a definir)

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

PROCESSO N°: _____

NOME: _____

ASSUNTO: _____

DISTRIBUIÇÃO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

PROCESSO N°: _____

NOME: _____

ASSUNTO: _____

DISTRIBUIÇÃO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Anexos 115, 116 e 117: Pastas em papel couchê, plastificada, branca ou azul. (cor a definir)

Anexo 118: Talão de autorização de abastecimento de combustível.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS									
AUTORIZAÇÃO DE ABASTECIMENTO Nº									
Eu _____	autorizo								
o Sr _____	a abastecer o								
Veículo _____									
Placa _____									
Km _____									
Hora ____: ____									
Data ____/____/____									
Obs: _____									
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> Carimbo do Posto	Responsável da autorização Secretaria: _____								
	<table border="1"><thead><tr><th>Comb.</th><th>Litros</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Gasolina</td><td><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Diesel</td><td><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Diesel S10</td><td><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td></tr></tbody></table>	Comb.	Litros	<input type="checkbox"/> Gasolina	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Diesel	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Diesel S10	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Comb.	Litros								
<input type="checkbox"/> Gasolina	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>								
<input type="checkbox"/> Diesel	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>								
<input type="checkbox"/> Diesel S10	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>								
	_____ Servidor autorizado								



Anexo 119: Talão de memorando.

 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS

MEMORANDO Nº 001

DE:
PARA:
ASSUNTO:


.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

São Francisco de Assis, de de

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Secretário(a)

Anexo 120: 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 _____
SECRETARIO(A) MUNICIPAL



Anexo 121: Talão para autorização



**PREFEITURA MUNICIPAL
SÃO FRANCISCO DE ASSIS**

AUTORIZAÇÃO

Nº 001

São Francisco de Assis - RS, ____ / ____ / ____

Secretário(a) Municipal

Anexo 122: Folha timbrada gramatura 75g/m²





SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Anexo 123: Check list mecânico diário

SAMU 192 RS
CHECK-LIST MECÂNICO


DATA: / / HORA: / /
Km entrada: Km saída:



Assinalar alterações na lataria e pneus
OBS: / /

FLUÍDOS/LÍQUIDOS
 Combustível entrada: (R)/(2)/(3)/(4)(C)
 Combustível saída: (R)/(2)/(3)/(4)(C)
 Água: (OK)(Regular)(Nível Baixo)
 Fluido Freio: (OK)(Regular)(Nível Baixo)
 Óleo: (OK)(Regular)(Nível Baixo)
 Próxima troca do óleo em: / /

ELÉTRICA
 Faróis: (OK)Falha em: / /
 Luz de ré: (OK)Falha em: / /
 Luz de freio: (OK)Falha em: / /
 Pisca-pisca: (OK)Falha em: / /
 Estroboscópicos: (OK)Falha em: / /
 Giroflus: (OK)Falha em: / /
 Luzes laterais: (OK)Falha em: / /
 Faroletes traseiro: (OK)Falha em: / /
 Buzina: (OK)Falha em: / /
 Sirene (1º, 2º e 3º tom): (OK)Falha em: / /
 Carregador Auxiliar: (OK)Falha em: / /

CALIBRAGEM DOS PNEUS
 Data realizada: / /
 Próxima em: / /

LAVAGEM EXTERNA
 Data realizada: / /

ACESSÓRIOS
 Macaco: (OK)Falha em: / /
 Chave de rodas: (OK)Falha em: / /
 Triângulo: (OK)Falha em: / /
 Estepe: (OK)Falha em: / /
 Extintor: (OK)Falha em: / /

Recarga do extintor em: / / / /
 Recarga da bateria auxiliar: Horas: / /

Observações/ outras alterações: _____
 Assinatura do responsável _____

Anexo 124: Boletim de gastos no atendimento

FOLHA DE DÉBITOS DIÁRIO		
NOME: _____		
DATA: _____		
ATENDECIMENTO Nº _____		
MATERIAIS	QUANTIDADE	QUANTIDADE
MEDICAMENTOS	QUANTIDADE	APRESENTAÇÃO
SOROS	QUANTIDADE	QUANTIDADE





