



MUNICÍPIO DE PIMENTA

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ Nº.: 16.725.962/0001-48

Email: licitapta2@gmail.com

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Visto
161	

EDITAL DE LICITAÇÃO PREGÃO ELETRÔNICO Nº 058/2022

Procedimento Licitatório nº 092/2022

TIPO: MENOR PREÇO – ITEM

MODO DE DISPUTA ABERTO

REGISTRO DE PREÇOS

O MUNICÍPIO DE PIMENTA/MG, por intermédio do (a) Pregoeiro (a) **Irineu Silva Junior** e Equipe de Apoio, torna público que realizará licitação, na modalidade PREGÃO ELETRÔNICO, no **MODO DE DISPUTA ABERTO**, com critério de julgamento: **MENOR PREÇO – ITEM**, nos termos da Lei nº 10.520/02, do Decreto nº 10.024/2019 e Decreto Municipal nº 2.584/2021, da Lei Complementar nº 123/2006, aplicando-se, subsidiariamente, a Lei nº 8.666/93, e as exigências estabelecidas neste Edital.

ACOLHIMENTO DAS PROPOSTAS COMERCIAIS: das 17h00min do dia 28/12/2022 até às 08h59min do dia 11 de janeiro de 2023.

ABERTURA DA SESSÃO DO PREGÃO ELETRÔNICO: Dia 11 de janeiro de 2023 às 09h00min

SITE PARA REALIZAÇÃO DO PREGÃO: www.licitanet.com.br

O encaminhamento das propostas exclusivamente pela plataforma digital deverá ser efetuado até a data e horários fixados para abertura das propostas comerciais.

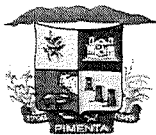
Após a abertura das propostas comerciais via plataforma digital, o (a) Pregoeiro (a) iniciará a sessão pública do pregão eletrônico, com a divulgação das propostas de preços recebidas.

Não havendo expediente na data supracitada, a data limite para encaminhamento das propostas comerciais, bem como a data para a sessão do Pregão ficarão prorrogadas para o primeiro dia útil subsequente, nos mesmos horários.

O Pregão Eletrônico será realizado em sessão pública, por meio da **INTERNET**, mediante condições de segurança - criptografia e autenticação - em todas as suas fases através da **LICITANET**.

Os trabalhos serão conduzidos por servidor do **Município de Pimenta/MG**, denominado (a) Pregoeiro (a), mediante a inserção e monitoramento de dados exportados, gerados e/ou transferidos para a Plataforma de Pregão Eletrônico constante da página eletrônica da **LICITANET** no site: www.licitanet.com.br

O custo de operacionalização pelo uso da Plataforma de Pregão Eletrônico, a título de remuneração pela utilização dos recursos da tecnologia da informação ficará a cargo do licitante, possui amparo legal no inciso III do art. 5º da Lei nº 10.520/02.



MUNICÍPIO DE PIMENTA

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ Nº.: 16.725.962/0001-48

Email: licitapta2@gmail.com

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Visto
162	

1. DO OBJETO

1.1 O objeto da presente licitação é a escolha da proposta mais vantajosa para o Registro de Preços para futura e eventual aquisição de impressos e produtos gráficos em Geral para atender as demandas das Secretarias Municipais de Administração, Planejamento, Assistência Social, Saúde, Educação e de Esportes, Lazer, Cultura e Turismo do Município de Pimenta-MG, conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas neste Edital e seus anexos em especial no Termo de Referência que integra este edital como se neste estivesse transcrito.

2. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

2.1 A participação nesta licitação é restrita aos interessados, pessoas jurídicas que estejam previamente credenciadas para prestação dos serviços equivalentes ao objeto do presente Edital, na Plataforma de Pregão Eletrônico da LICITANET, sendo concedido exclusividade¹ à participação microempresas – ME, empresas de pequeno porte – EPP ou equiparadas nos termos do Art. 48, III da Lei Complementar nº 123/06.

2.2 Não poderão participar desta licitação os interessados:

2.2.1 Proibidos de participar de licitações e celebrar contratos administrativos, na forma da legislação vigente;

2.2.2 Que não atendam às condições deste edital e seu(s) anexo(s);

2.2.3 Estrangeiros que não tenham representação legal no Brasil com poderes expressos para receber citação e responder administrativa ou judicialmente;

2.2.4 Que se enquadrem nas vedações previstas no art. 9º da Lei nº 8.666/93;

2.2.5 Que estejam com falência decretada;

2.2.6 Entidades empresariais que estejam reunidas em consórcio²;

2.3 Será concedido tratamento favorecido para as microempresas e empresas de pequeno porte, para as sociedades cooperativas mencionadas no artigo 34 da Lei nº 11.488, de 2007, para o Agricultor Familiar e para o Microempreendedor Individual - MEI, nos limites previstos da Lei Complementar nº 123, de 2006.

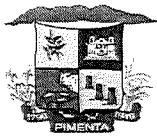
2.4 Como condição para participação no Pregão, a licitante assinalará “sim” ou “não” em campo próprio do sistema eletrônico, no que couber, relativo às seguintes declarações:

2.4.1 Que está desimpedida de participar da licitação, obrigando-se, ainda, a declarar, sob as penalidades cabíveis, a superveniência de fato impeditivo da habilitação, conforme Art. 32, § 2º da Lei nº 8.666/93;

2.4.2 Que tem pleno conhecimento e atende a todas as exigências de habilitação e especificações técnicas previstas no Edital, nos termos do § 4º do Art. 26 do Decreto Federal nº 10.024/19 e art. 26 § 3º e 4º do decreto municipal 2584/21.

¹NOTA EXPLICATIVA: O município de Pimenta/MG, registra a impossibilidade de cumprir o comando do art. 48, III, da Lei Complementar nº 123/2006, que imprime o dever da Administração Pública de reservar cota de até 25% para aqueles objetos que revelem uma natureza divisível, assegurada preferência de contratação para as microempresas, empresas de pequeno porte e equiparadas. De acordo com o disposto no artigo 87 do Código Civil Brasileiro, “bens divisíveis são os que se podem fracionar sem alteração na sua substância, diminuição considerável de valor, ou prejuízo do uso a que se destinam”.

²Nota Explicativa: O presente edital não prevê as condições de participação de empresas reunidas em consórcio, vez que a experiência prática demonstra que as licitações que permitem essa participação são aquelas que envolvem serviços de grande vulto e/ou de alta complexidade técnica. “...a aceitação de consórcios na disputa licitatória situa-se no âmbito do poder discricionário”. Acórdãos de nºs. 1.636/2006-P e 566/2006-P” - TCU Ac n. 2869/2012-Plenário.



MUNICÍPIO DE PIMENTA

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ Nº.: 16.725.962/0001-48

Email: licitapta2@gmail.com

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Visto
163	

2.4.3 Que aceita as condições estipuladas no edital, ressalvada a (s) hipótese (s) de impugnação e concorda e se submete a todos os termos, normas e especificações pertinentes ao Edital, bem como, às Leis, Decretos, Portarias e Resoluções cujas normas incidam sobre a presente licitação;

2.4.4 Que todos os documentos e informações prestadas são fiéis e verdadeiras;

2.4.5 Que não possui no quadro de pessoal, empregados menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e em qualquer trabalho, menores de 16 (dezesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, em observância à Lei Federal nº 9.854, de 27.10.99, que altera a Lei nº 8666/93;

2.4.6 Que não consta no quadro societário, colaboradores do (a) MUNICIPIO DE PIMENTA /MG que mantenham vínculo familiar com detentor de cargo em comissão ou função de confiança, atuante na área responsável pela demanda ou contratação, ou de autoridade a ele hierarquicamente superior, (art. 9º da lei 8.666/1993).

2.4.7 Que nos preços cotados já estão incluídas eventuais vantagens e/ou abatimentos, impostos, taxas (Inciso III do Art. 5º da Lei 10.520/02) e encargos sociais, obrigações trabalhistas, previdenciárias, fiscais e comerciais, assim como despesas com transportes e deslocamentos e outras quaisquer que incidam sobre o fornecimento;

2.4.8 Que tem ciência do teor e das implicações jurídicas sobre as declarações apresentadas e que detém plenos poderes e informações para firmá-las.

2.4.9 Que por ser a expressão da verdade e de nossa livre vontade, firma a presente para os fins de direito a que se destina.

2.4.10 Que, em conformidade com o disposto na Lei Complementar nº 123/2006, a licitante cumpre todos os requisitos legais previstos para a qualificação como Microempresa / Microempreendedor Individual / Empresa de Pequeno Porte / Sociedade Cooperativa de Consumo, estando apta a usufruir do tratamento diferenciado, não enquadrando em nenhuma das vedações previstas no § 4º do Artigo 3º da LC 123/06, alterada pelas Leis Complementares 128/2008, 147/2014, 155/2016 e Decreto Federal nº 8.538/2015, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências superiores;

2.5 Poderão participar desta licitação, toda e qualquer licitante que atenda as exigências deste edital, devendo estar regularmente cadastrada junto à **LICITANET** no site: www.licitanet.com.br.

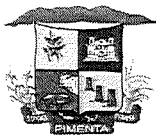
3 DO CREDENCIAMENTO

3.1 A participação do licitante no pregão eletrônico **se dará exclusivamente através de Plataforma de Pregão Eletrônico**, e o licitante deverá manifestar em campo próprio da Plataforma Eletrônica, pleno conhecimento, aceitação e atendimento às exigências de habilitação previstas no Edital.

3.2 O acesso do licitante ao pregão eletrônico, para efeito de encaminhamento de proposta de preço e lances sucessivos de preços, somente se dará mediante prévio cadastramento e adesão aos planos elencados da plataforma credenciada:

3.2.1 O custo de operacionalização pelo uso da Plataforma de Pregão Eletrônico, a título de remuneração pela utilização dos recursos da tecnologia da informação ficará a cargo do licitante.

3.3 O login e a senha do licitante poderão ser utilizados em qualquer pregão eletrônico, dentro da vigência do plano contratado pelo licitante, salvo quando suspensas por inadimplência do licitante junto à plataforma de pregão eletrônico e/ou canceladas por solicitação do licitante.



MUNICÍPIO DE PIMENTA

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ Nº.: 16.725.962/0001-48

Email: licitapta2@gmail.com

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Visto
164	

3.4 A manutenção ou alteração da senha de acesso será feita através de pedido do licitante junto ao atendimento On-Line (CHAT) do site LICITANET, sendo que a nova senha será enviada por via de e-mail, de forma imediata.

3.5 É de exclusiva responsabilidade do licitante o sigilo da senha, bem como seu uso em qualquer transação efetuada, não cabendo à LICITANET a responsabilidade por eventuais danos decorrentes de uso indevido da senha, ainda que por terceiros.

3.6 O cadastramento do licitante junto à Plataforma de Pregão Eletrônico implica a responsabilidade legal pelos atos praticados e a presunção de capacidade técnica para realização das transações inerentes ao certame.

3.7 As informações complementares para credenciamento poderão ser obtidas pelos telefones da plataforma LICITANET - licitações online: www.licitanet.com.br: (34) 99807-6633 e (34) 3014-6633 ou pelo e-mail contato@licitanet.com.br

3.8 O licitante responsabiliza-se exclusiva e formalmente pelas transações efetuadas em seu nome, assume como firmes e verdadeiras suas propostas e seus lances, inclusive os atos praticados diretamente ou por seu representante, excluída a responsabilidade do provedor do sistema ou do órgão ou entidade promotora da licitação por eventuais danos decorrentes de uso indevido das credenciais de acesso, ainda que por terceiros.

3.9 É de responsabilidade do licitante cadastrado conferir a exatidão dos seus dados cadastrais e mantê-los atualizados junto aos órgãos responsáveis pela informação, devendo proceder, imediatamente, à correção ou à alteração dos registros, tão logo identifique incorreção ou aqueles se tornem desatualizados.

3.9.1 A não observância do disposto no subitem anterior poderá ensejar desclassificação no momento da habilitação

4 DA APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA E DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

4.1 Os licitantes encaminharão, **exclusivamente por meio do sistema**, concomitantemente com os **documentos de habilitação** exigidos no edital, **proposta** com a descrição do objeto ofertado e o preço, até a data e o horário estabelecidos para abertura da sessão pública, quando, então, encerrar-se-á automaticamente a etapa de envio dessa documentação.

4.2 O envio da proposta, acompanhada dos documentos de habilitação exigidos neste Edital, ocorrerá por meio de chave de acesso e senha.

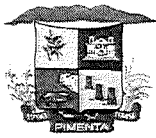
4.3 Os licitantes poderão deixar de apresentar os documentos de habilitação que constem do CRC, assegurado aos demais licitantes o direito de acesso aos dados constantes dos sistemas.

4.4 As Microempresas e Empresas de Pequeno Porte deverão encaminhar a documentação de habilitação, ainda que haja alguma restrição de regularidade fiscal e trabalhista, nos termos do art. 43, § 1º da LC nº 123, de 2006.

4.4.1 Incumbirá ao 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 ou de sua desconexão.

4.4.2 Até o prazo final para acolhimento das propostas, os licitantes poderão retirar ou substituir a proposta e os documentos de habilitação anteriormente inseridos no sistema;

4.4.3 Não será estabelecida, nessa etapa do certame, ordem de classificação entre as propostas apresentadas, o que somente ocorrerá após a realização dos procedimentos de negociação e julgamento da proposta.



MUNICÍPIO DE PIMENTA

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ Nº.: 16.725.962/0001-48

Email: licitapta2@gmail.com

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Visto
165	

4.4.4 Os documentos que compõem a proposta e a habilitação do licitante melhor classificado somente serão disponibilizados para avaliação do (a) Pregoeiro (a) e para acesso público após o encerramento do envio de lances.

5 DO PREENCHIMENTO DA PROPOSTA

5.1 O licitante deverá enviar sua proposta mediante o preenchimento, no sistema eletrônico, dos seguintes campos, no que couber:

5.1.1 Valor unitário e total do item;

5.1.2 Descrição detalhada do objeto, contendo as informações similares à especificação do Termo de Referência: indicando, no que for aplicável, o modelo, prazo de validade ou de garantia, número do registro ou inscrição do bem no órgão competente, quando for o caso;

5.2 Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam a Contratada.

5.3 Nos valores propostos estarão inclusos todos os custos operacionais, encargos previdenciários, trabalhistas, tributários, comerciais e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente na execução do objeto.

5.4 Os preços ofertados, tanto na proposta inicial, quanto na etapa de lances, serão de exclusiva responsabilidade do licitante, não lhe assistindo o direito de pleitear qualquer alteração, sob alegação de erro, omissão ou qualquer outro pretexto.

5.5 O prazo de validade da proposta não será inferior a 60 (sessenta) dias, a contar da data de sua apresentação.

5.6 Os licitantes devem respeitar os preços máximos estabelecidos nas normas de regência de contratações públicas, quando participarem de licitações públicas;

5.6.1 O descumprimento das regras supramencionadas pela Administração por parte dos contratados pode ensejar a fiscalização do Tribunal de Contas e, após o devido processo legal, gerar as seguintes consequências: assinatura de prazo para a adoção das medidas necessárias ao exato cumprimento da lei, nos termos do art. 71, inciso IX, da Constituição; ou condenação dos agentes públicos responsáveis e da empresa contratada ao pagamento dos prejuízos ao erário, caso verificada a ocorrência de superfaturamento por sobrepreço na execução do contrato.

6 DA ABERTURA DA SESSÃO, CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS E FORMULAÇÃO DE LANCES

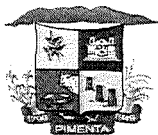
6.1 A abertura da presente licitação dar-se-á em sessão pública, por meio de sistema eletrônico, na data, horário e local indicados neste Edital.

6.2 O (a) Pregoeiro (a) verificará as propostas apresentadas, desclassificando desde logo aquelas que não estejam em conformidade com os requisitos estabelecidos neste Edital, contenham vícios insanáveis ou não apresentem as especificações técnicas exigidas no Termo de Referência.

6.2.1 Também será desclassificada a proposta que identifique o licitante.

6.2.2 A desclassificação será sempre fundamentada e registrada no sistema, com acompanhamento em tempo real por todos os participantes.

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



MUNICÍPIO DE PIMENTA

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ Nº.: 16.725.962/0001-48

Email: licitapta2@gmail.com

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Visto
166	

6.3 O sistema ordenará automaticamente as propostas classificadas, sendo que somente estas participarão da fase de lances.

6.4 O sistema disponibilizará campo próprio para troca de mensagens entre o (a) Pregoeiro (a) e os licitantes.

6.5 Iniciada a etapa competitiva, os licitantes deverão encaminhar lances exclusivamente por meio do sistema eletrônico, sendo imediatamente informados do seu recebimento e do valor consignado no registro.

6.5.1 O lance deverá ser ofertado pelo valor *unitário do item*.

6.6 Os licitantes poderão oferecer lances sucessivos, observando o horário fixado para abertura da sessão e as regras estabelecidas no Edital.

6.7 O licitante somente poderá oferecer lance de valor inferior ao último por ele ofertado e registrado pelo sistema.

7 DO MODO DE DISPUTA

7.1 Modo de disputa aberto:

7.1.1 O intervalo mínimo de diferença de valores³ entre os lances, que incidirá tanto em relação aos lances intermediários quanto em relação à proposta que cobrir a melhor oferta deverá ser **de R\$ 0,01 (um centavo)**.

7.1.2 Será adotado para o envio de lances no pregão eletrônico o modo de disputa “aberto”, em que os licitantes apresentarão lances públicos e sucessivos, com prorrogações.

7.1.3 A etapa de lances da sessão pública terá duração de 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.

7.1.4 A prorrogação automática da etapa de lances, de que trata o item anterior, será de dois minutos e ocorrerá sucessivamente sempre que houver lances enviados nesse período de prorrogação, inclusive no caso de lances intermediários.

7.1.5 Não havendo novos lances na forma estabelecida nos itens anteriores, a sessão pública encerrar-se-á automaticamente.

7.1.6 Encerrada a fase competitiva sem que haja a prorrogação automática pelo sistema, poderá o (a) Pregoeiro (a), assessorado pela equipe de apoio, justificadamente, admitir o reinício da sessão pública de lances, em prol da consecução do melhor preço.

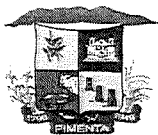
7.2 Não serão aceitos dois ou mais lances de mesmo valor, prevalecendo aquele que for recebido e registrado em primeiro lugar.

7.3 Durante o transcurso da sessão pública, os licitantes serão informados, em tempo real, do valor do menor lance registrado, vedada a identificação do licitante.

7.4 No caso de desconexão com o (a) Pregoeiro (a), no decorrer da etapa competitiva do Pregão, o sistema eletrônico poderá permanecer acessível aos licitantes para a recepção dos lances.

7.5 Quando a desconexão do sistema eletrônico para o (a) Pregoeiro (a) persistir por tempo superior a dez minutos, a sessão pública será suspensa e reiniciada somente

³Nota Explicativa: Adotado o modo de disputa aberto, a previsão de intervalo mínimo de diferença de valores ou de percentuais entre os lances é obrigatória, conforme art. 31, parágrafo único do Decreto nº 10.024/2019 c/c com art. 30, §3º do Decreto nº 10.024/19 e art. 31 do Decreto Municipal nº 2.584/2021.



MUNICÍPIO DE PIMENTA

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ Nº.: 16.725.962/0001-48

Email: licitapta2@gmail.com

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Visto
16	F

após decorridas vinte e quatro horas da comunicação do fato pelo (a) Pregoeiro (a) aos participantes, no sítio eletrônico utilizado para divulgação.

7.6 O Critério de julgamento adotado será o *menor preço*, conforme definido neste Edital e seus anexos.

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

7.8 Em relação a itens não exclusivos para participação de microempresas e empresas de pequeno porte, uma vez encerrada a etapa de lances, será efetivada a verificação automática, junto à Receita Federal, do porte da entidade empresarial. O sistema identificará em coluna própria as microempresas e empresas de pequeno porte participantes, procedendo à comparação com os valores da primeira colocada, se esta for empresa de maior porte, assim como das demais classificadas, para o fim de aplicar-se o disposto nos Arts. 44 e 45 da LC nº 123, de 2006.

7.9 Nessas condições, as propostas de microempresas e empresas de pequeno porte que se encontrarem na faixa de até 5% (cinco por cento) acima da melhor proposta ou melhor lance serão consideradas empatadas com a primeira colocada.

7.10 A melhor classificada nos termos do item anterior terá o direito de encaminhar uma última oferta para desempate, obrigatoriamente em valor inferior ao da primeira colocada, no prazo de 5 (cinco) minutos controlados pelo sistema, contados após a comunicação automática para tanto.

7.11 Caso a microempresa ou a empresa de pequeno porte melhor classificada desista ou não se manifeste no prazo estabelecido, serão convocadas as demais licitantes microempresa e empresa de pequeno porte que se encontrem naquele intervalo de 5% (cinco por cento), na ordem de classificação, para o exercício do mesmo direito, no prazo estabelecido no subitem anterior.

7.12 No caso de equivalência dos valores apresentados pelas microempresas e empresas de pequeno porte que se encontrem nos intervalos estabelecidos nos subitens anteriores, será realizado sorteio entre elas para que se identifique aquela que primeiro poderá apresentar melhor oferta.

7.13 Só poderá haver empate entre propostas iguais (não seguidas de lances).

7.14 Havendo eventual empate entre propostas ou lances, o critério de desempate será aquele previsto no art. 3º, § 2º, da Lei nº 8.666, de 1993, assegurando-se a preferência, sucessivamente, aos bens produzidos:

7.14.1 no país;

7.14.2 por licitantes brasileiras;

7.14.3 por licitantes que invistam em pesquisa e no desenvolvimento de tecnologia no País;

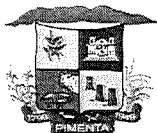
7.14.4 por licitantes que comprovem cumprimento de reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência ou para reabilitado da Previdência Social e que atendam às regras de acessibilidade previstas na legislação.

7.15 Persistindo o empate, a proposta vencedora será sorteada pelo sistema eletrônico dentre as propostas ou os lances empatados.

7.16 Encerrada a etapa de envio de lances da sessão pública, o (a) Pregoeiro (a) deverá encaminhar, pelo sistema eletrônico, contraproposta ao licitante que tenha apresentado o melhor preço, para que seja obtida melhor proposta, vedada a negociação em condições diferentes das previstas neste Edital.

7.16.1 A negociação será realizada por meio do sistema, podendo ser acompanhada pelos demais licitantes.

7.16.2 O (a) Pregoeiro (a) solicitará ao licitante melhor classificado que, no prazo de 02 (duas) horas, envie a proposta adequada ao último lance ofertado após a negociação realizada, acompanhada, se for o caso, dos documentos



MUNICÍPIO DE PIMENTA

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ Nº.: 16.725.962/0001-48

Email: licitapta2@gmail.com

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Vista
168	

complementares, quando necessários à confirmação daqueles exigidos neste Edital e já apresentados.

7.17 Após a negociação do preço, o (a) Pregoeiro (a) iniciará a fase de aceitação e julgamento da proposta.

8 DA ACEITABILIDADE DA PROPOSTA VENCEDORA.

8.1 Encerrada a etapa de negociação, o (a) Pregoeiro (a) examinará a proposta classificada em primeiro lugar quanto à adequação ao objeto e à compatibilidade do preço em relação ao máximo estipulado para contratação neste Edital e em seus anexos, observado o disposto no parágrafo único do art. 7º e no § 9º do art. 26 do Decreto n.º 10.024/2019 e § 7º do Decreto Municipal n.º. 2.584/21.

8.2 Será desclassificada a proposta ou o lance vencedor, que apresentar preço final superior ao preço máximo fixado, desconto menor do que o mínimo exigido ou que apresentar preço manifestamente inexequível.

8.2.1 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 à totalidade da remuneração.

8.3 Qualquer interessado poderá requerer que se realizem diligências para aferir a exequibilidade e a legalidade das propostas, devendo apresentar as provas ou os indícios que fundamentam a suspeita;

8.4 Na hipótese de necessidade de suspensão da sessão pública para a realização de diligências, com vistas ao saneamento das propostas, a sessão pública somente poderá ser reiniciada mediante aviso prévio no sistema com, no mínimo, vinte e quatro horas de antecedência, e a ocorrência será registrada em ata;

8.5 O (a) Pregoeiro (a) poderá convocar o licitante para enviar documento digital complementar, por meio de funcionalidade disponível no sistema, no prazo mínimo de 02h00min (duas), horas, sob pena de não aceitação da proposta.

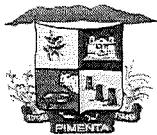
8.5.1 É facultado ao (a) Pregoeiro (a) prorrogar o prazo estabelecido, a partir de solicitação fundamentada feita no chat pelo licitante, antes de findo o prazo.

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

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

8.7 Havendo necessidade, o (a) Pregoeiro (a) suspenderá a sessão, informando no "chat" a nova data e horário para a sua continuidade.

8.8 O (a) Pregoeiro (a) poderá encaminhar, por meio do sistema eletrônico, contraproposta ao licitante que apresentou o lance mais vantajoso, com o fim de negociar a obtenção de melhor preço, vedada a negociação em condições diversas das previstas neste Edital.



MUNICÍPIO DE PIMENTA

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ Nº.: 16.725.962/0001-48

Email: licitapta2@gmail.com

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Visto
169	

8.8.1 Também nas hipóteses em que o (a) Pregoeiro (a) não aceitar a proposta e passar à subsequente, poderá negociar com o licitante para que seja obtido preço melhor.

8.8.2 A negociação será realizada por meio do sistema, podendo ser acompanhada pelos demais licitantes.

8.9 Nos itens não exclusivos para a participação de microempresas e empresas de pequeno porte, sempre que a proposta não for aceita, e antes de o (a) Pregoeiro (a) passar à subsequente, haverá nova verificação, pelo sistema, da eventual ocorrência do empate ficto, previsto nos artigos 44 e 45 da LC nº 123, de 2006, seguindo-se a disciplina antes estabelecida, se for o caso.

8.10 Encerrada a análise quanto à aceitação da proposta, o (a) Pregoeiro (a) verificará a habilitação do licitante, observado o disposto neste Edital.

9 DO CADASTRO NO HABILITANET – HABILITAÇÃO

9.1 O HABILITANET constitui um módulo de registro cadastral da LICITANET, disponível no rol de menus da Sala de Disputa.

9.1.1 A habilitação dos fornecedores em licitação pertinente à aquisição de bens e à contratação de serviços, inclusive de obras e publicidade, poderão ser comprovadas por meio de regular inscrição cadastral no HABILITANET, desde que os documentos comprobatórios estejam validados e atualizados.

9.2 Como condição prévia ao exame da documentação de habilitação do licitante detentor da proposta classificada em primeiro lugar, o (a) Pregoeiro (a) verificará o eventual descumprimento das condições de participação, especialmente quanto à existência de sanção que impeça a participação no certame⁴ ou a futura contratação, mediante a consulta ao Cadastro de Fornecedores do Município, bem como:

9.2.1 Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Atos de Improbidade Administrativa, mantido pelo Conselho Nacional de Justiça (www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php).

9.2.2 Lista de Inidôneos e o Cadastro Integrado de Condenações por Ilícitos Administrativos - CADICON, mantidos pelo Tribunal de Contas da União – TCU (<https://contas.tcu.gov.br/ords/f?p=1660:2:::NO:RP,2::>);

9.2.2.1 Para a consulta de licitantes pessoa jurídica poderá haver a substituição das consultas dos subitens acima pela Consulta Consolidada de Pessoa Jurídica do TCU (<https://certidoes-apf.apps.tcu.gov.br/>)

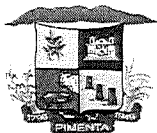
9.2.3 Caso conste na Consulta de Situação do Fornecedor a existência de Ocorrências Impeditivas Indiretas, o licitante será convocado para manifestação previamente à sua desclassificação.

9.2.4 Constatada a existência de sanção, o (a) Pregoeiro (a) reputará o licitante inabilitado, por falta de condição de participação.

9.2.5 No caso de inabilitação, haverá nova verificação, pelo sistema, da eventual ocorrência do empate ficto, previsto nos arts. 44 e 45 da Lei Complementar nº 123, de 2006, seguindo-se a disciplina antes estabelecida para aceitação da proposta subsequente.

9.3 Caso atendidas as condições de participação, a habilitação dos licitantes será verificada por meio do HABILITANET, nos documentos por ele abrangidos em relação à

⁴ Nota explicativa: A consulta aos dois cadastros – CEIS e CNJ, na fase de habilitação, é recomendação do TCU (Acórdão nº 1.793/2011 – Plenário). Trata-se de verificação da própria condição de participação na licitação. A Consulta Consolidada de Pessoa Jurídica do TCU abrange o cadastro do CNJ, do CEIS, do próprio TCU e o Cadastro Nacional de Empresas Punidas – CNEP do Portal da Transparência.



MUNICÍPIO DE PIMENTA

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ Nº.: 16.725.962/0001-48

Email: licitapta2@gmail.com

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Vista
170	

habilitação jurídica, à regularidade fiscal e trabalhista, à qualificação econômica financeira e habilitação técnica.

9.3.1 O interessado, para efeitos de habilitação mediante utilização do sistema, deverá atender às condições exigidas no item 9.9 e 9.10 deste edital, no HABILITANET até a data e o horário estabelecidos para a abertura da sessão pública.

9.3.2 É dever do licitante atualizar previamente as comprovações constantes do HABILITANET para que estejam vigentes na data da abertura da sessão pública, ou encaminhar, em conjunto com a apresentação da proposta, a respectiva documentação atualizada.

9.3.2.1 O descumprimento do subitem acima implicará a inabilitação do licitante, exceto se a consulta aos sítios eletrônicos oficiais emissores de certidões feita pelo (a) Pregoeiro (a) lograr êxito em encontrar a(s) certidão(ões) válida(s), conforme art. 43, §3º, do Decreto 10.024, de 2019 e § 1º do art. 43 do Decreto Municipal 2584/2021.

9.4 Havendo a necessidade de envio de documentos de habilitação complementares, necessários à confirmação daqueles exigidos neste Edital e já apresentados, o licitante será convocado a encaminhá-los, em formato digital, via sistema, no prazo de 02 (duas) horas, sob pena de inabilitação.

9.5 A licitante deverá encaminhar **SOMENTE a cópia da proposta de preços ajustada**, contendo preço unitário e global com até 02 (duas) casas decimais, bem como a marca, quando aplicável, para o HABILITANET para que o (a) Pregoeiro (a) possa verificar a conformidade com o preestabelecido neste Edital, **devendo ser encaminhado posteriormente, os documentos de habilitação que não puderam ter sua veracidade aferida pelos sítios eletrônicos oficiais, em original ou cópias autenticadas, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis**, contados após ser declarado vencedor do lote/item, para o endereço: Avenida JK, nº 396, Centro, Pimenta/MG, CEP: 35.585-000.

9.5.1 A não apresentação dos documentos de habilitação (em original e/ou autenticados) que não puderam ter sua veracidade aferida pelos sítios eletrônicos oficiais, no prazo estipulado de 05 (cinco) dias úteis, ensejará a inabilitação direta do licitante bem como a aplicação, nos autos do certame, das penalidades previstas no Art. 49, II do Decreto n. 10.024/2019 e art. 50, II do Decreto municipal 2584/2021.

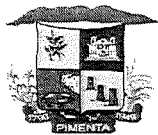
9.5.2 Nos casos em que o (s) licitante (s) não ENVIAR os documentos de habilitação que não puderam ter sua veracidade aferida pelos sítios eletrônicos oficiais, em original e/ou autenticados, o (a) Pregoeira declarará sua inabilitação e convocará imediatamente, o licitante classificado em segundo lugar.

9.6 Não serão aceitos documentos de habilitação com indicação de CNPJ/CPF diferentes, salvo aqueles legalmente permitidos.

9.7 Se o licitante for a matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz, e se o licitante for a filial, todos os documentos deverão estar em nome da filial, exceto aqueles documentos que, pela própria natureza, comprovadamente, forem emitidos somente em nome da matriz.

9.8 Serão aceitos registros de CNPJ de licitante matriz e filial com diferenças de números de documentos pertinentes ao CND e ao CRF/FGTS, quando for comprovada a centralização do recolhimento dessas contribuições.

9.9 Os licitantes, **pessoa jurídica**, deverão encaminhar via plataforma digital, nos termos deste Edital, a documentação relacionada nos itens a seguir, para fins de habilitação:



9.9.1 Habilitação jurídica:

9.9.1.1 No caso de empresário individual: inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede;

9.9.1.2 Em se tratando de microempreendedor individual – MEI: Certificado da Condição de Microempreendedor Individual - CCMEI, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio www.portaldoempreendedor.gov.br;

9.9.1.3 No caso de sociedade empresária ou empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI: ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado na Junta Comercial da respectiva sede, acompanhado de documento comprobatório de seus administradores;

9.9.1.4 Inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz, no caso de ser o participante sucursal, filial ou agência;

9.9.1.5 No caso de sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil das Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de prova da indicação dos seus administradores;

9.9.1.6 No caso de cooperativa: ata de fundação e estatuto social em vigor, com a ata da assembleia que o aprovou, devidamente arquivado na Junta Comercial ou inscrito no Registro Civil das Pessoas Jurídicas da respectiva sede, bem como o registro de que trata o art. 107 da Lei nº 5.764, de 1971;

9.9.1.7 No caso de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País: decreto de autorização;

9.9.1.8 Os documentos acima deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva;

9.9.2 Regularidade fiscal e trabalhista:

9.9.2.1 Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas ou no Cadastro de Pessoas Físicas, conforme o caso;

9.9.2.2 Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual e/ou municipal relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

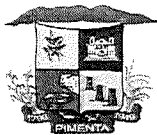
9.9.2.2.1 A prova da inscrição poderá ser feita por documento hábil emitido pelo órgão municipal ou estadual podendo estar inclusive mencionada em Certidões de Débitos e/ou documento apresentado na sessão.

9.9.2.3 Prova de regularidade fiscal perante a **Fazenda Nacional**, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 02/10/2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional.

9.9.2.4 Prova de regularidade com a **Fazenda Estadual** do domicílio ou sede do licitante, relativa à atividade em cujo exercício contrata ou concorre;

9.9.2.5 Prova de regularidade com a **Fazenda Municipal** do domicílio ou sede do licitante, relativa à atividade em cujo exercício contrata ou concorre;

9.9.2.6 Prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS);



MUNICÍPIO DE PIMENTA

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ Nº.: 16.725.962/0001-48

Email: licitapta2@gmail.com

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Vista
172	

9.9.2.7 Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a justiça do trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, 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;

9.9.2.8 Caso o licitante detentor do menor preço seja qualificado como microempresa ou empresa de pequeno porte deverá apresentar toda a documentação exigida para efeito de comprovação de regularidade fiscal, mesmo que esta apresente alguma restrição, sob pena de inabilitação nos termos do art. 3º da LC nº 123/2006, deverá apresentar:

9.9.2.8.1 Declaração de Enquadramento de ME ou EPP, devidamente registrada e arquivada na respectiva Junta Comercial, ou, Certidão Simplificada expedida pela Junta Comercial do Estado, ou, Declaração de Microempreendedor Individual, ou, documento legal hábil a

9.9.2.8.2 Comprovar a condição ME ou EPP, datado no máximo de 60 dias.

9.9.2.8.3 O licitante detentor do menor preço deverá apresentar toda a documentação exigida para efeito de comprovação de regularidade fiscal, mesmo que esta apresente alguma restrição, sob pena de inabilitação.

9.9.3 Qualificação Econômico Financeira

9.9.3.1 Certidão Civil Negativa Judicial ou Certidão Negativa específica de Falência e Concordata expedida pelo distribuidor da sede da Pessoa Jurídica, datada de no máximo 90 (noventa) dias corridos anteriores à data de realização da sessão pública do pregão, se outro prazo não for definido na própria certidão.

9.9.4 Qualificação Técnica

9.9.4.1 ATESTADO(S) DE CAPACIDADE TÉCNICA, fornecido(s) por pessoa jurídica de direito público ou privado que comprove(m) a execução/entrega satisfatória do objeto e/ou de serviços similares, de complexidade operacional equivalente ou superior ao objeto licitado;

9.10 O licitante enquadrado como microempreendedor individual que pretenda auferir os benefícios do tratamento diferenciado previstos na Lei Complementar n. 123, de 2006, estará dispensado (a) da prova de inscrição nos cadastros de contribuintes estadual e municipal e (b) da apresentação do balanço patrimonial e das demonstrações contábeis do último exercício, quando for exigido.

9.11 A existência de restrição relativamente à regularidade fiscal e trabalhista não impede que a licitante qualificada como microempresa ou empresa de pequeno porte seja declarada vencedora, uma vez que atenda a todas as demais exigências do edital.

9.12 A declaração do vencedor acontecerá no momento imediatamente posterior à fase de habilitação.

9.13 Caso a proposta mais vantajosa seja ofertada por licitante qualificada como microempresa ou empresa de pequeno porte, e uma vez constatada a existência de alguma restrição no que tange à regularidade fiscal e trabalhista, a mesma será convocada para, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, após a declaração do vencedor, comprovar a regularização. O prazo poderá ser prorrogado por igual período, a critério



MUNICÍPIO DE PIMENTA

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ Nº.: 16.725.962/0001-48

Email: licitapta2@gmail.com

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Visto
173	

da administração pública, quando requerida pelo licitante, mediante apresentação de justificativa.

9.13.1 A não-regularização fiscal e trabalhista no prazo previsto no subitem anterior acarretará a inabilitação do licitante, sem prejuízo das sanções previstas neste Edital, sendo facultada a convocação dos licitantes remanescentes, na ordem de classificação. Se, na ordem de classificação, seguir-se outra microempresa, empresa de pequeno porte ou sociedade cooperativa com alguma restrição na documentação fiscal e trabalhista, será concedido o mesmo prazo para regularização.

9.14 Havendo necessidade de analisar minuciosamente os documentos exigidos, o (a) Pregoeiro (a) suspenderá a sessão, informando no “chat” a nova data e horário para a continuidade da mesma.

9.15 Será inabilitado o licitante que não comprovar sua habilitação, seja por não apresentar quaisquer dos documentos exigidos, ou apresentá-los em desacordo com o estabelecido neste Edital.

9.16 Nos itens não exclusivos a microempresas e empresas de pequeno porte, em havendo inabilitação, haverá nova verificação, pelo sistema, da eventual ocorrência do empate ficto, previsto nos artigos 44 e 45 da LC nº 123, de 2006, seguindo-se a disciplina antes estabelecida para aceitação da proposta subsequente.

9.17 Constatado o atendimento às exigências de habilitação fixadas no Edital, o licitante será declarado vencedor.

10 DO ENCAMINHAMENTO DA PROPOSTA VENCEDORA

10.1 A proposta final do licitante declarado vencedor deverá ser encaminhada no prazo de 02 (duas) horas, a contar da solicitação do (a) Pregoeiro (a), no sistema eletrônico, sob pena de desclassificação e deverá:

10.1.1 Ser redigida em língua portuguesa, datilografada ou digitada, em uma via, sem emendas, rasuras, entrelinhas ou ressalvas, devendo ser assinada pelo licitante ou seu representante legal, sendo preferível a assinatura eletrônica.

10.2 A proposta final deverá ser documentada nos autos e será levada em consideração no decorrer da execução do contrato e aplicação de eventual sanção à Contratada, se for o caso.

10.2.1 Todas as especificações do objeto contidas na proposta, tais como marca, modelo, tipo, fabricante e procedência, vinculam a Contratada.

10.3 Os preços deverão ser expressos em moeda corrente nacional, o valor unitário em algarismos e o valor global em algarismos e por extenso (art. 5º da Lei nº 8.666/93).

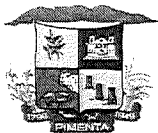
10.3.1 Ocorrendo divergência entre os preços unitários e o preço global, prevalecerão os primeiros; no caso de divergência entre os valores numéricos e os valores expressos por extenso, prevalecerão estes últimos.

10.4 A oferta deverá ser firme e precisa, limitada, rigorosamente, ao objeto deste Edital, sem conter alternativas de preço ou de qualquer outra condição que induza o julgamento a mais de um resultado, sob pena de desclassificação.

10.5 A proposta deverá obedecer aos termos deste Edital e seus Anexos, não sendo considerada aquela que não corresponda às especificações ali contidas ou que estabeleça vínculo à proposta de outro licitante.

10.6 As propostas que contenham a descrição do objeto, o valor e os documentos complementares estarão disponíveis na internet, após a homologação.

10.7 Dispensa-se o envio da proposta ajustada, em via original, tendo em vista o envio da proposta na plataforma eletrônica, sendo que esta proposta final levada aos autos será utilizada no decorrer da execução do contrato.



MUNICÍPIO DE PIMENTA

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ Nº.: 16.725.962/0001-48

Email: licitapta2@gmail.com

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Visto
174	

11 DOS RECURSOS

11.1 Declarado o vencedor e, decorrida a fase de regularização fiscal e trabalhista da licitante qualificada como microempresa ou empresa de pequeno porte, se for o caso, será concedido o prazo de no **mínimo 10 (dez) minutos**, para que qualquer licitante manifeste a intenção de recorrer, de forma motivada, isto é, indicando contra qual(is) decisão(ões) pretende recorrer e por quais motivos, em campo próprio do sistema.

11.2 Havendo quem se manifeste, caberá ao (a) Pregoeiro (a) verificar a tempestividade e a existência de motivação da intenção de recorrer, para decidir se admite ou não o recurso, fundamentadamente.

11.2.1 Nesse momento o (a) Pregoeiro (a) não adentrará no mérito recursal, mas apenas verificará as condições de admissibilidade do recurso⁵.

11.2.2 A falta de manifestação motivada do licitante quanto à intenção de recorrer importará a decadência desse direito.

11.2.3 Uma vez admitido o recurso, o recorrente terá, a partir de então, o prazo de três dias para apresentar as razões, pelo sistema eletrônico, ficando os demais licitantes, desde logo, intimados para, querendo, apresentarem contrarrazões também pelo sistema eletrônico, em outros três dias, que começarão a contar do término do prazo do recorrente, sendo-lhes assegurada vista imediata dos elementos indispensáveis à defesa de seus interesses.

11.3 O acolhimento do recurso invalida tão somente os atos insuscetíveis de aproveitamento.

11.4 Os autos do processo permanecerão com vista franqueada aos interessados, no endereço constante neste Edital.

12 DA REABERTURA DA SESSÃO PÚBLICA

12.1 A sessão pública poderá ser reaberta:

12.1.1 Nas hipóteses de provimento de recurso que leve à anulação de atos anteriores à realização da sessão pública precedente ou em que seja anulada a própria sessão pública, situação em que serão repetidos os atos anulados e os que dele dependam.

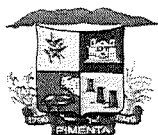
12.1.2 Quando houver erro na aceitação do preço melhor classificado ou quando o licitante declarado vencedor não assinar a Ata de Registro de Preços, não retirar o instrumento equivalente ou não comprovar a regularização fiscal e trabalhista, nos termos do art. 43, §1º da LC nº 123/2006. Nessas hipóteses, serão adotados os procedimentos imediatamente posteriores ao encerramento da etapa de lances.

12.2 Todos os licitantes remanescentes deverão ser convocados para acompanhar a sessão reaberta.

12.2.1 A convocação se dará por meio do sistema eletrônico ("chat"), e-mail, de acordo com a fase do procedimento licitatório.

12.2.2 A convocação feita por e-mail dar-se-á de acordo com os dados contidos (HABILITANET), sendo responsabilidade do licitante manter seus dados cadastrais atualizados.

⁵Nota explicativa: no juízo de admissibilidade das intenções de recurso deve ser avaliada tão somente a presença dos pressupostos recursais: sucumbência, tempestividade, legitimidade, interesse e motivação – TCU Ac. 520/2014-Plenário, item 9.5.1.



MUNICÍPIO DE PIMENTA

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ Nº.: 16.725.962/0001-48

Email: licitapta2@gmail.com

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Visto
175	

13 DA ADJUDICAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO

13.1 O objeto da licitação será adjudicado ao licitante declarado vencedor, por ato do (a) Pregoeiro (a), caso não haja interposição de recurso, ou pela autoridade competente, após a regular decisão dos recursos apresentados.

13.2 Após a fase recursal, constatada a regularidade dos atos praticados, a autoridade competente homologará o procedimento licitatório.

14 DA GARANTIA DE EXECUÇÃO

10.1 Não haverá exigência de garantia contratual nos termos do Art. 56 da Lei 8.666/93, tendo em vista que o(s) pagamento(s) será (ão) realizado (s) após a execução e aceitação definitiva do objeto.