Anexo 125: Boletim de atendimento

SAMU 192 RS - BOLETIM DE ATENDIMENTO		SAMU 192	
Nº: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		DATA: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
MÉDICO RESPONSÁVEL PELA EQUIPE: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		LOCAL: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
ENDEREÇO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		CIDADE: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
MOTIVO: <input type="checkbox"/> 1. RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> 2. GASTROINTESTINAL <input type="checkbox"/> 3. DOR <input type="checkbox"/> 4. FEBRE <input type="checkbox"/> 5. OUTRO		BASE: <input type="checkbox"/> 1. SOCORRO <input type="checkbox"/> 2. TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> 3. OUTRO	
PACIENTE: <input type="checkbox"/> 1. SOCORRO <input type="checkbox"/> 2. TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> 3. OUTRO		TRIAGEM: <input type="checkbox"/> 1. 1º NÍVEL <input type="checkbox"/> 2. 2º NÍVEL <input type="checkbox"/> 3. 3º NÍVEL <input type="checkbox"/> 4. 4º NÍVEL <input type="checkbox"/> 5. 5º NÍVEL <input type="checkbox"/> 6. 6º NÍVEL <input type="checkbox"/> 7. 7º NÍVEL <input type="checkbox"/> 8. 8º NÍVEL <input type="checkbox"/> 9. 9º NÍVEL <input type="checkbox"/> 10. 10º NÍVEL <input type="checkbox"/> 11. 11º NÍVEL <input type="checkbox"/> 12. 12º NÍVEL <input type="checkbox"/> 13. 13º NÍVEL <input type="checkbox"/> 14. 14º NÍVEL <input type="checkbox"/> 15. 15º NÍVEL <input type="checkbox"/> 16. 16º NÍVEL <input type="checkbox"/> 17. 17º NÍVEL <input type="checkbox"/> 18. 18º NÍVEL <input type="checkbox"/> 19. 19º NÍVEL <input type="checkbox"/> 20. 20º NÍVEL <input type="checkbox"/> 21. 21º NÍVEL <input type="checkbox"/> 22. 22º NÍVEL <input type="checkbox"/> 23. 23º NÍVEL <input type="checkbox"/> 24. 24º NÍVEL <input type="checkbox"/> 25. 25º NÍVEL <input type="checkbox"/> 26. 26º NÍVEL <input type="checkbox"/> 27. 27º NÍVEL <input type="checkbox"/> 28. 28º NÍVEL <input type="checkbox"/> 29. 29º NÍVEL <input type="checkbox"/> 30. 30º NÍVEL <input type="checkbox"/> 31. 31º NÍVEL <input type="checkbox"/> 32. 32º NÍVEL <input type="checkbox"/> 33. 33º NÍVEL <input type="checkbox"/> 34. 34º NÍVEL <input type="checkbox"/> 35. 35º NÍVEL <input type="checkbox"/> 36. 36º NÍVEL <input type="checkbox"/> 37. 37º NÍVEL <input type="checkbox"/> 38. 38º NÍVEL <input type="checkbox"/> 39. 39º NÍVEL <input type="checkbox"/> 40. 40º NÍVEL <input type="checkbox"/> 41. 41º NÍVEL <input type="checkbox"/> 42. 42º NÍVEL <input type="checkbox"/> 43. 43º NÍVEL <input type="checkbox"/> 44. 44º NÍVEL <input type="checkbox"/> 45. 45º NÍVEL <input type="checkbox"/> 46. 46º NÍVEL <input type="checkbox"/> 47. 47º NÍVEL <input type="checkbox"/> 48. 48º NÍVEL <input type="checkbox"/> 49. 49º NÍVEL <input type="checkbox"/> 50. 50º NÍVEL <input type="checkbox"/> 51. 51º NÍVEL <input type="checkbox"/> 52. 52º NÍVEL <input type="checkbox"/> 53. 53º NÍVEL <input type="checkbox"/> 54. 54º NÍVEL <input type="checkbox"/> 55. 55º NÍVEL <input type="checkbox"/> 56. 56º NÍVEL <input type="checkbox"/> 57. 57º NÍVEL <input type="checkbox"/> 58. 58º NÍVEL <input type="checkbox"/> 59. 59º NÍVEL <input type="checkbox"/> 60. 60º NÍVEL <input type="checkbox"/> 61. 