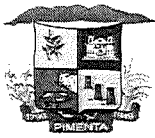
15 DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

15.1 A (s) despesas para atender a esta licitação estão programadas em dotação (s) orçamentária (s) própria (s), consignada (s) no orçamento municipal para o exercício corrente, na (s) seguinte (s) rubrica (s):

Ficha 088 - 02.02.01.04.122.0017.2015.3.3.90.30.00 Fonte 1.00.00
Ficha 569 - 02.07.01.08.122.0011.2088.3.3.90.30.00 Fonte 1.00.00
Ficha 591 - 02.07.01.08.244.0011.2092.3.3.90.30.00 Fonte 1.00.00
Ficha 618 - 02.07.01.08.243.0011.2176.3.3.90.30.00 Fonte 1.00.00
Ficha 629 - 02.07.03.08.122.0011.2095.3.3.90.30.00 Fonte 1.29.00
Ficha 388 - 02.06.01 10.122.0008.2064 3.3.90.30.00 Fonte: 1.02.00
Ficha 482 - 02.06.02 10.301.0009.2075 3.3.90.30.00 Fonte: 1.55.00
Ficha 947 - 02.06.02 10.301.0009.2182 3.3.90.30.00 Fonte: 1.55.00
Ficha 947 - 02.06.02 10.301.0009.2182 3.3.90.30.00 Fonte: 1.59.00
Ficha 496 - 02.06.02 10.301.0009.2183 3.3.90.30.00 Fonte: 1.59.00
Ficha 522 - 02.06.02 10.302.0009.2183 3.3.90.30.00 Fonte: 1.59.00
Ficha 667 - 02.08.01 04.122.0012.2103 3.3.90.30.00 Fonte 1.00.00
Ficha 677 - 02.08.01 27.811.0012.2113 3.3.90.30.00 Fonte 1.00.00
Ficha 697 - 02.08.01 13.392.0012.2105 3.3.90.30.00 Fonte 1.00.00
Ficha 137 - 02.04.01.12.122.0004.2026.3.3.90.30.00 Fonte 1.01.00
Ficha 158 - 02.04.01.12.361.0004.2028.3.3.90.30.00 Fonte 1.01.00
Ficha 175 - 02.04.01.12.365.0005.2030.3.3.90.30.00 Fonte 1.01.00
Ficha 186 - 02.04.01.12.365.0005.2030.3.3.90.30.00 Fonte 1.01.00
Ficha 224 - 02.04.01.12.361.0007.2038.3.3.90.30.00 Fonte 1.19.00
Ficha 232 - 02.04.01.12.361.0007.2039.3.3.90.30.00 Fonte 1.19.00
Ficha 305 - 02.04.01.12.361.0006.2047.3.3.90.30.00 Fonte 1.47.00
Ficha 314 - 02.04.01.12.361.0006.2049.3.3.90.30.00 Fonte 1.00.00

16 DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS OU INSTRUMENTO EQUIVALENTE

16.1 Após a homologação da licitação, em sendo realizada a contratação, será firmada a Ata de Registro de Preços ou emitido instrumento equivalente.



MUNICÍPIO DE PIMENTA

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ Nº.: 16.725.962/0001-48

Email: licitapta2@gmail.com

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Visto
1	1

16.2 O adjudicatário terá o prazo de 03 (três) dias úteis, contados a partir da data de sua convocação, para assinar o Contrato Administrativo ou aceitar instrumento equivalente, conforme o caso (Nota de Empenho/Carta Contrato/Autorização), sob pena de decair do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas neste Edital.

16.3.1 Alternativamente à convocação para comparecer perante o órgão ou entidade para a assinatura do Contrato Administrativo ou aceite do instrumento equivalente, a Administração poderá encaminhá-lo para assinatura ou aceite da Adjudicatária, mediante correspondência postal com aviso de recebimento (AR) ou meio eletrônico, para que seja assinado ou aceite no prazo de 03 (três) dias úteis, a contar da data de seu recebimento.

16.3.2 O prazo previsto no subitem anterior poderá ser prorrogado, por igual período, por solicitação justificada do adjudicatário e aceita pela Administração.

16.4 O Aceite da Nota de Empenho ou do instrumento equivalente, emitida à licitante adjudicada, implica no reconhecimento de que:

12.4.1 referida Nota está substituindo o contrato, aplicando-se à relação de negócios ali estabelecida as disposições da Lei nº 8.666, de 1993;

12.4.2 a contratada se vincula à sua proposta e às previsões contidas no edital e seus anexos;

12.4.3 a contratada reconhece que as hipóteses de rescisão são aquelas previstas nos artigos 77 e 78 da Lei nº 8.666/93 e reconhece os direitos da Administração previstos nos artigos 79 e 80 da mesma Lei.

16.5 O prazo de vigência da contratação é de 12 (doze) meses, podendo ser aditado nos termos do Art. 57, II da Lei 8.666/93.

16.6 Na assinatura do contrato ou da ata de registro de preços, será exigida a comprovação das condições de habilitação consignadas no edital, que deverão ser mantidas pelo licitante durante a vigência do contrato ou da ata de registro de preços.

16.7 Na hipótese de o vencedor da licitação não comprovar as condições de habilitação consignadas no edital ou se recusar a assinar o contrato ou a ata de registro de preços, a Administração, sem prejuízo da aplicação das sanções das demais cominações legais cabíveis a esse licitante, poderá convocar outro licitante, respeitada a ordem de classificação, para, após a comprovação dos requisitos para habilitação, analisada a proposta e eventuais documentos complementares e, feita a negociação, assinar o contrato ou a ata de registro de preços.

17 DO REAJUSTAMENTO EM SENTIDO GERAL

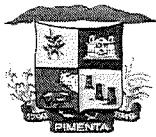
17.1 As regras acerca do reajustamento e reequilíbrio econômico financeiro em sentido geral, do valor contratual são as estabelecidas no Termo de Referência, anexo a este Edital.

18 DO CONTROLE DE EXECUÇÃO

18.2 Os critérios de aceitação da execução do objeto e de fiscalização estão previstos no Termo de Referência.

19 DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE E DA CONTRATADA

19.1 As obrigações do Contratante e da Contratada são as estabelecidas no Termo de Referência.



MUNICÍPIO DE PIMENTA

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ Nº.: 16.725.962/0001-48

Email: licitapta2@gmail.com

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Visto
177	

20 DO PAGAMENTO

20.1 As regras acerca do pagamento são as estabelecidas no Termo de Referência, anexo a este Edital.

21 DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS.

21.1 As sanções administrativas são as estabelecidas no Termo de Referência.

22 DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL E DO PEDIDO DE ESCLARECIMENTO

22.1 Até 03 (três) dias úteis antes da data designada para a abertura da sessão pública, qualquer pessoa poderá impugnar este Edital.

22.2 A impugnação poderá ser realizada, exclusivamente pela forma eletrônica, pelo sistema HABILITANET;

22.3 Caberá ao (a) Pregoeiro (a), auxiliado pelos responsáveis pela elaboração deste Edital e seus anexos, decidir sobre a impugnação no prazo de até dois dias úteis contados da data de recebimento da impugnação.

22.4 Acolhida a impugnação, será definida e publicada nova data para a realização do certame.

22.5 Os pedidos de esclarecimentos referentes a este processo licitatório deverão ser enviados ao (a) Pregoeiro (a), exclusivamente pela forma eletrônica, pelo sistema HABILITANET, em até 03 (três) dias úteis anteriores à data designada para abertura da sessão pública, exclusivamente por meio eletrônico via internet, no endereço indicado no Edital.

22.6 O (a) Pregoeiro (a) responderá aos pedidos de esclarecimentos no prazo de dois dias úteis, contado da data de recebimento do pedido, e poderá requisitar subsídios formais aos responsáveis pela elaboração do edital e dos anexos.

22.7 As impugnações e pedidos de esclarecimentos não suspendem os prazos previstos no certame.

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

22.8 As respostas aos pedidos de esclarecimentos serão divulgadas pelo sistema e vincularão os participantes e a administração.

23 DA PUBLICIDADE

23.1 O aviso deste pregão será publicado no Diário Oficial da União – DOU, Diário Oficial de Minas Gerais - IOF e Diário Oficial Eletrônico do Município de Pimenta nos termos da Lei Municipal 2004/2021, como também, disponibilizado por meio do site: www.licitanet.com.br e publicado no site oficial do município: www.pimenta.mg.gov.br/portalprefeitura/.

24 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

24.1 Da sessão pública do Pregão divulgar-se-á Ata no sistema eletrônico.

24.2 Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização do certame na data marcada, a sessão será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo horário anteriormente estabelecido, desde que não haja comunicação em contrário, pelo Pregoeiro.



MUNICÍPIO DE PIMENTA

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ Nº.: 16.725.962/0001-48

Email: licitapta2@gmail.com

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Visto
178	

24.3 Todas as referências de tempo no Edital, no aviso e durante a sessão pública observarão o horário de Brasília – DF.

24.4 o julgamento das propostas e da habilitação, o (a) Pregoeiro (a) poderá sanar erros ou falhas que não alterem a substância das propostas, dos documentos e sua validade jurídica, mediante despacho fundamentado, registrado em ata e acessível a todos, atribuindo-lhes validade e eficácia para fins de habilitação e classificação.

24.5 A homologação do resultado desta licitação não implicará direito à contratação.

24.6 As normas disciplinadoras da licitação serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, desde que não comprometam o interesse da Administração, o princípio da isonomia, a finalidade e a segurança da contratação.

24.7 Os licitantes assumem todos os custos de preparação e apresentação de suas propostas e a Administração não será, em nenhum caso, responsável por esses custos, independentemente da condução ou do resultado do processo licitatório.

24.8 Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e seus Anexos, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento. Só se iniciam e vencem os prazos em dias de expediente na Administração.

24.9 O desatendimento de exigências formais não essenciais não importará o afastamento do licitante, desde que seja possível o aproveitamento do ato, observados os princípios da isonomia e do interesse público.

24.10 Em caso de divergência entre disposições deste Edital e de seus anexos ou demais peças que compõem o processo, prevalecerá as deste Edital.

24.11 O Edital está disponibilizado, na íntegra, no endereço eletrônico www.pimenta.mg.gov.br/portalprefeitura/ e site www.licitanet.com.br e também poderão ser lidos e/ou obtidos no endereço: Avenida JK, nº 396, Centro, Pimenta/MG, CEP: 35.585-000, nos dias úteis, no horário das 08h00min às 17h00min, mesmo endereço e período no qual os autos do Procedimento Licitatório permanecerão com vista franqueada aos interessados.

24.12 Integram este Edital, para todos os fins e efeitos, os seguintes anexos:

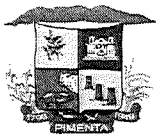
24.12.1 ANEXO I – MINUTA DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

24.12.2 ANEXO II – RELAÇÃO DE ITENS/MODELOS

24.12.3 ANEXO III - ANEXO II – TERMO DE REFERÊNCIA

Pimenta/MG, 21 de dezembro de 2022.

Irineu Silva Junior
Pregoeiro



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS XXX/2022

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 0XX/2022 - REGISTRO DE PREÇOS

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 0XX/2022

VALIDADE: 12 (DOZE) MESES

Aos XXXXXXXXXX de 2022, o MUNICÍPIO DE PIMENTA/MG, pessoa jurídica de direito público, com sede administrativa à Avenida JK, nº 396, Centro, Pimenta/MG, CEP. 35.585-000, inscrito no CNPJ sob o número 16.725.962/0001-48, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, Geovanio Gualberto Macedo, por intermédio do Pregoeiro e Equipe de Apoio lavra a presente Ata de Registro de Preços referente ao **Pregão Eletrônico nº 0XX/2022, Processo Licitatório n.º 0XX/2022**, atendendo às condições previstas no edital, sujeitando-se as partes às normas constantes na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, no Decreto n.º 2854/2021, bem como, as cláusulas e condições abaixo estabelecidas, constituindo-se esta ata em **documento vinculativo e obrigacional** às partes.

CLAÚSULA I – DO OBJETO

Fica registrado neste Município de Pimenta/MG o preço do (s) fornecedor (s) abaixo relacionado objetivando o **Registro de Preços para futura e eventual aquisição de impressos e produtos gráficos em Geral para atender as demandas das Secretarias Municipais de Administração, Planejamento, Assistência Social, Saúde, Educação e de Esportes, Lazer, Cultura e Turismo do Município de Pimenta-MG**, conforme especificações constantes dos anexos do Edital de **Pregão Eletrônico nº 0XX/2022**, que é parte integrante desta Ata, assim como a proposta vencedora, independente de transcrição.

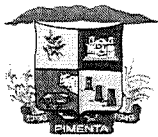
CLAÚSULA II – DOS PREÇOS, ESPECIFICAÇÕES E QUANTITATIVOS

I. O preço ofertado pela(s) empresa(s) signatária(s) da presente Ata de Registro de Preços é o especificado na tabela abaixo, de acordo com a respectiva classificação no **Pregão Eletrônico nº 0XX/2022**.

TOTAL DO FORNECEDOR							

II. Em cada fornecimento decorrente desta Ata, serão observadas, quanto ao preço, as cláusulas e condições constantes do Edital **Pregão Eletrônico nº 0XX/2022**, que a precedeu e integra o presente instrumento de compromisso.

III. Em cada fornecimento, o preço unitário a ser pago é o constante da proposta apresentada, no **Pregão Eletrônico nº 0XX/2022**, pela(s) empresa(s) detentora(s) da presente Ata, os quais estão expressos na Tabela acima.



MUNICÍPIO DE PIMENTA

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ Nº.: 16.725.962/0001-48

Email: licitapta2@gmail.com

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Visto
180	

CLAÚSULA III – DA ADESÃO DE REGISTRO DE PREÇOS

I. A ata de registro de preços, durante sua validade, poderá ser utilizada por qualquer órgão ou entidade da administração pública que não tenha participado do certame licitatório, mediante anuência do órgão gerenciador, desde que devidamente justificada a vantagem e respeitadas, no que couber, as condições e as regras estabelecidas na Lei nº 8.666, de 1993 e no Decreto Federal nº 7.892/2013.

II. A manifestação do órgão gerenciador de que trata o item anterior, salvo para adesões feitas por órgãos ou entidades de outras esferas federativas, fica condicionada à realização de estudo, pelos órgãos e pelas entidades que não participaram do registro de preços, que demonstre o ganho de eficiência, a viabilidade e a economicidade para a administração pública da utilização da ata de registro de preços.

III. Caberá ao fornecedor beneficiário da Ata de Registro de Preços, observadas as condições nela estabelecidas, optar pela aceitação ou não do fornecimento, desde que este fornecimento não prejudique as obrigações anteriormente assumidas com o órgão gerenciador e órgãos participantes.

IV. As aquisições ou contratações adicionais a que se refere este item não poderão exceder, por órgão ou entidade, a 50% (cinquenta por cento) dos quantitativos dos itens do instrumento convocatório e registrados na ata de registro de preços para o órgão gerenciador e órgãos participantes.

V. Tratando-se de item exclusivo para microempresas e empresas de pequeno porte e cooperativas enquadradas no artigo 34 da Lei nº 11.488, de 2007, o órgão gerenciador somente autorizará a adesão caso o valor da contratação pretendida pelo aderente, somado aos valores das contratações já previstas para o órgão gerenciador e participantes ou já destinadas a aderentes anteriores, não ultrapasse o limite de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) (Acórdão TCU nº 2957/2011 – Plenário).

VI. Ao órgão não participante que aderir à ata competem os atos relativos à cobrança do cumprimento pelo fornecedor das obrigações contratualmente assumidas e a aplicação, observada a ampla defesa e o contraditório, de eventuais penalidades decorrentes do descumprimento de cláusulas contratuais, em relação às suas próprias contratações, informando as ocorrências ao órgão gerenciador.

VII. Após a autorização do órgão gerenciador, o órgão não participante deverá efetivar a contratação solicitada em até noventa dias, observado o prazo de validade da Ata de Registro de Preços.

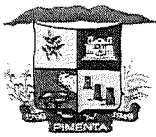
VIII. Caberá ao órgão gerenciador autorizar, excepcional e justificadamente, a prorrogação do prazo para efetivação da contratação, respeitado o prazo de vigência da ata, desde que solicitada pelo órgão não participante.

CLAÚSULA IV - VALIDADE DA ATA⁶

I. A validade da Ata de Registro de Preços será de 12 (doze) meses, a partir da data de assinatura, não podendo ser prorrogada.

CLAÚSULA V - DA REVISÃO E CANCELAMENTO

⁶Nota Explicativa: A Ata de Registro de Preços pode ter sua validade fixada por prazo inferior a 12 (doze) meses, podendo ou não ser prorrogada, a critério da Administração, respeitado, contudo, o prazo total de 12 (doze) meses (art. 12 do Decreto nº 7.892/13).



MUNICÍPIO DE PIMENTA

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ Nº.: 16.725.962/0001-48

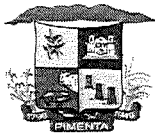
Email: licitapta2@gmail.com

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Visto
181	

- I. Os preços registrados poderão ser revistos em decorrência de eventual redução dos preços praticados no mercado ou de fato que eleve o custo do objeto registrado, cabendo à Administração promover as negociações junto ao(s) fornecedor(es).
- II. Quando o preço registrado se tornar superior ao preço praticado no mercado por motivo superveniente, a Administração convocará o(s) fornecedor(es) para negociar(em) a redução dos preços aos valores praticados pelo mercado.
- III. O fornecedor que não aceitar reduzir seu preço ao valor praticado pelo mercado poderá ser liberado do compromisso assumido, sem aplicação de penalidade.
 - a. A ordem de classificação dos fornecedores que aceitarem reduzir seus preços aos valores de mercado observará a classificação original.
- IV. Quando o preço de mercado se tornar superior aos preços registrados e o fornecedor não puder cumprir o compromisso, o órgão gerenciador poderá:
 - a. Liberar o fornecedor do compromisso assumido sem aplicação da penalidade, nos casos de comunicação e justificativa antes do pedido de fornecimento e se confirmada a veracidade dos motivos e comprovantes apresentados; e
 - b. Convocar os demais fornecedores para assegurar igual oportunidade de negociação.
- V. Não havendo êxito nas negociações, o órgão gerenciador deverá proceder à revogação da ata de registro de preços, adotando as medidas cabíveis para obtenção da contratação mais vantajosa.
- VI. O registro do fornecedor será cancelado quando:
 - a. Descumprir as condições da ata de registro de preços;
 - b. Não retirar a nota de empenho ou instrumento equivalente no prazo estabelecido pela Administração, sem justificativa aceitável;
 - c. Não aceitar reduzir o seu preço registrado, na hipótese deste se tornar superior àqueles praticados no mercado; ou
 - d. Sofrer sanção administrativa cujo efeito torne-o proibido de celebrar contrato administrativo, alcançando o órgão gerenciador e órgão(s) participante(s).
- VII. O cancelamento de registros nas hipóteses previstas nos itens acima será formalizado por despacho do órgão gerenciador, nos autos do certame, assegurado o contraditório e a ampla defesa.
- VIII. O cancelamento do registro de preços poderá ocorrer por fato superveniente, decorrente de caso fortuito ou força maior, que prejudique o cumprimento da ata, devidamente comprovados e justificados:
 - a. A pedido do órgão gerenciador, por razão de interesse público; ou
 - b. A pedido do fornecedor com as justificativas aceitáveis nos termos legais.

CLÁUSULA VI - DAS INFRAÇÕES E SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

- I. O contratado/detentor que ensejar o retardamento da execução do objeto/serviço, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal, ficará impedido de licitar e contratar com a Administração Pública contratante e será descredenciado do sistema de cadastramento de fornecedores deste órgão pelo prazo de até 05 (cinco) anos nos termos do Art. 7º da Lei 10.520/02, sem prejuízo das multas previstas no edital e no



MUNICÍPIO DE PIMENTA

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ Nº.: 16.725.962/0001-48

Email: licitapta2@gmail.com

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Visto
182	

contrato e das demais cominações legais previstas nos Arts. 81 a 88 da Lei 8.666/93 que tem aplicação subsidiária.

CLÁUSULA VII - DOS CRIMES E DAS PENALIDADES

I. O contratado/detentor que cometer fraude ao contrato (Art. 337-L da Lei 14.133/21) ou que declarado inidôneo, venha contratar com a Administração Pública (Art. 337-M, §2º da Lei 14.133/21) se sujeita às penas previstas na Lei 14.133/21, Título V, Capítulo II-B no que se refere aos crimes em licitações e contratos administrativos.

CLÁUSULA VIII – DAS CONDIÇÕES GERAIS

I. As condições gerais do fornecimento, tais como os prazos para entrega e recebimento do objeto, as obrigações da Administração e do fornecedor registrado, penalidades e demais condições do ajuste, encontram-se definidos no Termo de Referência, ANEXO AO EDITAL obrigando as partes como se nesta estivessem transcritas.

II. É vedado efetuar acréscimos nos quantitativos fixados nesta ata de registro de preços, inclusive o acréscimo de que trata o § 1º do art. 65 da Lei nº 8.666/93.

III. Os preços são fixos e irremovíveis no prazo de um ano contado da data limite para a apresentação das propostas.

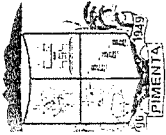
IV. Para firmeza e validade do pactuado, a presente Ata foi lavrada em duas vias de igual teor, que, depois de lida e achada em ordem, vai assinada pelas partes, dispensando-se as testemunhas⁷.

Pimenta/MG, XX de dezembro 2022.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
CNPJ sob o nº XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
DETENTOR(A)

Município de Pimenta/MG
CNPJ: 16.725.962/0001-48
Geovanio Gualberto Macedo
Prefeito Municipal

⁷ Nota Explicativa: dispensado o acolhimento de 2 testemunhas, conforme entendimento do STJ no REsp no 1.495.920/DF.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIMENTA - MG

FONES: (37) 3324-1057 / 3324-1309 - e-mail: gestaoms@pimenta.mg.gov.br
AVENIDA J. K., 396 - CENTRO - CEP 35585-000 - PIMENTA - MINAS GERAIS

Pimenta

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE AGENDAMENTO DE VIAGENS

ata: _____ / _____ / _____
lotorista: _____
eículo: _____
estino: _____

orário de Saída: _____ Horário de Chegada: _____

	Nome do paciente	Cidade	Local	Endereço	Hora	Km Inicial	Km Final
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
0							
1							
2							
3							
4							
5							

lotorista: _____
gendamento: _____

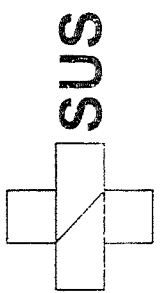
MUNICIPIO DE PIMENTA
Data: 18/3
Voto: 0

Form 2

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Página	Voto
184	

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIMENTA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

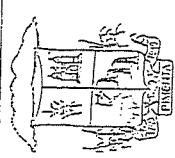


SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

DATA: / /

ORDEM	NOME DO PACIENTE	IDADE	SEXO	MUNICÍPIO REFERÊNCIA	PROFISSIONAL	PROCEDIMENTO	ASSINATURA DO PACIENTE
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

ITEM 3



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIMENTA
Secretaria Municipal de Saúde
DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro que o segurado _____

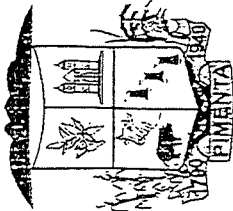
portador da carteira profissional nº _____ série _____
permaneceu nesta unidade no dia _____ de _____ às _____
horas para fim de:

CID _____

HOSPITAL, AMBULATÓRIO OU FU _____ LOCALIDADE E DATA _____

ASSINATURA E Nº DO SERVIDOR _____

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Página	Voto
185	08



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ (MF): 10.449.004/0001-05

FONE/FAX: (37) 3324-1546 / 3324-1309

AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK, 396 - CENTRO
PIMENTA - MINAS GERAIS
CEP 35585-000

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Assinatura	Visto
<i>[Handwritten Signature]</i>	<i>[Handwritten Signature]</i>

[Handwritten Signature]

Adm. 4

REUNIÕES DE GRUPO

DATA	ASSUNTO	GLICEMIA CAPILAR	PA	OBS.