61º NÍVEL <input type="checkbox"/> 62. 62º NÍVEL <input type="checkbox"/> 63. 63º NÍVEL <input type="checkbox"/> 64. 64º NÍVEL <input type="checkbox"/> 65. 65º NÍVEL <input type="checkbox"/> 66. 66º NÍVEL <input type="checkbox"/> 67. 67º NÍVEL <input type="checkbox"/> 68. 68º NÍVEL <input type="checkbox"/> 69. 69º NÍVEL <input type="checkbox"/> 70. 70º NÍVEL <input type="checkbox"/> 71. 71º NÍVEL <input type="checkbox"/> 72. 72º NÍVEL <input type="checkbox"/> 73. 73º NÍVEL <input type="checkbox"/> 74. 74º NÍVEL <input type="checkbox"/> 75. 75º NÍVEL <input type="checkbox"/> 76. 76º NÍVEL <input type="checkbox"/> 77. 77º NÍVEL <input type="checkbox"/> 78. 78º NÍVEL <input type="checkbox"/> 79. 79º NÍVEL <input type="checkbox"/> 80. 80º NÍVEL <input type="checkbox"/> 81. 81º NÍVEL <input type="checkbox"/> 82. 82º NÍVEL <input type="checkbox"/> 83. 83º NÍVEL <input type="checkbox"/> 84. 84º NÍVEL <input type="checkbox"/> 85. 85º NÍVEL <input type="checkbox"/> 86. 86º NÍVEL <input type="checkbox"/> 87. 87º NÍVEL <input type="checkbox"/> 88. 88º NÍVEL <input type="checkbox"/> 89. 89º NÍVEL <input type="checkbox"/> 90. 90º NÍVEL <input type="checkbox"/> 91. 91º NÍVEL <input type="checkbox"/> 92. 92º NÍVEL <input type="checkbox"/> 93. 93º NÍVEL <input type="checkbox"/> 94. 94º NÍVEL <input type="checkbox"/> 95. 95º NÍVEL <input type="checkbox"/> 96. 96º NÍVEL <input type="checkbox"/> 97. 97º NÍVEL <input type="checkbox"/> 98. 98º NÍVEL <input type="checkbox"/> 99. 99º NÍVEL <input type="checkbox"/> 100. 100º NÍVEL <input type="checkbox"/>	
OBSERVAÇÕES: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		PROCEDIMENTOS EFETUADOS: <input type="checkbox"/> 1. 1º NÍVEL <input type="checkbox"/> 2. 2º NÍVEL <input type="checkbox"/> 3. 3º NÍVEL <input type="checkbox"/> 4. 4º NÍVEL <input type="checkbox"/> 5. 5º NÍVEL <input type="checkbox"/> 6. 6º NÍVEL <input type="checkbox"/> 7. 7º NÍVEL <input type="checkbox"/> 8. 8º NÍVEL <input type="checkbox"/> 9. 9º NÍVEL <input type="checkbox"/> 10. 10º NÍVEL <input type="checkbox"/> 11. 11º NÍVEL <input type="checkbox"/> 12. 12º NÍVEL <input type="checkbox"/> 13. 13º NÍVEL <input type="checkbox"/> 14. 14º NÍVEL <input type="checkbox"/> 15. 15º NÍVEL <input type="checkbox"/> 16. 16º NÍVEL <input type="checkbox"/> 17. 17º NÍVEL <input type="checkbox"/> 18. 18º NÍVEL <input type="checkbox"/> 19. 19º NÍVEL <input type="checkbox"/> 20. 20º NÍVEL <input type="checkbox"/> 21. 21º NÍVEL <input type="checkbox"/> 22. 22º NÍVEL <input type="checkbox"/> 23. 23º NÍVEL <input type="checkbox"/> 24. 24º NÍVEL <input type="checkbox"/> 25. 25º NÍVEL <input type="checkbox"/> 26. 26º NÍVEL <input type="checkbox"/> 27. 27º NÍVEL <input type="checkbox"/> 28. 28º NÍVEL <input type="checkbox"/> 29. 29º NÍVEL <input type="checkbox"/> 30. 30º NÍVEL <input type="checkbox"/> 31. 31º NÍVEL <input type="checkbox"/> 32. 32º NÍVEL <input type="checkbox"/> 33. 33º NÍVEL <input type="checkbox"/> 34. 34º NÍVEL <input type="checkbox"/> 35. 35º NÍVEL <input type="checkbox"/> 36. 36º NÍVEL <input type="checkbox"/> 37. 37º NÍVEL <input type="checkbox"/> 38. 38º NÍVEL <input type="checkbox"/> 39. 39º NÍVEL <input type="checkbox"/> 40. 40º NÍVEL <input type="checkbox"/> 41. 41º NÍVEL <input type="checkbox"/> 42. 42º NÍVEL <input type="checkbox"/> 43. 