O tratamento eficaz da sua pressão arterial e diabetes depende de você e de seu médico. Saiba como fazer para auxiliá-lo.

*Você também tem um papel a cumprir para tornar o tratamento ainda mais eficaz. Sua Colaboração é muito importante.

*Quando a Hipertensão e Diabetes é tratada corretamente e a tempo, é possível prevenir o aparecimento de complicações graves no coração, no cérebro, nos rins, nos olhos e nas artérias. Isso pode prolongar a sua vida.

*É importante que você tome corretamente o seu remédio.

*Não interrompa o tratamento sem autorização do médico.

*Controle periodicamente sua pressão arterial e glicemia.

*Diminua o sal nos seus alimentos.

*Deixe de fumar.

*Controle seu peso. A obesidade sobrecarrega o coração.

*Evite alimentos ricos em gorduras, doces e massas. Eles contêm grandes quantidades de colesterol, que é prejudicial à saúde.

*Evite a tensão. Enfrente melhor a sua vida.

*Evite e/ou abandone o uso de bebidas alcoólicas.

*Faça exercícios físicos sob orientação médica.

“Não esqueça de levar este cartão sempre que for consultar.”

Secretaria Municipal de Saúde de Pimenta - MG

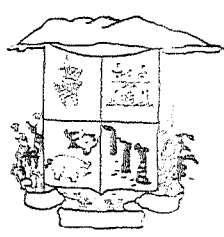
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ATENÇÃO A HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES

Nome: _____

Data Nasc.: _____

End.: _____



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIMENTA

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

AVENIDA JK, 396 - CENTRO - CNPJ: 16.725.962/0001-48
CEP 35585-000 PIMENTA MINAS GERAIS

FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA Encaminhamento para consultas especializadas e exames

1 - IDENTIFICAÇÃO:

NOME: _____ TELEFONE: _____
RESPONSÁVEL: _____ RG: _____ CPF: _____
ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____
PRONTUÁRIO: _____ UNIDADE BÁSICA: _____ DATA NASC.: _____

2 - REFERÊNCIA AO ESPECIALISTA:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: (o solicitante deve fornecer dados que caracterizam a necessidade do exame e sua urgência ou não)

CID: _____

EXAMES REALIZADOS E PRINCIPAIS RESULTADOS: _____

DATA _____ ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO _____

3 - CONTRA-REFERÊNCIA:

LAUDO MÉDICO: _____

PROCEDIMENTOS (Realizados/Solicitados): _____

EXAMES REALIZADOS: _____

CID: _____ COD SSM: _____

DATA _____ ASSINATURA MÉDICO _____

Items 7

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Voto
190	7

MS / SUS - FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

PROGRAMA DE CONTROLE DA FEBRE AMARELA E DENGUE

ITINERÁRIO SEMANAL DE TRABALHO - GUARDA E GUARDA CHEFE

COORD. REG. _____ DISTRITO _____ MUNICÍPIO _____

LOCALIDADE _____ CATEGORIA () SEDE () OUTROS

AGENTE DE SAÚDE NOME _____ Nº _____ TURMA _____

SEMANA Nº _____ MÊS _____ ANO _____

DIA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº DOS QUART. OU NOME DAS RUAS
SEGUNDA			

DIA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº DOS QUART. OU NOME DAS RUAS
TERÇA			

DIA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº DOS QUART. OU NOME DAS RUAS
QUARTA			

DIA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº DOS QUART. OU NOME DAS RUAS
QUINTA			

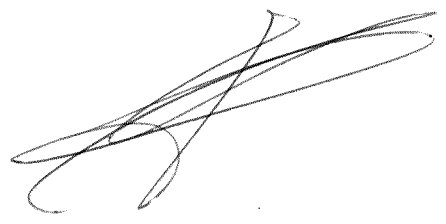
DIA	NOME DO GUARDA	BAIRRO OU LOCALIDADE	Nº DOS QUART. OU NOME DAS RUAS
SEXTA			

idm 8

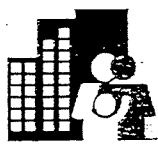
ESTADO DE SERVICIOS SERVIDOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE ECONOMIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE PIMENTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCACION DEL MUNICIPIO DE PIMENTA

Nombre: _____
 Dpto: _____
 Dia: _____ / _____ de _____ de _____
 Honor: _____
 Inscripción: _____
 C.C. Ejecutor: _____
 Autorización: _____

C. BOGOTANES Y C. DE DEL TAMBOR LOMA - TELEFONO (01) 464-1812



MUNICIPIO DE PIMENTA	
Folha	Voto
193	<i>[Handwritten Signature]</i>



Saúde da Família

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIMENTA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. JK, 396 - Fone: (37) 3324-1546 - Pimenta - MG

RECEITUÁRIO

[Handwritten Signature]

item 11

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama

UF CNES da Unidade de Saúde N° Protocolo
 Unidade de Saúde (n° gerado automaticamente pelo SISCAN)

Código Município Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS* Sexo Masculino Feminino

Nome Completo do(a) paciente*
 Apellido do(a) paciente

Nome Completo da Mãe*

CPF Nacionalidade

Data de Nascimento* / / Idade* Cor/Raça Branca Preta Parda Amarela Indígena/ Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Número Complemento

Bairro UF

Código Município Município

CEP - DDD Telefone -

Ponto de Referência

Escolaridade Analfabeto(a) Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?*

Sim, mama direita Sim, mama esquerda Não

5- Fez radioterapia na mama ou no plastrão? Em que ano?*

Sim, mama direita Sim, mama esquerda
 Não Não sabe

2. Apresenta risco 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 faixa etária;
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ
- Mulheres com história pessoal de câncer de mama

6 - Fez cirurgia de mama? Em que ano?*

Mama direita		Mama esquerda
<input type="text"/>	Biópsia cirúrgica incisional	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Biópsia cirúrgica excisional	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Centralectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Segmentectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Ductectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia poupadora pele	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia poupadora de pele e complexo aréolo-papilar	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Linfadenectomia axilar	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Biópsia de linfonodo sentinela	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Reconstrução mamária	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastoplastia redutora	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Inclusão de implantes	<input type="text"/>

Não fez cirurgia

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

INDICAÇÃO CLÍNICA

7 - Mamografia diagnóstica

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Vista
195	02

7a. Achados no exame clínico

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

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

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

8 - Mamografia de rastreamento

8a. População alvo 8b. População de risco elevado (história familiar) 8c. Paciente já tratado de câncer de mama

Data de solicitação* Responsável*

Número do Exame: Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

- 7 - Mamografia Diagnóstica
 - 7a - Achados no exame clínico
 - 7b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS®)
 - 7c - Lesão com diagnóstico de câncer
 - 7d - Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante
 - 7e - Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição
 - 7f - Controle de lesão após biópsia ou PAAF com resultado benigno

Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supraclavicular)

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento

Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de outra instituição nas categorias 0,3,4 e 5 para revisão de resultado

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de biópsia de fragmento ou PAAF de lesões benignas

- 8 - Mamografia de Rastreamento
- | | | |
|--------------|--|---|
| Localização: | QSL - Quadrante superior lateral
QIL - Quadrante inferior lateral
QSM - Quadrante superior medial
QIM - Quadrante inferior medial
UQlat - União dos quadrantes laterais
UQsup - União dos quadrantes superiores | UQinf - União dos quadrantes inferiores
UQmed - União dos quadrantes mediais
RRA - Região retroareolar
RC - Região central (união de todos os quadrantes)
PA - Prolongamento axilar
NR - Não realizado |
|--------------|--|---|

Autorizo a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais entrar em contato através do 155.

GERÁTICA COUTO 37 3323-1160 - Palma / MG

13

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIMENTA
 CNPJ: 13.143.334/0001-05

Pimenta

AVENIDA JK, 395 - CENTRO
 TEL/FAX: (37) 3324-1305 - 3324-1346

**COMUNICAÇÃO
 INTERNA**

De:

Para:

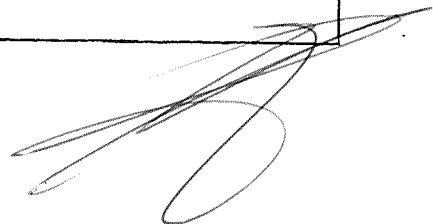
Assunto:

Data:

Protocolado em:

- URGENTE
 Favor avisar-me
 Conforme conversa
 Para sua informação
 Conforme pedido
 P/ sua aprovação
 P/ suas providências
 Favor devolver

Assinatura:



item 14

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

UF CNES da Unidade de Saúde N° Protocolo
 Unidade de Saúde (n° gerado automaticamente pelo SISCAN)

Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*

Nome Completo da Mulher*

Nome Completo da Mãe*

CPF Apellido da Mulher
 Nacionalidade

Data de Nascimento* / / Idade Raça/cor
 Branca Preta Parda Amarela Indígena/ Etnia

Dados Residenciais
 Logradouro

Número Complemento Bairro UF

Código do Município Município

CEP - DDD Telefone -

Ponto de Referência

Escolaridade: Analfabeta Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame*
 Rastreamento
 Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)
 Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)

2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?*

Sim. Quando fez o último exame? ano

Não Não sabe

3. Usa DIU?* Sim Não Não sabe

4. Está grávida?* Sim Não Não sabe

5. Usa pílula anticoncepcional?*

Sim Não Não sabe

6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?*

Sim Não Não sabe

7. Já fez tratamento por radioterapia?*

Sim Não Não sabe

8. Data da última menstruação / regra:*

/ / Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?*

(não considerar a primeira relação sexual na vida)

Sim
 Não / Não sabe / Não lembra

10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?*

(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)

Sim
 Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

11. Inspeção do colo*
 Normal
 Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)
 Alterado
 Colo não visualizado

12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
 Sim
 Não

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

Data da coleta* / / Responsável*

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório*	Número do Exame*
Nome do Laboratório*	Recebido em:*

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Avaliação pr -ANAL Tica

AMOSTRA REJEITADA POR:

- Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário
- Lâmina danificada ou ausente
- Causas alheias ao laboratório; especificar: _____
- Outras causas; especificar: _____

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:*

- Escamoso
- Glandular
- Metaplásico

Ade uA ilid Ade dO mATerIAL*

- Satisfatória
- Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:
 - Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
 - Sangue em mais de 75% do esfregaço
 - Piócitos em mais de 75% do esfregaço
 - Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço
 - Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
 - Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
 - Outros, especificar _____

diAgNósTicO descriTivo

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?

- Sim Não

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

- Inflamação
- Metaplasia escamosa imatura
- Reparação
- Atrofia com inflamação
- Radiação _____
- Outros; especificar: _____

micro iOlOgiã

- Lactobacillus sp
- Cocos
- Sugestivo de Chlamydia sp
- Actinomyces sp
- Cândida sp
- Trichomonas vaginalis
- Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes
- Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)
- Outros bacilos _____
- Outros; especificar: _____

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

- Escamosas:
 - Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)
 - Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)
- Glandulares:
 - Possivelmente não neoplásicas
 - Não se pode afastar lesão de alto grau
- De origem indefinida:
 - Possivelmente não neoplásicas
 - Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
- Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)
- Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
- Carcinoma epidermóide invasor

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

- Adenocarcinoma "in situ"
- Adenocarcinoma invasor:
 - Cervical
 - Endometrial
 - Sem outras especificações

- OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____
- PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: _____

Screening pelo citotécnico: _____

Responsável* _____

Data do Resultado* _____

CPF _____

e-SUS
 Atenção Básica

CADASTRO DOMICILIAR

CONFERIDO: _____ FOLHA: _____

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

ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA _____

TIPO DE LOGRADOURO: _____ NOME DO LOGRADOURO:* _____ Nº:* _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO:* _____

MUNICÍPIO:* _____ UF:* _____ CEP:* _____

TELEFONES PARA CONTATO _____

TELEFONE RESIDENCIAL: () _____ TELEFONE DE REFERÊNCIA: () _____

CONDIÇÕES DE MORADIA _____

SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA* _____ LOCALIZAÇÃO* _____

Próprio Financiado Alugado Arrendado Cedido Ocupação Situação de Rua Outra

Urbana Rural

TIPO DE DOMICÍLIO _____

Casa Apartamento Cômodo Outro

EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra _____

Proprietário Parceiro(a) / Meeiro(a) Assentado(a) Posseiro Arrendatário(a)

Comodatário(a) Beneficiário(a) do Banco da Terra Não se aplica

Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO _____

Pavimento Chão Batido Fluvial Outro

MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO _____

Alvenaria/Tijolo: Com Revestimento Sem Revestimento

Taipa: Com Revestimento Sem Revestimento

Outros: Madeira Aparelhada Palha Material Aproveitado Outro Material

Disponibilidade de Energia Elétrica? Sim Não

ABASTECIMENTO DE ÁGUA _____

Rede Encanada até o Domicílio Poço / Nascente no Domicílio Cisterna Carro Pipa Outro

TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO _____

Filtração Fervura Cloração Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO _____

Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial Fossa Séptica Fossa Rudimentar Direto para um Rio, Lago ou Mar Céu Aberto Outra Forma

DESTINO DO LIXO _____

Coletado Queimado/ Enterrado Céu Aberto Outro

MAIS NO DOMICÍLIO? _____

Sim Não

QUAL(IS)? _____

Gato Cachorro Pássaro De Criação (porco, galinha...) Outros

Quantos: _____

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
_____	_____	____ / ____ / ____	④②①②③④+	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	____ / ____ / ____	④②①②③④+	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	____ / ____ / ____	④②①②③④+	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	____ / ____ / ____	④②①②③④+	_____	_____	<input type="checkbox"/>

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA _____

Eu, _____ portador 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 no não atendimento na unidade de saúde.

 Assinatura

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

e-SUS
Atenção Básica

FICHA DE VISITA DOMICILIAR

DIGITADO POR:

DATA: / /

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº: / /

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL *

CBO *

Cód. CNES UNIDADE *

Cód. EQUIPE (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

TURN

Nº PRONTUÁRIO

Nº CARTÃO SUS

Data de nascimento * / /

Dia / mês

Ano

Sexo *

F M

Visita compartilhada com outro profissional

Cadastramento / Atualização

Visita Periódica

Consulta

Exame

Vacina

Condiçõnalidades do Bolsa Família

Gestante

Puérpera

Recém-nascido

Criança

Pessoa com Desnutrição

Pessoa em reabilitação ou com deficiência

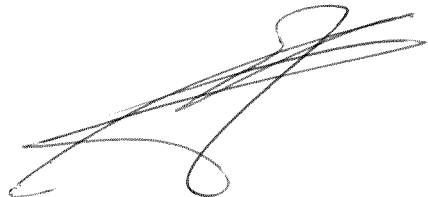
Pessoa com Hipertensão

Pessoa com Diabetes

Motivo da Visita *

Motivo da Visita *	Nº																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Acompanhamento	Pessoa com Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com DPOC/Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com Câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com outras Doenças Crônicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sintomáticos Respiratórios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tabagista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Domiciliados / Acamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Condições de Vulnerabilidade Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Condições de Vulnerabilidade do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egresso de Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Controle de Ambientais / Velores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convite Atividades Coletivas / Campanha de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orientação / Prevenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Visita Realizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Visita Recusada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Desfecho *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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



e-SUS
Atenção Básica

FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

DIGITADO POR: [assinatura] DATA: / /

CONFERIDO POR: FOLHA Nº:

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

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL CBO Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL CBO

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
TURNO		MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN		
Nº PRONTUÁRIO																
Nº CARTÃO SUS																
Data de nascimento*		Dia / mês		/		/		/		/		/		/		
		Ano														
Sexo*		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
Local de atendimento* (ver legenda)																
* Tipo Atendimento	Consulta Agendada Programada / Cuidado Continuado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Consulta Agendada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Demanda Espontânea	Escuta Inicial / Orientação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Consulta no Dia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Atendimento de Urgência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliação Antropométrica	Peso (kg)															
	Altura (cm)															
Vacinação em dia?		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
Criança	Aleitamento Materno (ver legenda)															
		DUM		Dia / Mês		/		/		/		/		/		
				Ano												
Gestante	Gravidez Planejada	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
	Idade Gestacional (Semanas)															
	Gestas Prévias / Partos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Atenção Domiciliar	Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	AD__	
* Problema / Condição Avaliada	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	DPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pré-natal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Puericultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Saúde Sexual e Reprodutiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tabagismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Saúde Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

[assinatura]

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13							
Problema / Condição Avaliada*	Doenças Transmissíveis	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	Restreamento	Câncer do Colo do Útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	Câncer de Mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	Outros	CIAP2 - 01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
		CIAP2 - 02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
CID10 - 01		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Exames Solicitados(S) e Avaliados (A)	Colesterol total	S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																			
	Creatinina	S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																			
	EAS/EQU	S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																			
	Electrocardiograma	S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																			
	Electroforese de Hemoglobina	S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																			
	Espirometria	S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																			
	Exame de escarro	S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																			
	Glicemia	S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																			
	HDL	S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																			
	Hemoglobina Glicada	S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																			
	Hemograma	S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																			
	LDL	S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																			
	Retinografia / Fundo de Olho com oftalmologista	S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																			
	Sorologia de Sífilis (VDRL)	S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																			
	Sorologia para Dengue	S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																			
	Sorologia para HIV	S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																			
	Teste indireto de antiglobulina humana (tia)	S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																			
	Teste da orelhinha	S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																			
	Teste de Gravidez	S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																			
	Teste do olhinho	S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																			
	Teste do pezinho	S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																			
	Ultrassonografia obstétrica	S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																			
	Urocultura	S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																			
	Outros (SIA)	<input type="checkbox"/>	S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																		
		<input type="checkbox"/>	S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																		
<input type="checkbox"/>		S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																			
<input type="checkbox"/>		S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A S A																			
Se usou alguma PIC, indicar qual (ver legenda)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Foi em Observação?		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
NASF/Polo	Avaliação / Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	Procedimentos Clínicos / Terapêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	Prescrição Terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	Retorno p/ cuidado continuado/programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	Agendamento para Grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
	Alta do episódio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Condição*	Encaminhamento	Encaminhamento Interno no Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		Encaminhamento p/ Serviço Especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		Encaminhamento p/ CAPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		Encaminhamento p/ Internação Hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		Encaminhamento p/ Urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		Encaminhamento p/ Serviço de Atenção Domiciliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Encaminhamento Intersetorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

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

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

Aleitamento Materno: 01 - Exclusivo 02 - Predominante 03 - Complementado 04 - Inexistente

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

PIC: 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposofia aplicada à saúde 03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Termalismo/Crenoterapia 06 - Práticas corporais e mentais em PICs 07 - Técnicas manuais em PICs 08 - Outros * Campo Obrigatório

FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

DIGITADO POR:

MUNICÍPIO DE PIMENTA

DATA: 20/05/20

CONFERIDO POR:

FOLHA N°:

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA:*/*/

TURNO:* <input type="radio"/> M <input type="radio"/> T <input type="radio"/> N	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Saúde	CNS DO PROFISSIONAL	CBO***
LOCAL DE ATIVIDADE			
N° INEP (ESCOLA/CRECHE)***	CNES		
OUTRA LOCALIDADE:			
N° DE PARTICIPANTES*	N° DE AVALIAÇÕES ALTERADAS		

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

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

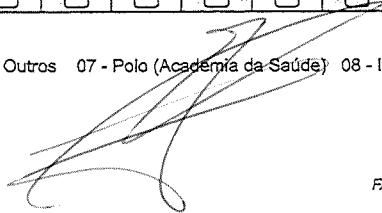
Obrigatório somente para antropometria

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

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
 *Campo obrigatório
 **Campo obrigatório ao informar lista de participantes
 ***Campo com obrigatoriedade condicionada

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Procedimentos (Quantidade realizada)	Profilaxia / remoção da placa bacteriana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pulpotomia dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Radiografia Periapical / Interproximal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente decíduo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente permanente anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente permanente posterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Selamento provisório de cavidade dentaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tratamento de alveolite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ulotomia / Ulectomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Outros (SIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FORNECIMENTO	Escova Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Creme Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fio Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CONDUTA*	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ Outros Profissionais AB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ Grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tratamento Concluído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ENCAMINHAMENTO	Atendimento à Pacientes c/ necessidades especiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Cirurgia BMF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Endodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Estomatologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Implantodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Odontopediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ortodontia / Ortopedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Periodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Prótese Dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Radiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Legenda: Opção Múltipla de Escolha Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)
 Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo
 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa
 * Campo Obrigatório
 ** Este campo não é obrigatório caso o tipo de atendimento for de demanda espontânea



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE _____ CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ NOME DO PROFISSIONAL _____
 CBO _____ MÊS/ANO _____ EQUIPE _____ FOLHA _____

SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ NOME DO PACIENTE _____
 SEXO _____ DATA DE NASCIMENTO _____ NACIONALIDADE _____ RAÇA/COR _____ ETNIA _____ CEP _____ Cód. IBGE MUNICÍPIO _____
 Masc. Fem.
 COD LOGRADOURO _____ ENDEREÇO _____ NÚMERO _____ COMPLEMENTO _____
 BAIRRO _____ DDD _____ TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ E-MAIL _____

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO _____ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____ QTDE. _____ CNPJ _____
 SERVIÇO _____ CLASS _____ CID _____ CARATER DE ATENDIMENTO _____ Nº DA AUTORIZAÇÃO _____

SEQUÊNCIA 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ NOME DO PACIENTE _____
 SEXO _____ DATA DE NASCIMENTO _____ NACIONALIDADE _____ RAÇA/COR _____ ETNIA _____ CEP _____ Cód. IBGE MUNICÍPIO _____
 Masc. Fem.
 COD LOGRADOURO _____ ENDEREÇO _____ NÚMERO _____ COMPLEMENTO _____
 BAIRRO _____ DDD _____ TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ E-MAIL _____

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO _____ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____ QTDE. _____ CNPJ _____
 SERVIÇO _____ CLASS _____ CID _____ CARATER DE ATENDIMENTO _____ Nº DA AUTORIZAÇÃO _____

SEQUÊNCIA 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ NOME DO PACIENTE _____
 SEXO _____ DATA DE NASCIMENTO _____ NACIONALIDADE _____ RAÇA/COR _____ ETNIA _____ CEP _____ Cód. IBGE MUNICÍPIO _____
 Masc. Fem.
 COD LOGRADOURO _____ ENDEREÇO _____ NÚMERO _____ COMPLEMENTO _____
 BAIRRO _____ DDD _____ TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ E-MAIL _____

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO _____ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____ QTDE. _____ CNPJ _____
 SERVIÇO _____ CLASS _____ CID _____ CARATER DE ATENDIMENTO _____ Nº DA AUTORIZAÇÃO _____

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
 CARIMBO _____ RUBRICA _____
 DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL
 CARIMBO _____ RUBRICA _____
 DATA / /

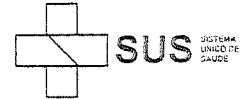


PCFAD.

item 2!

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Valor
910	<i>CA</i>

BOLETIM DE RECONHECIMENTO



COORD. REGIONAL _____ MUNICÍPIO _____ DISTRITO _____

LOCALIDADE _____ BAIRRO _____ QUARTEIRÃO _____

RUA OU LOUGRADOURO	Nº	TIPO	HAB.	RUA OU LOUGRADOURO	Nº	TIPO	HAB.

FECHAMENTO			
RESIDENCIAL	R	PONTO ESTRATÉGICO	PE
COMERCIAL	C	OUTRO	O
TERRENO BALDIO	TB		
TOTAL GERAL		IMÓVEIS	
		HABITANTES	

_____ / _____ / _____
NOME DATA

Prefeitura Municipal de Pimenta - MG
Secretaria Municipal de Saúde

CONTROLE DIÁRIO DE ATENDIMENTO

UNIDADE DE SAÚDE: _____ DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____

Nº	Matric. Famil.	NOME	IDADE					Compar.		Pront.	Cód. Origem	Munic. Origem	Diagnóstico	Assinatura do Pai
			-1 ano	1 a 2 anos	3 a 4 anos	5 a 14 anos	15+ anos	1º	Sub					
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														

Total menos de 1 ano _____
 Total de 1 a 2 anos _____
 Total de 3 a 4 anos _____
 Total de 5 a 14 anos _____
 Total de 15 e mais anos _____

RESUMO:

Assinatura/Carimbo do Responsável

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Fecha	Yesta
<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>

item 23



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
 PROGRAMA DE CONTROLE DA DOENÇA DE CHAGAS

DIÁRIO DE PESQUISA E BORRIFAÇÃO

A 1 - Localização da Unidade Domiciliar Data Atividade: ___/___/___

Código do Município	Nome do Município	Atividade
		<input type="checkbox"/> 1 - Pesquisa <input type="checkbox"/> 5 - At. Notific. <input type="checkbox"/> 2 - Borrifação <input type="checkbox"/> 3 - Visita ao PIT s/ Notific. <input type="checkbox"/> 4 - Visita ao PIT c/ Notific.
Código da Localidade	Nome da Localidade	
Nr. Casa	Compl.	Pendência da Pesquisa
		<input type="checkbox"/> 1 - Recusa <input type="checkbox"/> 2 - Casa Fechada
Nome do Morador		Pendência da Borrifação
		<input type="checkbox"/> 1 - Recusa <input type="checkbox"/> 2 - Casa Fechada
		Nº Hab. Nº Anexos

2 - Dados da Pesquisa e Borrifação

Tipo de Parede

1 - Alvenaria c/ Reboco 2 - Alvenaria s/ Reb. 3 - Barro c/ Reboco 4 - Barro s/ Reboco 5 - Madeira 6 - Outros

Tipo de Teto

1 - Telha 2 - Palha 3 - Madeira 4 - Metálico 5 - Outros

Situação da Casa

1 - Nova 2 - Demolida

Intradomicílio				Peridomicílio			
Captura	Vestígios	Local de Captura		Utilizando	Captura	Vestígios	Local de Captura
<input type="checkbox"/> Triatomíneo <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ovos <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Quarto	<input type="checkbox"/> Cozinha <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Bio-Sensor	<input type="checkbox"/> Triatomíneo <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ovos <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Galinheiro <input type="checkbox"/> Paiol <input type="checkbox"/> Chiqueiro <input type="checkbox"/> Outros
Tipo de Desalojante		Nº de Cargas		Tipo de Desalojante		Nº de Cargas	
Nº do PIT	Nº Not. p/ PIT	Mat. Ag. Saúde	Assinatura do Agente de Saúde				
Data do Visto	Visto do Chefe de Equipe						ETIQUETA

B 1 - Localização da Unidade Domiciliar Data Atividade: ___/___/___

Código do Município	Nome do Município	Atividade
		<input type="checkbox"/> 1 - Pesquisa <input type="checkbox"/> 5 - At. Notific. <input type="checkbox"/> 2 - Borrifação <input type="checkbox"/> 3 - Visita ao PIT s/ Notific. <input type="checkbox"/> 4 - Visita ao PIT c/ Notific.
Código da Localidade	Nome da Localidade	
Nr. Casa	Compl.	Pendência da Pesquisa
		<input type="checkbox"/> 1 - Recusa <input type="checkbox"/> 2 - Casa Fechada
Nome do Morador		Pendência da Borrifação
		<input type="checkbox"/> 1 - Recusa <input type="checkbox"/> 2 - Casa Fechada
		Nº Hab. Nº Anexos

2 - Dados da Pesquisa e Borrifação

Tipo de Parede

1 - Alvenaria c/ Reboco 2 - Alvenaria s/ Reb. 3 - Barro c/ Reboco 4 - Barro s/ Reboco 5 - Madeira 6 - Outros

Tipo de Teto

1 - Telha 2 - Palha 3 - Madeira 4 - Metálico 5 - Outros

Situação da Casa

1 - Nova 2 - Demolida

Intradomicílio				Peridomicílio			
Captura	Vestígios	Local de Captura		Utilizando	Captura	Vestígios	Local de Captura
<input type="checkbox"/> Triatomíneo <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ovos <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Quarto	<input type="checkbox"/> Cozinha <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Bio-Sensor	<input type="checkbox"/> Triatomíneo <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ovos <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Galinheiro <input type="checkbox"/> Paiol <input type="checkbox"/> Chiqueiro <input type="checkbox"/> Outros
Tipo de Desalojante		Nº de Cargas		Tipo de Desalojante		Nº de Cargas	
Nº do PIT	Nº Not. p/ PIT	Mat. Ag. Saúde	Assinatura do Agente de Saúde				
Data do Visto	Visto do Chefe de Equipe						ETIQUETA

Itenu 25 blocos. 25 blocos.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
FICHA DE VISITA DOMICILIAR**

LOCALIDADE: _____ CATEGORIA: _____ QUART: _____ Nº CASA: _____

COORD. REG.: _____ MINAS GERAIS _____ DISTR. SANITÁRIO: _____ MUNICÍPIO: _____ PIMENTA _____

DATA	HORA	TIPO ATIV. Nº	EXECUTADO POR	VISTO	DATA	HORA	TIPO ATIV. Nº	EXECUTADO POR	VISTO

1ª TIPOGRAFIA E OFF SET PAINS LTDA. - TELEFAX: (37) 3323-1032.

[Handwritten signature]

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIMENTA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHÁRIO ROTATIVO PARA AS COLETAS DE EXAME CITOPATOLÓGICO E MAMOGRAFIA

Nome da Paciente: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Data de Nasc.: ____ / ____ / ____ Agente de Saúde Responsável: _____

Data da Última Coleta do Preventivo	Resultado	Responsável pela Coleta	Data da Última Mamografia	Resultado	Responsável pela Solicitação do Exame



Estado de Santa Catarina
Ministério da Saúde

Willy 27
LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC

MUNICÍPIO DE PIMENTA
Folha 2/3
Vista

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE _____ 4 - Nº DO PRONTUÁRIO _____

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 6 - DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ 7 - SEXO Masc. Fem. 8 - RAÇA/COR _____

9 - NOME DA MÃE _____ 10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ DDD _____

11 - NOME DO RESPONSÁVEL _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ DDD _____

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO _____ 16 - UF _____ 17 - CEP _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____	NOME DO PROCEDIMENTO _____	QTDE _____
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____	NOME DO PROCEDIMENTO _____	QTDE _____
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____	NOME DO PROCEDIMENTO _____	QTDE _____

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO _____ CID 10 PRINCIPAL _____ CID 10 SECUNDÁRIO _____ CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO _____

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS _____

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO _____

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ DATA DA SOLICITAÇÃO ____/____/____ ASSINATURA E CARIMBO _____

DOCUMENTO () CNS () CPF _____ NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF) _____

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ COD ORGÃO EMISSOR _____ NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____

DOCUMENTO () CNS () CPF _____ NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF) _____

DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ ASSINATURA E CARIMBO _____ PERÍODO DE VALIDADE DA APAC _____ a _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ CNES _____

Sum 28

UF **MG** Nº 15167601
DATA

Notificação de Recetta
UF **MG** Nº 15167691

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIMENTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 10.448.000/0001-05
Av. JK, 396 - Fones: (37) 3324-1546 / 3324-1057
Fax: (37) 3324-1200 - Dpto. Municipal de Saúde

ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA
Nome:
Quantidade e Apresentação
B
Forma Farm./Concentr. p/ unid posolog:

Data ___ de ___ de 20___

Paciente

Assinatura

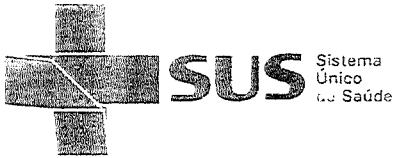
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Endereço: _____
Ident. Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome _____ / _____
Data _____ / _____ / _____

PRESCRIÇÃO

item 29

05/2005



Departamento de Saúde e Bem Estar Social
Prefeitura Municipal de Pimenta

MUNICÍPIO DE PIMENTA
 Folha: 977
 Voto: [assinatura]

SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DOMICÍLIO

01 - Município de Origem		02 - DRS		03 - Número	
PACIENTE	04 - Nome			05 - Identidade	
	06 - Residência		07 - Telefone		08 - CEP
	09 - Profissão			10 - Data de Nascimento	
ACOMPANHANTE	11 - Nome			12 - Identidade	
	13 - Residência		14 - Telefone	15 - CEP	16 - relação com o Paciente
17 - Histórico da Doença Atual					
18 - Exame Físico					
19 - Diagnóstico				20 - CID	
21 - Exame(s) Complementar(es) Realizado(s). Anexar Cópias					
22 - Tratamento(s) Realizado(s)					
23 - Tratamento / Exame Indicado					

[Assinatura]

24 - Justificar as razões que impossibilitam a realização do tratamento / Exame na Localidade

25 - Justificar em caso de necessidade de encaminhamento urgente

26 - Justificar em caso de necessidade de acompanhante

27 - Transporte Recomendável. Justificar

28 - Outras Anotações

Local e Data

Médico Assistente

29 - Parecer do médico da Secretaria Municipal de Saúde

Autorizado

Com Acompanhante

Tipo de Transporte

Negado

Sem Acompanhante

30 - O paciente deverá comparecer à unidade assistencial:

em _____ às _____ horas.

Endereço: _____

Médico Assistente

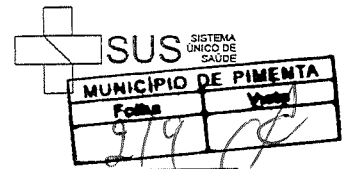


PCFAD.

BOLETIM DE RECONHECIMENTO

item 30

10 bles.



COORD. REGIONAL _____ MUNICÍPIO _____ DISTRITO _____

LOCALIDADE			BAIRRO			QUARTEIRÃO		
RUA OU LOUGRADOURO	Nº	TIPO	HAB.	RUA OU LOUGRADOURO	Nº	TIPO	HAB.	

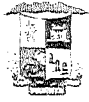
FECHAMENTO					
RESIDENCIAL	R		PONTO ESTRATÉGICO	PE	
COMERCIAL	C		OUTRO	O	
TERRENO BALDIO	TB				
			TOTAL GERAL	IMÓVEIS	
				HABITANTES	

NOME

_____/____/
DATA

GRÁFICA PIMATI (37) 3371-2833

11/03/31



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIMENTA

FICHA PARA EXAME CLÍNICO ODONTOLÓGICO
PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO N.º _____

1 - IDENTIFICAÇÃO

ENDEREÇO		N.º	BAIRRO
TEL. RESIDENCIAL		TEL. COMERCIAL	
FILIAÇÃO			
SEXO	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE	PROFISSÃO

2 - ANAMNESE

01 - FEZ OU FAZ ALGUM TIPO DE TRATAMENTO MÉDICO? NÃO SIM - QUAL? _____

02 - ESTEVE INTERNADO EM HOSPITAL ALGUMA VEZ? NÃO SIM - MOTIVO _____

03 - TEM OU TEVE ALGUMAS DAS DOENÇAS ABAIXO:

<input type="checkbox"/> ALERGIA	<input type="checkbox"/> DOENÇAS DO CORAÇÃO	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> ANEMIA	<input type="checkbox"/> DOENÇAS DOS NERVOS
<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE PRESSÃO	<input type="checkbox"/> HEPATITE	<input type="checkbox"/> HEMOFILIA	<input type="checkbox"/> SÍFILIS
<input type="checkbox"/> BRONQUITE	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE RINS	<input type="checkbox"/> REUMATISMO	<input type="checkbox"/> HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/> RUBÉOLA
<input type="checkbox"/> PNEUMONIA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE TIREÓIDE	<input type="checkbox"/> FEBRE REUMÁTICA	<input type="checkbox"/> DISCRASIAS	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSE

OUTRAS DOENÇAS? QUAIS? _____

OBS.: _____

04 - NA SUA FAMÍLIA EXISTE ALGUÉM COM ALGUMA DESTAS DOENÇAS?
 NÃO SIM - QUAL? _____

05 - TEM ALGUM DESTES SINTOMAS ABAIXO SEM CAUSA APARENTE?
 PERDA DE PESO FADIGA TOSSE PERSISTENTE SUOR À NOITE DIARRÉIA PERSISTENTE FEBRE

06 - TOMA ALGUM REMÉDIO? NÃO SIM - QUAL? _____

07 - JÁ TOMOU ALGUM REMÉDIO QUE LHE FEZ MAL? NÃO SIM - QUAL? _____

08 - OUTRAS INFORMAÇÕES: TIPO SANGUÍNEO: _____ FUMA FAZ USO DE DROGAS É ALCOÓLATRA

09 - ESTÁ GRÁVIDA? NÃO SIM - MESES _____ ESTÁ AMAMENTANDO? _____

10 - ESCOVA DENTES QUANTAS VEZES AO DIA? _____ ESCOVA OS DENTES À NOITE? NÃO SIM

FAZ USO DE FIO DENTAL? NÃO SIM

ALIMENTA COM PRODUTOS AÇUCARADOS ENTE AS REFEIÇÃO? SIM NÃO MAMADEIRA CHUPA BICO

MAUS HÁBITOS (ROER UNHAS, CHUPAR DEDO, MASTIGAR OBJETOS) _____

SENTE ALGUMA DOR OU INCÔMODO NA BOCA? _____

DATA E INFORMAÇÕES DO ÚLTIMO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO: _____

PACIENTE PORTADOR DE: _____

NECESSITA CUIDADOS ESPECIAIS EM RELAÇÃO A: _____

DECLARO SEREM VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES POR MIM PRESTADAS E AUTORIZO A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO QUE SE FIZER NECESSÁRIO.

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL	DATA	ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL	DATA
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL	DATA	ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL	DATA

EXAME OBJETIVO

FLUOROSE MÃ-OCLUSÃO LESÃO DE MUCOSA PORTADOR DE APARELHO ORTODÔNTICO

PORTADOR DE PROTESE PARCIAL REMOVÍVEL SUP INF - PORTADOR DE PROTESE TOTAL REMOV. SUP INF

Form 38



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL

Roteiro de Supervisão de Campo do Programa de Controle da Dengue

Município: _____

Supervisor: _____

Agente: _____

Atividade: _____

Tipo de Supervisão: Direta () Indireta ()

	RELAÇÃO DE ENDEREÇOS VISITADOS	RELAÇÃO DE FALHAS OBSERVADAS-
1 -		
2 -		
3 -		
4 -		
5 -		
6 -		
7 -		
8 -		
9 -		
10 -		
11 -		
12 -		
13 -		
14 -		
15 -		
16 -		
17 -		
18 -		
19 -		
20 -		

LOCAL, DATA E ASSINATURA DO SUPERVISOR DE CAMPO

Assinar, datar.

PROBLEMAS OBSERVADOS COM MATERIAL DE CAMPO

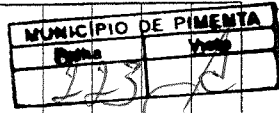
Relatar aqui todos os problemas observados com o material de campo dos agentes, tais como: falta deles, mal uso, negligência, entre outros.

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Vagas
22	2

Relação das falhas que podem ser encontradas durante a supervisão de campo - Direta e Indireta

Supervisão Direta/Indireta

- 1 - Inspeção do imóvel de forma insatisfatória no peri e/ou intradomicílio.
- 2 - Ausência de explicações sobre o motivo da visita.
- 3 - Não repasse de informações ao morador sobre o órgão em que trabalha.
- 4 - Não solicitação de acompanhamento do responsável pelo imóvel.
- 5 - Realização do tratamento químico de forma incompleta.
- 6 - Não orientar o responsável sobre medidas para melhoria das condições do PE.
- 7 - Registro inadequado de dados no boletim.
- 8 - Caligrafia ilegível.
- 9 - Preenchimento e somatória incorretos.
- 10 - Não repassar listagem de PEs que exijam providências superiores.
- 11 - Material de trabalho incluindo EPIs incompletos.
- 12 - Não dispor de uniforme.
- 13 - Não dispor de crachá.
- 14 - Não utilizar adequadamente os EPIs disponíveis.
- 15 - Procedimentos para pesquisa larvária em desacordo com a norma.
- 16 - Medidas de controle mecânico insatisfatórias.
- 17 - ~~Responsável pelo imóvel não foi devidamente orientado sobre como evitar criadouros.~~
- 18 - Sequência de ~~quarteirões~~ ~~trabalhados~~ em desacordo com a norma técnica.
- 19 - Sequência de visita nos imóveis em desacordo com a norma técnica.
- 20 - Contagem de imóveis para LI/LIRAA em desacordo com a norma técnica.
- 21 - Não efetuar tratamento focal e/ou perifocal em todos os recipientes não resolvidos com controle mecânico.
- 22 - Deixar de tratar um ou mais recipientes não resolvidos com controle mecânico.
- 23 - Cálculo inadequado de insumos (inseticidas) por recipiente - CUBAGEM
- 24 - Anotar casas/imóveis sem ter sido visitado.
- 25 - Uso inadequado dos equipamentos de aspersão de inseticida.



item 33

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Nome	Voto
224	1



CMSP

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIMENTA-MG

Avenida JK nº 396 - Centro

Em intuito de melhorias no atendimento da saúde do município de Pimenta é de suma importância que você deixe as suas opiniões, sugestões, críticas e elogios quanto ao nosso atendimento.

Acessibilidade (As unidades de Saúde estão bem localizadas?)

() Satisfatório () Insatisfatório

Justifique _____

Equipes de Saúde realizam um bom acolhimento aos usuários do SUS?

() Satisfatório () Insatisfatório

Justifique _____

Existe boa qualidade no atendimento aos usuários do SUS?

() Satisfatório () Insatisfatório

Justifique _____

O tempo de espera entre o agendamento e o atendimento está?

() Satisfatório () Insatisfatório

Justifique _____

Quando solicitado encaminhamento (exames, consultas especializadas) para referência o tempo de espera é:

() Satisfatório () Insatisfatório

Justifique _____

Existe vínculo entre os usuários e a Equipe de Saúde da Família?

() Satisfatório () Insatisfatório

Justifique _____

Qual a frequência que você utiliza o PSF? () Pouco () Às vezes () Muito

Sugestões _____

Críticas Positivas _____

Críticas Negativas _____

Se você quiser se identificar, enviaremos respostas posteriormente.