43º NÍVEL <input type="checkbox"/> 44. 44º NÍVEL <input type="checkbox"/> 45. 45º NÍVEL <input type="checkbox"/> 46. 46º NÍVEL <input type="checkbox"/> 47. 47º NÍVEL <input type="checkbox"/> 48. 48º NÍVEL <input type="checkbox"/> 49. 49º NÍVEL <input type="checkbox"/> 50. 50º NÍVEL <input type="checkbox"/> 51. 51º NÍVEL <input type="checkbox"/> 52. 52º NÍVEL <input type="checkbox"/> 53. 53º NÍVEL <input type="checkbox"/> 54. 54º NÍVEL <input type="checkbox"/> 55. 55º NÍVEL <input type="checkbox"/> 56. 56º NÍVEL <input type="checkbox"/> 57. 57º NÍVEL <input type="checkbox"/> 58. 58º NÍVEL <input type="checkbox"/> 59. 59º NÍVEL <input type="checkbox"/> 60. 60º NÍVEL <input type="checkbox"/> 61. 61º NÍVEL <input type="checkbox"/> 62. 62º NÍVEL <input type="checkbox"/> 63. 63º NÍVEL <input type="checkbox"/> 64. 64º NÍVEL <input type="checkbox"/> 65. 65º NÍVEL <input type="checkbox"/> 66. 66º NÍVEL <input type="checkbox"/> 67. 67º NÍVEL <input type="checkbox"/> 68. 68º NÍVEL <input type="checkbox"/> 69. 69º NÍVEL <input type="checkbox"/> 70. 70º NÍVEL <input type="checkbox"/> 71. 71º NÍVEL <input type="checkbox"/> 72. 72º NÍVEL <input type="checkbox"/> 73. 73º NÍVEL <input type="checkbox"/> 74. 74º NÍVEL <input type="checkbox"/> 75. 75º NÍVEL <input type="checkbox"/> 76. 76º NÍVEL <input type="checkbox"/> 77. 77º NÍVEL <input type="checkbox"/> 78. 78º NÍVEL <input type="checkbox"/> 79. 79º NÍVEL <input type="checkbox"/> 80. 80º NÍVEL <input type="checkbox"/> 81. 81º NÍVEL <input type="checkbox"/> 82. 82º NÍVEL <input type="checkbox"/> 83. 83º NÍVEL <input type="checkbox"/> 84. 84º NÍVEL <input type="checkbox"/> 85. 85º NÍVEL <input type="checkbox"/> 86. 86º NÍVEL <input type="checkbox"/> 87. 87º NÍVEL <input type="checkbox"/> 88. 88º NÍVEL <input type="checkbox"/> 89. 89º NÍVEL <input type="checkbox"/> 90. 90º NÍVEL <input type="checkbox"/> 91. 91º NÍVEL <input type="checkbox"/> 92. 92º NÍVEL <input type="checkbox"/> 93. 93º NÍVEL <input type="checkbox"/> 94. 94º NÍVEL <input type="checkbox"/> 95. 95º NÍVEL <input type="checkbox"/> 96. 96º NÍVEL <input type="checkbox"/> 97. 97º NÍVEL <input type="checkbox"/> 98. 98º NÍVEL <input type="checkbox"/> 99. 99º NÍVEL <input type="checkbox"/> 100. 100º NÍVEL <input type="checkbox"/>	

Anexo 126: Folder Dengue





Anexo 127: Folder se o mosquito da dengue pode matar



Anexo 128: Relatório de viagem diária



RELATÓRIO DE VIAGEM

Nome do Servidor: _____
Unidade Organizacional: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Destino: _____ às _____ horas.
Saída em _____ às _____ horas. Veículo: _____ Placa: _____
Retorno em _____ às _____ horas. Veículo: _____ Placa: _____
MOTIVO DA VIAGEM: _____

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

SERVIDOR

Campos destinados ao preenchimento, EXCLUSIVO, da Secretaria Municipal da Saúde.

O(a) Secretário(a) Municipal da Saúde vem a Vossa Senhoria, solicitar a liberação de _____ (diária(s)) ao servidor _____, lotado no _____, conforme supracitado no relatório de viagem.

Valor: _____

São Francisco de Assis/RS de _____ de _____ de _____

Secretário(a) Municipal _____



Anexo 129: Visita domiciliar

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO FRANCISCO DE ASSIS

ACS: _____ ESF: _____ MÊS: _____

DATA (VISITA DOMICILIAR)	N° FAMÍLIA	ASSINATURA