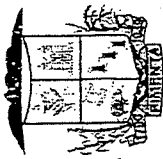
Nome _____

Endereço _____

Contato _____

As reuniões do Conselho Municipal de Saúde acontecem mensalmente toda última quinta-feira.

item 34



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIMENTA

Coordenação de Atenção Primária a Saúde - APS

PRONTUÁRIO DA FAMÍLIA

Nome do Chefe da Família: _____

Endereço: _____

Membros da Família: _____

Área: _____ Micro-Área: _____ Família: _____

Classificação de risco da família: Sem risco Baixo Risco Médio Risco Alto Risco

GENOGRAMA:

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Nome	Voto
225	7

Item 39



BPA-I Boletim de Produção Ambulatorial Dados Individualizados

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE _____ CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ NOME DO PROFISSIONAL _____
 CBO _____ MÊS/ANO _____ EQUIPE _____ FOLHA _____

SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ NOME DO PACIENTE _____
 SEXO: Masc. Fem. DATA DE NASCIMENTO _____ NACIONALIDADE _____ RAÇA/COR _____ ETNIA _____ CEP _____ Cód. IBGE MUNICÍPIO _____
 COD LOGRADOURO _____ ENDEREÇO _____ NÚMERO _____ COMPLEMENTO _____
 BAIRRO _____ DDD _____ TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ E-MAIL _____

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO _____ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____ QTDE. _____ CNPJ _____
 SERVIÇO _____ CLASS _____ CID _____ CARATER DE ATENDIMENTO _____ Nº DA AUTORIZAÇÃO _____

SEQUÊNCIA 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ NOME DO PACIENTE _____
 SEXO: Masc. Fem. DATA DE NASCIMENTO _____ NACIONALIDADE _____ RAÇA/COR _____ ETNIA _____ CEP _____ Cód. IBGE MUNICÍPIO _____
 COD LOGRADOURO _____ ENDEREÇO _____ NÚMERO _____ COMPLEMENTO _____
 BAIRRO _____ DDD _____ TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ E-MAIL _____

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO _____ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____ QTDE. _____ CNPJ _____
 SERVIÇO _____ CLASS _____ CID _____ CARATER DE ATENDIMENTO _____ Nº DA AUTORIZAÇÃO _____

SEQUÊNCIA 3

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ NOME DO PACIENTE _____
 SEXO: Masc. Fem. DATA DE NASCIMENTO _____ NACIONALIDADE _____ RAÇA/COR _____ ETNIA _____ CEP _____ Cód. IBGE MUNICÍPIO _____
 COD LOGRADOURO _____ ENDEREÇO _____ NÚMERO _____ COMPLEMENTO _____
 BAIRRO _____ DDD _____ TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ E-MAIL _____

PROCEDIMENTO REALIZADO

DATA DO ATENDIMENTO _____ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____ QTDE. _____ CNPJ _____
 SERVIÇO _____ CLASS _____ CID _____ CARATER DE ATENDIMENTO _____ Nº DA AUTORIZAÇÃO _____

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
 CARIMBO _____ RUBRICA _____
 DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL
 CARIMBO _____ RUBRICA _____
 DATA / /

atômico

X

MUNICÍPIO DE PIMENTA
Folha Nº: 2710
DATA: / /

e- SUS
Atenção Básica

FICHA DE PROCEDIMENTOS

DIGITADO POR: _____
CONFERIDO POR: _____

FOLHA Nº: _____

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL: _____ CBO: _____ Cód. CNES UNIDADE: _____ Cód. EQUIPE (INE): _____ TURNO: M T N DATA: / /

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nº PRONTUÁRIO											
Nº CARTÃO SUS											
Data de nascimento		Dia / mês		/		/		/		/	
Ano											
Sexo		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Local de Atendimento											
Escuta Inicial / Orientação											
Acupuntura com Inserção de Agulhas											
Administração de Vitamina A											
Cateterismo Vesical de Alívio											
Cauterização Química de Pequenas Lesões											
Cirurgia de Unha (Cantoplastia)											
Cuidado de Estomas											
Curativo Especial											
Drenagem de Abscesso											
Eletrocardiograma											
Exame Citopatológico de Colo Uterino											
Exame do Pé Diabético											
Exérese / Biópsia / Punção de Tumores Superficiais de Pele											
Fundoscopia (Exame de Fundo de Olho)											
Infiltração em Cavidade Sinovial											
Remoção de Corpo Estranho da Cavidade Auditiva e Nasal											
Remoção de Corpo Estranho Subcutâneo											
Retirada de Cerume											
Retirada de Pontos de Cirurgias											
Sutura Simples											
Triagem Oftalmológica											
Tamponamento de Epistaxe											
Teste Rápido											
De Gravidez											
Dosagem de Proteinúria											
Para HIV											
Para Hepatite C											
Para Sífilis											
Oral											
Intramuscular											
Endovenosa											
Inalação / Nebulização											
Tópica											
Penicilina para Tratamento de Sífilis											
Outros (SIA)											

Procedimentos / Pequenas Cirurgias

[Handwritten signature]

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Procedimentos outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<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"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<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"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<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"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<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"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<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"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<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 Consolidados

Total no Período	Aferição de PA	<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"/>
	Aferição de Temperatura	<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"/>
	Curativo Simples	<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"/>
	Coleta de material para Exame Laboratorial	<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"/>
	Glicemia Capilar	<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"/>
	Medição de altura	<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"/>
	Medição de Peso	<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"/>

[assinatura]

Local de atendimento: 01 - UBS 02 Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola / Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia de Saúde) 08 - Instituição / Abrigo
 09 - Unidade Prisional ou Congêneres 10 - Unidade Sócio educativa
 *Campo Obrigatório

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

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO: _____

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? Sim Não

CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR: _____

MICROÁREA* FA

NOME COMPLETO*: _____

NOME SOCIAL: _____ DATA DE NASCIMENTO*: ____/____/____ SEXO*: F M

RAÇA/COR*: Branca Preta Parda Amarela Indígena Etnia:** _____ Nº NIS (PIS/PASEP) _____

NOME COMPLETO DA MÃE*: _____ Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI*: _____ Desconhecido

NACIONALIDADE*: Brasileira Naturalizado Estrangeiro PAÍS DE NASCIMENTO:** _____ DATA DE NATURALIZAÇÃO:** ____/____/____

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:** _____ MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:** _____

DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** ____/____/____ TELEFONE CELULAR: () _____ E-MAIL: _____

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

Cônjuge/Companheiro(a) Filho(a) Entezado(a) Neto(a)/Bisneto(a)

Pai/Mãe Sogro(a) Irmão/Irmã Genro/Nora Outro parente Não parente

Ocupação: _____

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? Sim Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

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

Pré-escola (exceto CA) Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)

Classe de Alfabetização - CA Ensino Médio Especial

Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries Ensino Médio EJA (Supletivo)

Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado

Ensino Fundamental Completo Alfabetização para Adultos (Mobral etc.)

Ensino Fundamental Especial Nenhum

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

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

Empregador

Assalariado com carteira de trabalho

Assalariado sem carteira de trabalho

Autônomo com previdência social

Autônomo sem previdência social

Aposentado/Pensionista

Desempregado

Não trabalha

Servidor público/militar

Outro

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? Adulto Responsável Outra(s) Criança(s) Adolescente Sozinha Creche Outro

FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? Sim Não PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? Sim Não POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? Sim Não

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? Sim Não SE SIM, QUAL? _____

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? Sim Não

SE SIM, QUAL? Heterossexual Bissexual Outra Homossexual (gay / lésbica)

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO? Sim Não

SE SIM, QUAL? Homem transexual Travesti Mulher transexual Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?* Sim Não

SE SIM, QUAL(IS)? Auditiva Intelectual/Cognitiva Outra Visual Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

Mudança de território Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE: Data do óbito:** ____/____/____ Número da D.O.: _____

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

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

Assinatura _____

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

Município	Vista
230	

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

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

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
 Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.
 FA: Fora de Área
 *Campo obrigatório
 **Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

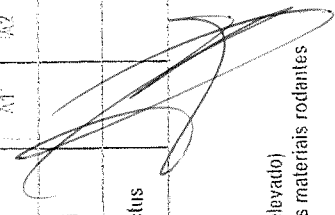
RESUMO DO TRABALHOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA - VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA										
Espécies/Conteúdo	TB	PC	Cuba	Cale	PE - Ponto Estratégico			Nº de insetos com espécies	Nº de espéc. dos quais foram analisados	Nº de espéc. dos quais foram analisados
					PE - Ponto Estratégico	PE - Ponto Estratégico	PE - Ponto Estratégico			
TB - terreno baldio										
PE - Ponto Estratégico										
Depósitos materiais										
Larvicida (1) - Larvicida (2)										
Tipo Qde. (gramas) Qde. dep. (l) Tipo Qde. (gramas) Qde. (l) Tipo Qde. (l) Tipo Qde. (l) Tipo Qde. (l) Tipo Qde. (l)										
Nº e seq. dos quais foram analisados										
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

RESUMO DO LABORATÓRIO

Espécies/Conteúdo	TB	PC	Cuba	Cale	PE - Ponto Estratégico			Nº de insetos com espécies	Nº de espéc. dos quais foram analisados	Nº de espéc. dos quais foram analisados	Nº de espéc. dos quais foram analisados
					PE - Ponto Estratégico	PE - Ponto Estratégico	PE - Ponto Estratégico				
TB - terreno baldio											
PE - Ponto Estratégico											
Depósitos materiais											
Larvicida (1) - Larvicida (2)											
Tipo Qde. (gramas) Qde. dep. (l) Tipo Qde. (gramas) Qde. (l) Tipo Qde. (l) Tipo Qde. (l)											
Nº e seq. dos quais foram analisados											
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	

Espécies/Conteúdo	TB	PC	Cuba	Cale	PE - Ponto Estratégico			Nº de insetos com espécies	Nº de espéc. dos quais foram analisados	Nº de espéc. dos quais foram analisados	Nº de espéc. dos quais foram analisados
					PE - Ponto Estratégico	PE - Ponto Estratégico	PE - Ponto Estratégico				
TB - terreno baldio PE - ponto estratégico											
PE - Ponto Estratégico											
Depósitos materiais											
Larvicida (1) - Larvicida (2)											
Tipo Qde. (gramas) Qde. dep. (l) Tipo Qde. (gramas) Qde. (l) Tipo Qde. (l) Tipo Qde. (l)											
Nº e seq. dos quais foram analisados											
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	

A1 - caixa d'água (elevado)
 D1 - pneus e outros materiais rodantes
 A2 - outros depósitos de armazenamento de água (baixo)
 D2 - lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entalhos
 TB - terreno baldio PE - ponto estratégico
 D - pequenos depósitos móveis
 E - depósitos naturais
 C - depósitos fixos



Data da entrada	Data da conclusão	Laboratório	Laboratorista	Assinatura

item 43

RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

MUNICÍPIO DE PIMENTA
UF: PA Município: Pimenta Ano: 2013

DADOS GERAIS

UF: _____ Município: _____ Ano: _____

Localidade: _____ Categoria: _____ Zona: _____

Atividade: _____ Microárea: _____

Ciclo/Ano: _____ Semana Epidemiológica: _____ Agente Comunitário de Saúde: _____

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

Total quart. concluídos	Nº de Imóveis Trabalhados por Tipo						Nº Imóveis			Amostras Coletadas	Pendências		
	Residência	Comércio	TB	PE	Outros	Total	Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspecionados		Recusa	Fechados	Recuperados

Nº de Depósitos Inspecionados por Tipo								Depósitos Eliminados
A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total	

Depósitos Tratados com Larvicida			Aduvicida Residual		Total de agentes na semana	Total de dias trab. na semana
Tipo	Qtde. (ml ou g) Larvicida	Qtde. Dep. Trat.	Tipo	Quantidade (ml ou g)		

Nº de depósitos com espécimes, por tipo									
	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total	
Com Aedes aegypti									
Com Aedes albopictus									

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

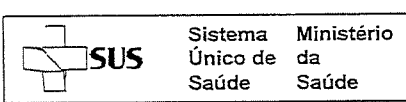
RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº de imóveis com espécimes, por tipo							Nº de exemplares			
	Residência	Comércio	TB	PE	Outros	Total	Larvas	Pupas	Exúvia de Pupa	Adultos
Com Aedes aegypti										
Com Aedes albopictus										
Outros										

Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti				Nº e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus				Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti + Aedes albopictus			

item 44

MUNICÍPIO DE PIMENTA
 2371



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____

2 - CNES _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____

4 - CNES _____

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE _____

6 - Nº DO PRONTUÁRIO _____

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____

8 - DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

9 - SEXO Masc. 1 Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO _____

15 - UF _____

16 - CEP _____

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS _____

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO _____

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) _____

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL _____

21 - CID 10 PRINCIPAL _____

22 - CID 10 SECUNDÁRIO _____

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO _____

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____

25 - CLÍNICA _____

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO _____

28 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO ____/____/____

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA _____

37 - Nº DO BILHETE _____

38 - SÉRIE _____

39 - CNPJ EMPRESA _____

40 - CNAE DA EMPRESA _____

41 - CBOR _____

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR _____

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO ____/____/____

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR _____

Item 45

Ministério da Saúde / SAS / DAB / COFAN

SISVAN - Mapa de Acompanhamento Nutricional

Estabelecimento de Assistência à Saúde

Nº CNES*



Nome*	Endereço*	Identificação (tipo)**	Sexo (M/ F)	Data de Nascimento	Data do Acompanhamento	Peso (kg)	Altura (cm)	Criança		Gestante		Adulto		Doenças (2)	Intervenções (3)	Participa de outro programa social municipal
								Tipo de Alimentação (1)	Peso ao nascer (g)	Peso Pré-Gestacional (kg)	Data da última menstruação	Circunf. Cintura (cm)	Risco aumentado (Sim/ Não)			
Nome*	Endereço*															
Nome*	Endereço*															
Nome*	Endereço*															
Nome*	Endereço*															
Nome*	Endereço*															
Nome*	Endereço*															
Nome*	Endereço*															
Nome*	Endereço*															
Nome*	Endereço*															
Nome*	Endereço*															
Nome*	Endereço*															
Nome*	Endereço*															
Nome*	Endereço*															
Nome*	Endereço*															

*Campos obrigatórios

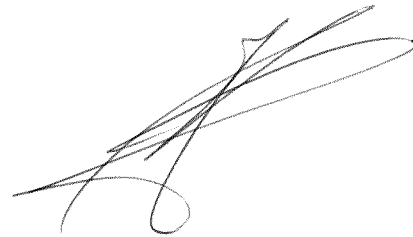
Legenda - Mapa diário de acompanhamento nutricional

*Campos obrigatórios;

** Campo obrigatório para crianças do Programa Bolsa Família;

*** Campo obrigatório para gestantes do Programa Bolsa Família.

(1) Tipo de Alimentação:	(2) Doenças:	(3) Intercorrências:
<ol style="list-style-type: none">1. Aleitamento materno exclusivo;2. Aleitamento materno predominante;3. Alimentação complementar;4. Não recebe leite materno;5. Sem informação. <p>obs: campo obrigatório apenas para crianças de 2 anos.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Anemia falciforme2. Diabetes mellitus3. Doenças cardiovasculares4. Hipertensão Arterial Sistêmica5. Osteoporose98. Outras doenças99. Sem doenças	<ol style="list-style-type: none">1. Anemia ferropriva2. DDI (Distúrbio por Deficiência de Iodo)3. Diarréia4. Infecções intestinais virais5. IRA (Infecção Respiratória Aguda)6. Hipovitaminose A98. Outras deficiências e/ou intercorrências99. Sem deficiências e/ou intercorrências





MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

DIGITADO POR:

MUNICÍPIO DE PIMENTA

DATA: 23/07/2014

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL

CBO

CNES*

INE

DATA*

CNS DO CIDADÃO:*

Nome do Cidadão:*

Data de nascimento:*

Sexo: * Feminino MasculinoLocal de Atendimento: CRIANÇAS MENORES**
DE 6 MESES

- A criança ontem tomou leite do peito? Sim Não Não Sabe
- Ontem a criança consumiu:
- Mingau Sim Não Não Sabe
- Água/chá Sim Não Não Sabe
- Leite de vaca Sim Não Não Sabe
- Fórmula infantil Sim Não Não Sabe
- Suco de fruta Sim Não Não Sabe
- Fruta Sim Não Não Sabe
- Comida de sal (de panela, papa ou sopa) Sim Não Não Sabe
- Outros alimentos/bebidas Sim Não Não Sabe

CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**

- A criança ontem tomou leite do peito? Sim Não Não Sabe
- Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada? Sim Não Não Sabe
- Se sim, quantas vezes? 1 vez 2 vezes 3 vezes ou mais Não Sabe
- Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)? Sim Não Não Sabe
- Se sim, quantas vezes? 1 vez 2 vezes 3 vezes ou mais Não Sabe
- Se sim, essa comida foi oferecida: Em pedaços Amassada Passada na peneira Liquidificada Só o caldo Não Sabe
- Ontem a criança consumiu:
- Outro leite que não o leite do peito Sim Não Não Sabe
- Mingau com leite Sim Não Não Sabe
- iogurte Sim Não Não Sabe
- Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame) Sim Não Não Sabe
- Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda) Sim Não Não Sabe
- Verdura de folha (alface, acelga, repolho) Sim Não Não Sabe
- Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo Sim Não Não Sabe
- Fígado Sim Não Não Sabe
- Feijão Sim Não Não Sabe
- Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo) Sim Não Não Sabe
- Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) Sim Não Não Sabe
- Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) Sim Não Não Sabe
- Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados Sim Não Não Sabe
- Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina) Sim Não Não Sabe

CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS,
ADOLESCENTES, ADULTOS,
GESTANTES E IDOSOS

- Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular? Sim Não Não Sabe
- Quais refeições você faz ao longo do dia? Café da manhã Lanche da manhã Almoço Lanche da tarde Jantar Ceia
- Ontem, você consumiu:
- Feijão Sim Não Não Sabe
- Frutas frescas (não considerar suco de frutas) Sim Não Não Sabe
- Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame) Sim Não Não Sabe
- Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) Sim Não Não Sabe
- Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) Sim Não Não Sabe
- Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados Sim Não Não Sabe
- Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina) Sim Não 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

Item 47



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIMENTA

AVENIDA JK, 396 - CENTRO - PIMENTA - MG
FONE: (37) 3324-1546

AGENDAMENTO DE CONSULTAS E EXAMES

Prezado (a): _____ seu / sua
_____ foi agendado para o dia ____ / ____ / ____, às ____
horas, na cidade de _____ no local _____

Favor procurar a Secretaria de Saúde no dia ____ / ____ / ____ após às 14
horas para verificar se haverá transporte, horário e local de saída deste
município.

ALTO IMPRESSO6 - (37) 3371-2631 - PIMENHA - MG

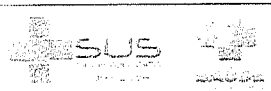
MUNICIPIO DE PIMENTA	
Data	Assinatura
23/8	[Assinatura]

[Assinatura]

Item 05

MUNICÍPIO DE PIMENTA
Data 29/08/2018
Visto

MINISTÉRIO
DA SAÚDE



RAAS Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

Formulário da Atenção Psicossocial no CAPS

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE _____ CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS

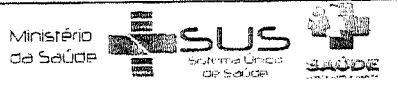
Nº DO PRONTUÁRIO _____ NOME DO PACIENTE _____
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ SEXO M F DATA DE NASCIMENTO _____ NACIONALIDADE _____
RAÇA/COR _____ ETNIA INDIGENA _____ NOME DA MÃE _____
NOME DO RESPONSÁVEL _____ MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ UF _____
CÓD. IBGE MUNICÍPIO _____ CEP DE RESIDENCIA _____ ENDEREÇO (RUA, NÚMERO) _____
COMPLEMENTO _____ DDD _____ TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE _____ DDD _____ TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____

DADOS DO ATENDIMENTO

DATA DE ADMISSÃO _____ MÊS ATENDIMENTO _____ NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO _____
Usuário de Álcool ou Outras Drogas? NÃO SIM Em caso positivo marque uma ou mais alternativas: Alcool Crack Outras Drogas
ORIGEM DO PACIENTE: Demanda Espontânea Atenção Básica Serviço de Urgência
Outro CAPS Hospital Geral Hospital Psiquiátrico
CID10 PRINCIPAL _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL _____
CID10 CAUSAS ASS _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO - CAUSAS ASSOCIADAS _____
EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA? SIM NÃO CNES _____
ENCAMINHAMENTO: Continuidade do Acompanhamento em outro CAPS Continuidade do acompanhamento na Atenção Básica Alta Óbito DATA DE CONCLUSÃO _____

AÇÕES REALIZADAS

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



RAAS Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

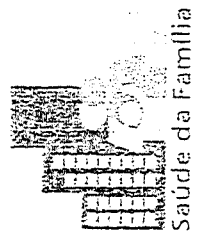
Formulário da Atenção Psicossocial no CAPS

AÇÕES REALIZADAS

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

16/11/52

Unidade de Saúde de Jesus - Santo Antônio



UNIDADE DE SAÚDE EDNA DOMINGOS SANTO ANTONIO

OSVALDO CRUZ, 17 - CENTRO - (37) 3324-2152

Santo Antônio, 3324-1790

AVISO DE AGENDAMENTO DE CONSULTAS E EXAMES

Prezado (a): _____ seu / sua

_____ foi agendado para o dia ____ / ____ / ____ às

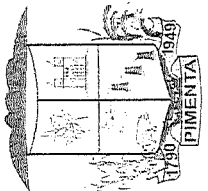
horas, na cidade de _____ no local

Favor procurar a Unidade de Saúde até o dia ____ / ____ / ____ para
retirar o agendamento.

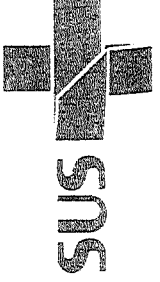
[assinatura]

item 40

07 blocos



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Sistema
Único
de Saúde

PROTOCOLO DE PROCEDIMENTO

DATA ENTRADA	NOME DO PACIENTE	PROCEDIMENTO	ASSINAT. SETOR AUTORIZADOR	DATA ENTRADA	DATA ENTRADA	DATA ENTRADA

MUNICÍPIO DE PIMENTA
 Nome: [assinatura]
 Visto: [assinatura]

[assinatura]



Idem 50
Jose do Sabino - JK
 UNIDADE DE SAÚDE EDNA DOMINGOS - SANTO ANTONHO

OSVALDO CRUZ, 17 - CENTRO - (37) 3324-2152

Av Aristides Gomes Leão, 321 3324-1283

AVISO DE AGENDAMENTO DE CONSULTAS E EXAMES

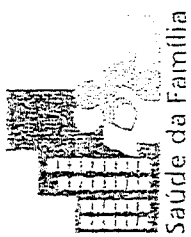
Prezado (a): _____ seu / sua _____
 _____ foi agendado para o dia ____ / ____ / ____ às _____

horas, na cidade de _____ no local _____

Favor procurar a Unidade de Saúde até o dia ____ / ____ / ____ para
 retirar o agendamento.

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
<i>243</i>	<i>[Signature]</i>

Item 51



UNIDADE DE SAÚDE EDNA DOMINGOS - SANTO ANTÔNIO

OSVALDO CRUZ, 17 - CENTRO - (37) 3324-2152

AVISO DE AGENDAMENTO DE CONSULTAS E EXAMES

Prezado (a): _____ seu / sua

_____ foi agendado para o dia ____ / ____ / ____, às

horas, na cidade de _____ no local

Favor procurar a Unidade de Saúde até o dia ____ / ____ / ____ para
retirar o agendamento.

MUNICÍPIO DE PIMENTA
Folha _____

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Data	Visto
24/5	<i>[Signature]</i>

Item 89



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIMENTA

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS I

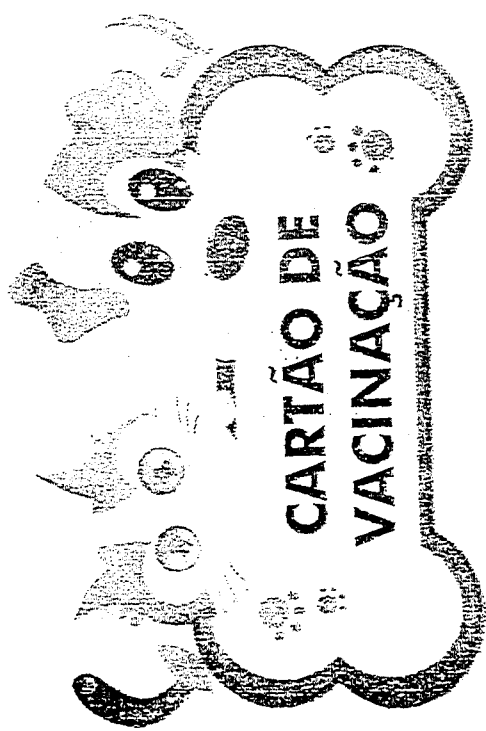
Avenida Aristides Garcia Leão, 203 - J.K - Fone: (37) 3324-2030

RECEITUÁRIO

[Signature]

5000 und

Item 91



**CARTÃO DE
VACINAÇÃO**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIMENTA
 AVENIDA JK, 996 -- FONE: (37) 3324-1309

NOME DO ANIMAL: _____
 SEXO: _____
 ENDEREÇO: _____
 PROPRIETÁRIO: _____

DATA	VAGINA	ASSINATURA

MUNICIPIO DE PIMENTA
 Folha 246
 Data [Handwritten]

Ativo 02, 50 anos

CARTÃO DE AGENDAMENTO

DE PREVENTIVO

Secretaria Municipal de Saúde de Pimenta

Nome da Paciente: _____

Nome da Mãe: Quintal

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Agente Comunitária de Saúde responsável pela sua área: _____

CUIDADOS ANTES DA COLETA:
Copiar as orientações do Item 5 do panfleto

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIMENTA - ADM. 2009/2012

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Voto
297	10

MUNICIPIO DE PIMENTA	
Nome	Matr.
22/18	02

EXAME CITOPATOLÓGICO

Data do Exame: _____

Ass. do Resp. pelo Agendamento: _____

Data do Exame: _____

Ass. do Resp. pelo Agendamento: _____

Data do Exame: _____

Ass. do Resp. pelo Agendamento: _____

Data do Exame: _____

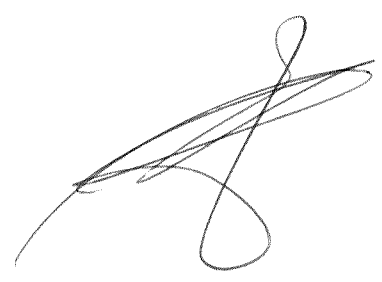
Ass. do Resp. pelo Agendamento: _____

Data do Exame: _____

Ass. do Resp. pelo Agendamento: _____

Data do Exame: _____

Ass. do Resp. pelo Agendamento: _____



vísua 93

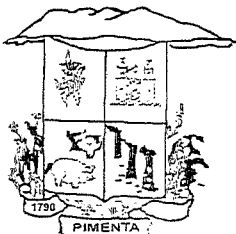
CARTÃO DE AGENDAMENTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIMENTA
SECRETARIA DE SAÚDE

Atendimento: _____
Local: _____ Tel.: _____
Profissional: _____
Paciente: _____

DATA	HORA	VISTO

SE HOVER 2 FALTAS CONSECUTIVAS, NÃO JUSTIFICADAS,
PERDE A VAGA PARA ATENDIMENTO.



ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIMENTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 10.449.004/0001-05

Av. JK, 396 - Fones: (37) 3324-1546 / 3324-1057
Fax: (37) 3324-1200 - Dpto. Municipal de Saúde



**TERMO DE CONHECIMENTOS DE RISCO E CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO
PARA PACIENTES DO SEXO FEMININO MENORES DE 55 ANOS DE IDADE**
(a ser preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente maior de 21 anos de idade ou pelo responsável quando o paciente tiver idade inferior a 21 anos)



GRAVIDEZ PROIBIDA!
Risco de graves defeitos no feto, na
síntese, no coração
e no sistema nervoso do feto

1. Informe-i à paciente que o produto:

- Isotretinoína
 Tretinoína
 Acitretina

Têm altíssimo risco de causar defeitos congênitos graves no corpo do bebê se for consumido pela mãe durante a gravidez, já nasceram mais de 250 bebês com graves deformações na face, orelhas, coração ou sistema nervoso devido ao uso destas substâncias.

2. Se o remédio prescrito é a isotretinoína, informe-i que a única indicação aprovada para esta substância é "acne nodulo-cística ou conglobata, não responsiva a outros tratamentos", ou seja, pode ser utilizado apenas na forma mais grave de acne que deixa cicatrizes profundas na pele e não melhora com outros tratamentos. Não deve ser usado em formas mais simples de acne, devido aos sérios riscos acima mencionados.

3. Explique-i que, como estes remédios ficam no corpo durante algum tempo após o tratamento, e podem causar defeitos em bebês mesmo quando a ela já terminou o tratamento, ela deve aguardar os seguintes períodos antes de tentar engravidar após terminar o tratamento com:

- Isotretinoína ou Tretinoína: Esperar 2 meses
 Acitretina: Esperar 3 anos

4. Realizei um teste de gravidez de alta sensibilidade (que detecta gravidez desde o primeiro dia de atraso menstrual):

Data do teste _____ Resultado _____

5. Recomende-i aguardar o início da próxima menstruação para começar o tratamento.

6. Certifique-i-me que ela está utilizando um método para evitar a gravidez altamente eficaz (recomenda-se abstinência total, dispositivo intra-uterino-DIU - com cobre, anticoncepcional injetável, ou, no caso de mulheres que já tem filhos, são maiores de 30 anos e não desejam engravidar mais, laqueadura tubária).

Todo anticoncepcional em uso _____ data de início: _____

7. Solicite-i à paciente que me mantenha sempre informado sobre as reações adversas à medicação, ou sobre qualquer problema com a anticoncepção durante o tratamento, retornando à consulta periodicamente conforme estabelecido.

8. Informe-i à paciente que caso venha a suspeitar que esteja grávida, deverá parar imediatamente o tratamento e me procurar.

9. Comunicarei imediatamente ao fabricante a ocorrência que qualquer efeito colateral grave ou não esperado, bem como a ocorrência de gravidez exposta durante o tratamento ou em prazos inferiores aos previstos no item 3, após tratamento.

A Ser Preenchido Pelo Paciente

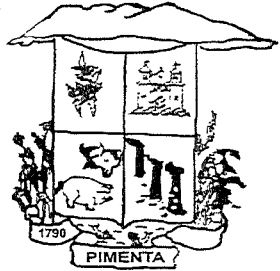
Eu, _____, Carteira de Identidade
número _____ Órgão expedidor _____
residente na rua _____, Cidade _____, Estado _____
e telefone para contato _____, recebi pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou receber e declaro
ter entendido as orientações prestadas, e (no caso de ser paciente do sexo feminino) de poder cumprir as medidas para evitar a gravidez durante
o tratamento e no prazo previsto no item 3, após o tratamento. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura _____ (Nome e Assinatura do
responsável caso o paciente seja menor de 21 anos:)
Nome _____
Assinatura _____ R.G. do
Responsável _____

Data e Assinatura do Médico _____

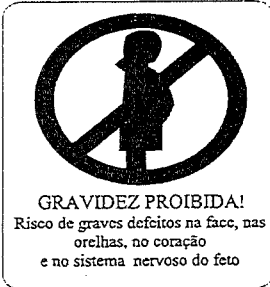
Item 96

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Nome	
Assinatura	



ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIMENTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 CNPJ: 10.449.004/0001-05

Av. JK, 396 - Fones: (37) 3324-1546 / 3324-1057
 Fax: (37) 3324-1200 - Dpto. Municipal de Saúde



**TERMO DE CONHECIMENTO DE RISCO E DE CONSENTIMENTO PÓS-
 INFORMAÇÃO PARA HOMENS OU MULHERES MAIORES QUE 55 ANOS DE
 IDADE.**

Eu, Dr. _____,
 registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado _____, sob o número _____,
 sou o responsável pelo tratamento e acompanhamento do paciente _____,
 do sexo masculino feminino, com idade de _____ anos completos, residente na rua
 _____ cidade
 _____, estado _____ e telefone para contato _____, para quem estou
 indicando o produto:

- Isotretinoína
- Acitretina
- Tretinoína

Com diagnóstico de _____

Se o paciente é do sexo masculino, ou mulher acima de 55 anos de idade:

1 - Informei ao paciente que este produto pode causar graves defeitos congênitos no corpo do bebês de mulheres que utilizam na gravidez. Portanto somente pode ser utilizado por ele(a). Não pode ser passado nenhuma outra pessoa

A Ser Preechido Pelo Paciente

Eu, _____, Carteira
 de identidade número _____ Órgão Expedidor _____,
 residente na rua _____, Cidade _____,
 Estado _____, e telefone para contato _____, recebi pessoalmente as
 informações sobre o tratamento que vou receber e declaro que entendi as orientações prestadas. Entendo que este
 remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura _____
 Nome e Assinatura do responsável caso o paciente seja menor de 21 anos:
 Nome _____
 Assinatura _____
 R.G. do Responsável _____ **Data e Assinatura do**
 Médico _____

10/10/10

Número no SIS pré-natal:

Cartão da Gestante

Nome:

Endereço:

Tel.:

Município:

Endereço do local da consulta de pré-natal:

Tel.:

Endereço do local da consulta de pré-natal de alto risco:

Tel.:

Agendamento

Consulta Data Hora Hora Risco Gestacional

- 1ª
- 2ª
- 3ª
- 4ª
- 5ª
- 6ª
- 7ª
- 8ª
- 9ª
- 10ª
- 11ª
- 12ª

Hospital/Instituição de referência para risco habitual

Hospital/Instituição de referência para alto risco

A gravidez é uma condição que exige vigilância e cuidados com a saúde para evitar complicações e para isso, você precisa ir no mínimo 6 consultas de pré-natal. É um direito seu. Este cartão contém informações indispensáveis para a equipe de saúde. Mantenha-o sempre com você e mostre a equipe em todas as consultas, no momento do parto e do acompanhamento de sua criança.

MUNICÍPIO DE PIMENTA
Data: 10/10/10
Assinatura: [assinatura]

Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante

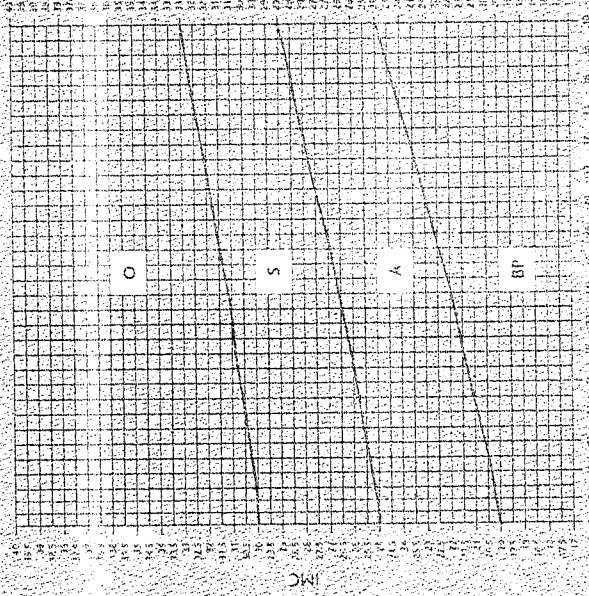
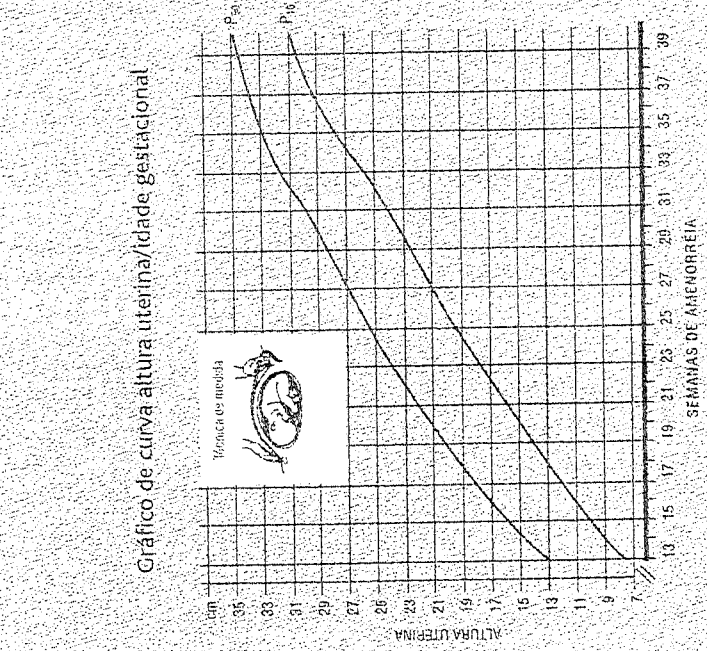


Gráfico de curva altura uterina/idade gestacional



Exames	IC	Data dt	Resultado	IC	Data dt	Resultado	IC	Data dt	Resultado
ABO RH	Sem			Sem			Sem		
Hb; Ht	Sem			Sem			Sem		
Coombs indireto	Sem			Sem			Sem		
Citometria de leucim	Sem			Sem			Sem		
Serologia de sífilis (VDRL)	Sem			Sem			Sem		
Urina rouna/Urocultura	Sem			Sem			Sem		
Anti-HIV	Sem			Sem			Sem		
HSAg	Sem			Sem			Sem		
Serologia p/ Toxoplasmose	Sem			Sem			Sem		
Streptococcus beta hemolítico (grupo B)	Sem			Sem			Sem		
Outros	Sem			Sem			Sem		
PREPARAÇÃO PARA O PARTO - Registrar semana de gestação									
ORIENTAÇÃO PARA ALIMENTAMENTO MATERNO - Registrar semana de gestação									
Suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico - registrar semana de gestação									
Ultrasonografia									
Data									
IG DUM									
IG USG									
Peso fetal									
Placenta									
Líquido									
Outros									

2º trimestre

3º trimestre

1º trimestre

IDADE ANOS: <input type="text"/>	MINOR DE 15 MAIOR DE 35: <input type="checkbox"/>	ESTUDOS: <input type="radio"/> NENHUM <input type="radio"/> ALFABETIZAÇÃO <input type="radio"/> FUNDAMENTAL <input type="radio"/> MÉDIO <input type="radio"/> SUPERIOR	ANOS COMPLETOS ESTUDOS: <input type="text"/>	ESTADO CIVIL / UNIÃO: CASADA <input type="radio"/> ESTÁVEL <input type="radio"/> SOLTEIRA <input type="radio"/> OUTRO <input type="radio"/>					
Data de nascimento: <input type="text"/>		COR (INFORMADA POR AUTO DECLARAÇÃO): BRANCA <input type="radio"/> NEGRA <input type="radio"/> MULATA <input type="radio"/> AMARELA <input type="radio"/> INDÍGENA <input type="radio"/>		DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO: MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/>					
ANTECEDENTES FAMILIARES SIM NÃO <input type="radio"/> HIPERTENSÃO <input type="radio"/> DIABETES <input type="radio"/> PRÉ-ECLÂMPSIA <input type="radio"/> ECLÂMPSIA <input type="radio"/> TUBERCULOSE <input type="radio"/> OUTRA COND. GRAVE <input type="radio"/>		OBSTÉTRICOS (Anotar o número de) GESTAÇÕES: <input type="text"/> PARTOS: <input type="text"/> ABORTOS: <input type="text"/> VAGINAIS: <input type="text"/> CESAÁREAS: <input type="text"/> ANTEC. GEMELAR: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO		ALGUM RN PESOU MENOS DE 2.500 g: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM ALGUM RN PESOU MAIS DE 4.500g: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM					
GRAVIDEZ ATUAL PESO ANTERIOR: <input type="text"/> kg ESTATURA: <input type="text"/> cm DUM: <input type="text"/> DPP: <input type="text"/>		IG CONFÍAVEL POR: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM ANTIETÉTICA: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM HEPATITE B: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM DIAS: <input type="text"/>		INTERNAÇÃO: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO LOCAL: DIA <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/> TRIM. 1º 2º 3º: <input type="radio"/> DROGAS <input type="radio"/> ALCOOL <input type="radio"/> VIOLÊNCIA <input type="radio"/>					
EX. CLÍNICO NORMAL: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO EX. DAS MAMAS NORMAL: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO EX. ODONTOLÓGICO NORMAL: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO PÉLVIS NORMAL: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO PAPANICOLAU NORMAL: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO COLPOSCÓPIA NORMAL: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO EX. CLÍNICO CERVIX: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO GRAVIDEZ DESEJADA: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO FALHA NA CONTRACEÇÃO: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO		RUMA: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO Nº DE CIGARROS AO DIA: <input type="text"/>							
CONSULTA Nº / DATA: 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> 8 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 10 <input type="text"/>									
IG SEMANAS: <input type="text"/>									
PESO (kg): <input type="text"/>									
TENSÃO ARTERIAL (mmHg): <input type="text"/>									
ALTURA UTERINA (cm): <input type="text"/>									
APRESENTAÇÃO: <input type="text"/>									
BCF / MON. FETAL: <input type="text"/>									
PROTENÚRIA: <input type="text"/>									
ASS. DO PROFISSIONAL: <input type="text"/>									

PARTO DATA DE ENTRADA: DIA <input type="text"/> MÊS <input type="text"/> ANO <input type="text"/> CARTÃO: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	IDADE GESTACIONAL SEM. <input type="text"/> DIAS <input type="text"/> TAMANHO FETAL CORRESPONDE: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO CONSULTAS DE PRE-NATAL: TOTAL <input type="text"/>	CORTICOIDES PERINATAL: <input type="radio"/> COMPL. <input type="radio"/> INCOMPL. <input type="radio"/> NENHUM <input type="radio"/> NÃO APLIC.	INÍCIO TP: <input type="radio"/> ESP. <input type="radio"/> INT. <input type="radio"/> ROT. <input type="radio"/> CES. PROG.	RUPTURA DA MEMBRANA: <input type="radio"/> < 37 SEM. <input type="radio"/> < 18 HS. <input type="radio"/> TEMP. > 38°	ACOMPANHANTE: TP P. <input type="radio"/> PARCEIRO <input type="radio"/> FAMILIAR <input type="radio"/> OUTRO <input type="radio"/> NENHUM <input type="radio"/>	PATOLOGIA NA GESTAÇÃO / PARTO <input type="radio"/> GRAVIDEZ MÚLTIPLA <input type="radio"/> AMEAÇA DE PARTO PREMATURO <input type="radio"/> HIPERTENSÃO PRÉVIA <input type="radio"/> REST. CRESC. INTRAUTERINO <input type="radio"/> HIPERTENSÃO INDUZ. GRAV. <input type="radio"/> HEMORRAGIA 1º TRIMESTRE <input type="radio"/> PRÉ-ECLÂMPSIA <input type="radio"/> HEMORRAGIA 2º TRIMESTRE <input type="radio"/> ECLÂMPSIA <input type="radio"/> HEMORRAGIA 3º TRIMESTRE <input type="radio"/> CARDIOPATIA <input type="radio"/> ANEMIA CRÔNICA <input type="radio"/> DIABETES I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> G <input type="radio"/> RUPTURA PREMAT. MEM. <input type="radio"/> INFECÇÃO URINÁRIA <input type="radio"/> INFECÇÃO PUERPER. <input type="radio"/> INFECÇÃO OVULAR <input type="radio"/> HEMORRAGIA PUERPER. <input type="radio"/> NEFROPATIA <input type="radio"/> OUTRA COND. GRAVE <input type="radio"/> NENHUMA
TERMINAÇÃO: <input type="radio"/> ESP. <input type="radio"/> CES. <input type="radio"/> FORC. <input type="radio"/> OUT.	HOSPITAL NA GRAV.: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO HORA: <input type="text"/> MINUTO: <input type="text"/> DIA: <input type="text"/> MÊS: <input type="text"/> ANO: <input type="text"/>	SEM. INÍCIO: <input type="text"/>	POSIÇÃO DO PARTO: <input type="radio"/> SENTADA <input type="radio"/> DEBADA <input type="radio"/> DE COCCRAS	OCITOCITOS: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO		
DEQUIT. EXP.: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	INDICAÇÃO PRINCIPAL DE INDUÇÃO OU PARTO OPERATÓRIO: <input type="text"/>		LIGADURA PRECOCE CORDÃO: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	ATENDIDA POR: <input type="radio"/> MÉDICO <input type="radio"/> ENF. OBST. <input type="radio"/> ENF. AUXIL. <input type="radio"/> ESTUD. <input type="radio"/> OUTRO		
EPIOTOMIA: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	PLACENTA: <input type="radio"/> COMPL. <input type="radio"/> RETIDA	MORTE FETAL: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO MOMENTO: <input type="radio"/> PARTO <input type="radio"/> GRAV.	PARTO: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO NEONATO: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	MEDICAÇÃO NO PARTO: <input type="radio"/> ANESTESIA LOCAL <input type="radio"/> ANESTESIA REGIONAL <input type="radio"/> ANESTESIA GERAL <input type="radio"/> OCITOC. <input type="radio"/> NENHUM <input type="radio"/> ANALGESICO <input type="radio"/> TRANQUILIZANTE <input type="radio"/> ANTIBIÓTICO <input type="radio"/> TRANSUSÃO <input type="radio"/> OUTROS		

RECÉM-NASCIDO SEXO: <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M PESO AO NASCER: <input type="text"/> g APGAR MINUTO: <input type="radio"/> 1º <input type="radio"/> 5º < 2.500g > 4.500g <input type="radio"/> 6 OU MENOS		IDADE GESTACIONAL SEM. <input type="text"/> DIAS <input type="text"/> ESTATURA: <input type="text"/> cm PESO / IG: <input type="radio"/> ADED. <input type="radio"/> PEQUENO <input type="radio"/> GRANDE	REANIMAÇÃO: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO VPP-MASC. S. OXIG. <input type="radio"/> VPP-MASC. C. OXIG. <input type="radio"/> VPP-TUBO <input type="radio"/> MASS. CARDIACA <input type="radio"/> DROGAS	ENCAMINHADO: <input type="radio"/> ALOJ. CONJUNTO <input type="radio"/> NEONATOLOG. <input type="radio"/> CTI PED. <input type="radio"/> OUTRO HOSF.	HORAS OU DIAS POS-PARTO OU ABORTO: <input type="text"/> TEMPERATURA: <input type="text"/> PULSO (BATIMENTO / MINUTO): <input type="text"/> PRESSÃO ARTERIAL MÁX. / MIN. (mmHg): <input type="text"/> INVOL. UTERINA: <input type="text"/> CARACTERÍSTICAS DOS LÍQUIDOS: <input type="text"/>
IDADE POR EXAME FÍSICO: <input type="text"/> Sem.	EXAME FÍSICO PRÉ-ALTA: <input type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> ANORMAL	EXAME NEUROL.: <input type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> ANORMAL <input type="radio"/> DUMCOSO	EX. FÍSICO IMEDIATO: <input type="radio"/> NORMAL <input type="radio"/> ANORMAL	MORTE NA SALA DE PARTO: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	MALFORMAÇÃO CONGÊNITA: <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> MENOR <input type="radio"/> MAIOR
ALIMENTAÇÃO: <input type="radio"/> ALEITAMENTO EXCLUSIVO <input type="radio"/> MISTO <input type="radio"/> ARTIFICIAL	ALTA DO RN: <input type="radio"/> SACIO <input type="radio"/> C/ PATOL. <input type="radio"/> TRANSF. <input type="radio"/> ÓBITO	IDADE NA ALTA / TRANSFERÊNCIA: <input type="text"/> DIAS <input type="text"/> HORAS <input type="text"/>	IDADE AO FALECER: <input type="text"/> DIAS <input type="text"/> HORAS <input type="text"/>	DECÚBITO DORSAL: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO BCG: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO HEPATITE B: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	MORREU NO TRANSPORTE OU NO LUGAR TRANSFERIDO: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO IDADE (dias completos): <input type="text"/> < 1 dia PESO NA ALTA: <input type="text"/> g
ALTA MATERNA: <input type="radio"/> SADA <input type="radio"/> TRANSFERIDA <input type="radio"/> C/ PATOLOGIA		MORTE MATERNA: <input type="radio"/> GRAVIDEZ <input type="radio"/> PARTO <input type="radio"/> PUERPÉRIO	ORIENT. / CONTRACEÇÃO: <input type="radio"/> CONDOM <input type="radio"/> DIU <input type="radio"/> ORAL <input type="radio"/> OUTRA <input type="radio"/> LIC. DA TRQ. <input type="radio"/> RITMO <input type="radio"/> NENHUM		



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR
 COORDENAÇÃO DE IMUNIZAÇÃO

Unim 104

Unidade de Saúde: _____ PSF / Microárea: _____
 Nome: _____
 Data Nasc.: ____ / ____ / ____ Mãe: _____
 Endereço: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____

MUNICÍPIO DE PIMENTA
 Data: *15/08* / *2010*

VACINAS		BCCG	Hepalite B	Meningite Grupo C	Pneumo 10 Valente	Rotavírus	Poliomielite
LOTE	DATA						
ASSINAT.							
1ª Dose							
LOTE	DATA						
ASSINAT.							
2ª Dose							
LOTE	DATA						
ASSINAT.							
3ª Dose							
SITUAÇÕES ESPECIAIS		SITUAÇÕES ESPECIAIS				SITUAÇÕES ESPECIAIS	
LOTE	DATA						
ASSINAT.							
1ª Reforço							
LOTE	DATA						
ASSINAT.							
2ª Reforço							

[Handwritten signature]

"ESTE CARTÃO DEVE SER MANTIDO NO ARQUIVO DESSA UNIDADE E ESTAR ATUALIZADO"

INFLUENZA (CONTRA GRIPE)

_____ Lote:	_____ Lote:	_____ Lote:
_____ Val.:	_____ Val.:	_____ Val.:
_____ Ass.:	_____ Ass.:	_____ Ass.:
_____ Lote:	_____ Lote:	_____ Lote:
_____ Val.:	_____ Val.:	_____ Val.:
_____ Ass.:	_____ Ass.:	_____ Ass.:

HEPATITE B

_____ Lote:	_____ Lote:	_____ Lote:
_____ Val.:	_____ Val.:	_____ Val.:
_____ Ass.:	_____ Ass.:	_____ Ass.:
_____ Lote:	_____ Lote:	_____ Lote:
_____ Val.:	_____ Val.:	_____ Val.:
_____ Ass.:	_____ Ass.:	_____ Ass.:

FEBRE AMARELA

1ª Dose	2ª Dose
_____ Lote:	_____ Lote:
_____ Val.:	_____ Val.:
_____ Ass.:	_____ Ass.:

TRÍPLICE VIRAL (SARAMPO+RUBÉOLA+CAXUMBA)

1ª Dose	2ª Dose
_____ Lote:	_____ Lote:
_____ Val.:	_____ Val.:
_____ Ass.:	_____ Ass.:

OUTRAS VACINAS

1ª Dose	2ª Dose
_____ Lote:	_____ Lote:
_____ Val.:	_____ Val.:
_____ Ass.:	_____ Ass.:

OUTRAS VACINAS

1ª Dose	2ª Dose
_____ Lote:	_____ Lote:
_____ Val.:	_____ Val.:
_____ Ass.:	_____ Ass.:

item 125



Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
 Superintendência de Epidemiologia
 Coordenação de Imunização

CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

NOME:		
DN:	TIPO SANGÜÍNEO:	
END.:		
MUNICÍPIO:		
UF:	TELEFONE:	GRS:

DUPLA ADULTO (CONTRA TÉTANO E DIFTERIA)

1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Reforço
_____ Lote:	_____ Lote:	_____ Lote:	_____ Lote:
_____ Val.:	_____ Val.:	_____ Val.:	_____ Val.:
_____ Ass.:	_____ Ass.:	_____ Ass.:	_____ Ass.:

[Handwritten signature]



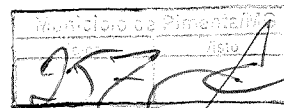
MUNICÍPIO DE PIMENTA

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Vista
132	1

GOVERNO DE PIMENTA - ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE, LAZER, CULTURA E TURISMO – SECTUR

TERMO DE REFERÊNCIA PREGÃO ELETRÔNICO Registro de Preços



Aquisição de Impressos e Produtos Gráficos em Geral

1. DO OBJETO

1.1. Registro de Preços para futura e eventual aquisição de impressos e produtos gráficos em Geral para atender a demanda das Secretarias: Secretaria de Administração e planejamento, Secretaria de Assistência Social, Secretaria de Saúde, Secretaria de Educação e Secretaria de Esportes, Lazer, Cultura e Turismo do Município de Pimenta-MG, conforme especificações e quantidades estabelecidas neste termo de referência.

2. JUSTIFICATIVA DA AQUISIÇÃO

2.1. A Aquisição de Impressos e Produtos gráficos em geral é estratégica dentro do Planejamento das atividades e serviços desenvolvidos bem como para a manutenção das atividades das secretarias atendidas no objeto acima pretendido, deste Município.

2.2. Justifica-se pela demanda apresentada pelas secretarias, tendo em vista que todo planejamento e execução das atividades das secretarias, anteriormente citadas nesse termo, dependem do objeto em questão.

2.3. Justifica-se pela falta imediata de Impressos e produtos gráficos em geral nas secretarias

2.4. O registro de preços para entrega do objeto garantirá o suprimento imediato, a cada oportunidade, isoladamente, ensejando-se a economicidade e a racionalização processual, assim como a agilidade no atendimento pretendido.

3. PRAZOS

3.1. O prazo de vigência do registro de preços será de 12 (doze) meses contados da data de assinatura do contrato/ata registro de preços, sendo prorrogável na forma da Lei nº 8.666/93.

3.2. Os bens deverão ter prazo de garantia de 12 (doze) meses, prevalecendo o prazo de garantia fixado pelo fabricante ou fornecedor, caso maior.

3.3. O prazo de entrega será obrigatoriamente no máximo de 15 (quinze) dias após a emissão e envio da "Nota de Autorização de Fornecimento" que será enviada preferencialmente por correio eletrônico.

4. CLASSIFICAÇÃO DOS BENS COMUNS

Guacós

Antonio da Silva



MUNICÍPIO DE PIMENTA

GOVERNO DE PIMENTA - ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE, LAZER, CULTURA E TURISMO - SECYUR

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Embra	Vista
133	1

Município de Pimenta	Estado de Minas Gerais
Assinatura	Data
<i>[Assinatura]</i>	<i>[Data]</i>

4.1. Os bens a serem contratados enquadram-se na classificação de bens comuns, nos termos da Lei nº 10.520, de 2002 e Decreto Federal nº 10.024/2019 e Decreto Municipal 2584/21.

5. DO PEDIDO, DA ENTREGA E CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO DO OBJETO

5.1. O Setor Compras emitirá Nota de Autorização de Fornecimento - NAF, a ser encaminhada à empresa contratada, preferencialmente por correio eletrônico, indicando os quantitativos e o local para cada entrega;

5.2. O prazo de entrega dos bens será de no máximo 15 (quinze) dias, contados da emissão e envio da "Nota de Autorização de Fornecimento" – NAF;

5.3. A entrega será feita em remessa parcelada, à medida das necessidades do Município, no endereço a ser indicado na "Nota de Autorização de Fornecimento" – NAF.

5.4. Os bens serão recebidos provisoriamente no prazo de 05 (cinco) dias, pelo(a) responsável pelo acompanhamento e fiscalização do contrato, para efeito de posterior verificação de sua conformidade com as especificações constantes neste Termo de Referência e na proposta.

5.5. Os bens poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes neste Termo de Referência e na proposta, devendo ser substituídos no prazo de 10 (dez) dias, a contar da notificação da contratada, às suas custas, sem prejuízo da aplicação das penalidades.

5.6. Os bens serão recebidos definitivamente no prazo de 10 (dez) dias, contados do recebimento provisório, após a verificação da qualidade e quantidade do material e consequente aceitação mediante termo circunstanciado.

5.6.1. Na hipótese de a verificação a que se refere o subitem anterior não ser procedida dentro do prazo fixado, reputar-se-á como realizada, consumando-se o recebimento definitivo no dia do esgotamento do prazo.

5.7. O recebimento provisório ou definitivo do objeto não exclui a responsabilidade da contratada pelos prejuízos resultantes da incorreta execução do contrato.

5.8. Os produtos do objeto poderão ser requisitados à Contratada separadamente, em ocasiões distintas, cada item na quantidade necessária, conforme a conveniência do Município.

6. OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

6.1. São obrigações do Contratante:

receber o objeto no prazo e condições estabelecidas no Edital e seus anexos;

6.1.1. Verificar minuciosamente, no prazo fixado, a conformidade dos bens recebidos provisoriamente com as especificações constantes do Edital e da proposta, para fins de aceitação e recebimento definitivo;

6.1.2. Comunicar à Contratada, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]



MUNICÍPIO DE PIMENTA

GOVERNO DE PIMENTA - ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE, LAZER, CULTURA E TURISMO - SECTUR

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Fecha	Visto
13/4	[assinatura]
Município de Pimenta/MG	
Setor	

6.1.3. Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da Contratada, através de comissão/servidor especialmente designado;

6.1.4. Efetuar o pagamento à Contratada no valor correspondente ao fornecimento do objeto, no prazo e forma estabelecidos no Edital e seus anexos;

6.2. A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela Contratada com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente Termo de Contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da Contratada, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

7. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

7.1. A Contratada deve cumprir todas as obrigações constantes no Edital, seus anexos e sua proposta, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto e, ainda:

7.1.1. Efetuar a entrega do objeto em perfeitas condições, conforme especificações, prazo e local constantes no Termo de Referência e seus anexos, acompanhado da respectiva nota fiscal.

7.1.2. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto, de acordo com os artigos 12, 13 e 17 a 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078, de 1990);

7.1.3. Substituir, reparar ou corrigir, às suas expensas, no prazo fixado neste Termo de Referência, o objeto com avarias ou defeitos;

7.1.4. Comunicar ao Contratante, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas que antecede a data da entrega, os motivos que impossibilitem o cumprimento do prazo previsto, com a devida comprovação;

7.1.5. Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;

7.1.6. Indicar preposto para representá-la durante a execução do contrato;

7.1.7. O contratado se obriga a cumprir todas as condições e prazos fixados pelo Município, assim como observar, atender, respeitar, cumprir e fazer cumprir a legislação aplicável, bem como a garantir a qualidade do objeto;

7.1.8. A contratada/detentora, nos casos de dispensa de retenção tributária, deverá comprovar a referida dispensa mediante a apresentação de documentação legal junto à Nota Fiscal, sob pena de retenção na fonte dos valores devidos.

8. DA SUBCONTRATAÇÃO

8.1. Não será admitida a subcontratação do objeto licitatório.

9. DA ALTERAÇÃO SUBJETIVA

9.1. É admissível a fusão, cisão ou incorporação da contratada com/em outra pessoa

[assinaturas]



MUNICÍPIO DE PIMENTA

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Vista
135	1

GOVERNO DE PIMENTA - ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE, LAZER, CULTURA E TURISMO - SECTUR

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Vista
135	1

jurídica, desde que sejam observados pela nova pessoa jurídica todos os requisitos de habilitação exigidos na licitação original; sejam mantidas as demais cláusulas e condições do contrato; não haja prejuízo à execução do objeto pactuado; e haja a anuência expressa da Administração à continuidade do contrato.

10. MEDIDAS ACAUTELADORAS

10.1. Consoante o Art. 45 da Lei nº 9.784/99, a Administração Pública poderá, sem a prévia manifestação do interessado, motivadamente, adotar providências acauteladoras, inclusive retendo o pagamento, em caso de risco iminente, como forma de prevenir a ocorrência de dano de difícil ou impossível reparação.

11. DO CONTROLE DA EXECUÇÃO

11.1. Nos termos do art. 67 Lei nº 8.666, de 1993, o servidor Paulo Sérgio Esteves, será responsável por acompanhar e fiscalizar a entrega dos bens, anotando em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução e determinando o que for necessário à regularização de falhas ou defeitos observados.

11.2. A fiscalização de que trata este item não exclui nem reduz a responsabilidade da Contratada, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que resultante de imperfeições técnicas ou vícios redibitórios, e, na ocorrência desta, não implica em corresponsabilidade da Administração ou de seus agentes e prepostos, de conformidade com o art. 70 da Lei nº 8.666, de 1993.

11.3. O representante da Administração anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução do contrato, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos funcionários eventualmente envolvidos, determinando o que for necessário à regularização das falhas ou defeitos observados e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis.

12. DO PAGAMENTO

12.1. O pagamento será realizado no prazo máximo de até 15 (quinze) dias, contados a partir do recebimento da Nota Fiscal ou Fatura, através de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo contratado.

12.2. Considera-se ocorrido o recebimento da nota fiscal ou fatura quando o órgão contratante atestar a execução do objeto do contrato.

12.3. A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal nos termos do art. 29 da Lei nº 8.666, de 1993.

12.4. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal ou dos documentos pertinentes à contratação, ou, ainda, circunstância que impeça a liquidação da despesa, como, por exemplo, obrigação financeira pendente, decorrente de penalidade imposta ou inadimplência, o pagamento ficará sobrestado até que a Contratada providencie as medidas

Domingos

Paulo Sérgio

Paulo Sérgio

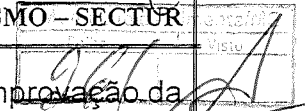


MUNICÍPIO DE PIMENTA

GOVERNO DE PIMENTA - ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE, LAZER, CULTURA E TURISMO - SECTUR

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Volume
136	1



saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a Contratante.

12.5. Antes de cada pagamento à contratada, será realizada consulta aos documentos de regularidade fiscal para verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas no edital.

12.5.1. Constatando-se a situação de irregularidade da contratada, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério da contratante.

12.6. Não havendo regularização ou sendo a defesa considerada improcedente, a contratante deverá comunicar aos órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal quanto à inadimplência da contratada, bem como quanto à existência de pagamento a ser efetuado, para que sejam acionados os meios pertinentes e necessários para garantir o recebimento de seus créditos.

12.7. Persistindo a irregularidade, o contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada à contratada a ampla defesa.

12.7.1. Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso a contratada não regularize sua situação fiscal.

12.7.1.1. Será rescindido o contrato em execução com a contratada irregular no que tange a regularidade fiscal, salvo por motivo de economicidade, segurança nacional ou outro de interesse público de alta relevância, devidamente justificado, em qualquer caso, pela máxima autoridade do contratante.

12.8. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável.

13. DO REAJUSTE

13.1. Os preços são fixos e irrevogáveis no prazo de um ano contado da data limite para a apresentação das propostas.

13.2. Excetuando a regra de reajuste prevista no item anterior, preço do objeto da presente licitação poderá ser alterado, nos casos de fatos imprevisíveis, previsíveis, mas de consequências incalculáveis, caso fortuito, força maior e fato do príncipe para manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

13.2.1. Para que se delibere quanto ao equilíbrio econômico-financeiro, a contratada deverá encaminhar, à Administração Pública contratante, ofício solicitando a alteração de preços juntamente com documentação comprobatória e hábil para verificação do desequilíbrio econômico-financeiro.

13.2.2. É facultado ao Município, antes da apreciação do pedido de realinhamento, verificar se o percentual de equilíbrio solicitado está em conformidade com os padrões de mercado, o que se efetivará através de pesquisa de preço ou outro meio compatível.

Handwritten signatures and notes at the bottom of the page.

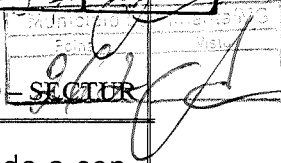


MUNICÍPIO DE PIMENTA

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Visto
132	1

GOVERNO DE PIMENTA - ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE, LAZER, CULTURA E TURISMO



13.2.3. Aplica-se o especificado acima para supressão do valor, devendo a contratada informar à contratante que houve supressão do valor.

14. DA GARANTIA DE EXECUÇÃO

14.1. Não haverá exigência de garantia nos termos do Art. 56 da Lei n. 8.666/93, tendo em vista que o(s) pagamento(s) será(ão) efetuado(s) após a entrega e aceitação definitiva do objeto.

15. DAS INFRAÇÕES E SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

15.1. O contratado/detentor que ensejar o retardamento da execução do objeto, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal, ficará impedido de licitar e contratar com a Administração Pública contratante e será descredenciado do sistema de cadastramento de fornecedores deste órgão pelo prazo de até 05 (cinco) anos nos termos do Art. 7º da Lei 10.520/02, sem prejuízo das multas previstas no edital e no contrato e das demais cominações legais previstas nos Arts. 81 a 88 da Lei 8.666/93 que tem aplicação subsidiária.

16. DOS CRIMES E DAS PENALIDADES

16.1. O contratado/detentor que cometer fraude ao contrato (Art. 337-L da Lei 14.133/21) ou que declarado inidôneo, venha contratar com a Administração Pública (Art. 337-M, §2º da Lei 14.133/21) se sujeita às penas previstas na Lei 14.133/21, Título V, Capítulo II-B no que se refere aos crimes em licitações e contratos administrativos.

17. ESTIMATIVA DE PREÇOS E PREÇOS REFERENCIAIS

17.1. Conforme exigência legal, foi realizada pesquisa de preços de mercado e o custo estimado total é de R\$ 231.385,24 (duzentos e trinta e um mil, trezentos e oitenta e cinco reais e vinte e quatro centavos) e será o valor máximo definido para esta licitação devendo serem respeitados, caso a caso, os valores unitários e totais.

17.2. O custo estimado foi apurado a partir de mapa de preços constante do processo administrativo, elaborado com base em média aritmética saneada, após pesquisa de preços com:

- 17.2.1. Painel de Preços do Governo Federal;
- 17.2.2. Preços praticados em outros órgãos públicos;
- 17.2.3. Banco de preços especializado TCE-MG;
- 17.2.4. Fornecedores do ramo pertinente;
- 17.2.5. Site Fonte de Preços;

18. CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO ESPECÍFICA

Handwritten signatures and notes at the bottom of the page.



MUNICÍPIO DE PIMENTA

GOVERNO DE PIMENTA - ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE, LAZER, CULTURA E TURISMO - SECTUR

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Fonte	Voto
138	21
MUNICÍPIO DE PIMENTA	
SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE, LAZER, CULTURA E TURISMO	

18.1. Considerando o objeto deste Termo de Referência, que se trata de aquisição de Impressos e Produtos gráficos em geral não há que se exigir, nenhum requisito específico para habilitação da contratada.

19. DA FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

19.1. A fiscalização do Contrato caberá ao servidor Paulo Sérgio Esteves.

19.2. A Administração poderá designar outro fiscal, quando conveniente, sendo consignado formalmente nos autos sem necessidade de elaboração de termo aditivo.

19.3. A ação de fiscalização não exonera a Contratada de suas responsabilidades contratuais.

20. DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS.

20.1. 20.1. As projeções das despesas para atender a esta licitação estão programadas em dotações orçamentárias próprias, recursos estaduais e recursos federais, consignadas no orçamento municipal para o exercício corrente, nas seguintes rubricas:

Secretaria de Administração e Planejamento:

Ficha 088 - 02.02.01.04.122.0017.2015.3.3.90.30.00 Fonte 1.00.00

Secretaria de Assistência Social:

Ficha 569 - 02.07.01.08.122.0011.2088.3.3.90.30.00 Fonte 1.00.00

Ficha 591 - 02.07.01.08.244.0011.2092.3.3.90.30.00 Fonte 1.00.00

Ficha 618 - 02.07.01.08.243.0011.2176.3.3.90.30.00 Fonte 1.00.00

Ficha 629 - 02.07.03.08.122.0011.2095.3.3.90.30.00 Fonte 1.29.00

Secretaria de Saúde:

Ficha 388 - 02.06.01 10.122.0008.2064 3.3.90.30.00 Fonte: 1.02.00

Ficha 482 - 02.06.02 10.301.0009.2075 3.3.90.30.00 Fonte: 1.55.00

Ficha 947 - 02.06.02 10.301.0009.2182 3.3.90.30.00 Fonte: 1.55.00

Ficha 947 - 02.06.02 10.301.0009.2182 3.3.90.30.00 Fonte: 1.59.00

Ficha 496 - 02.06.02 10.301.0009.2183 3.3.90.30.00 Fonte: 1.59.00

Ficha 522 - 02.06.02 10.302.0009.2183 3.3.90.30.00 Fonte: 1.59.00

Secretaria de Esportes, Lazer, Cultura e Turismo:

Ficha 667 - 02.08.01 04.122.0012.2103 3.3.90.30.00 Fonte 1.00.00

Ficha 677 - 02.08.01 27.811.0012.2113 3.3.90.30.00 Fonte 1.00.00

Ficha 697 - 02.08.01 13.392.0012.2105 3.3.90.30.00 Fonte 1.00.00

Secretaria de Educação:

Ficha 137 - 02.04.01.12.122.0004.2026.3.3.90.30.00 Fonte 1.01.00

Ficha 158 - 02.04.01.12.361.0004.2028.3.3.90.30.00 Fonte 1.01.00

Ficha 175 - 02.04.01.12.365.0005.2030.3.3.90.30.00 Fonte 1.01.00

Ficha 186 - 02.04.01.12.365.0005.2030.3.3.90.30.00 Fonte 1.01.00

Ficha 224 - 02.04.01.12.361.0007.2038.3.3.90.30.00 Fonte 1.19.00

Ficha 232 - 02.04.01.12.361.0007.2039.3.3.90.30.00 Fonte 1.19.00

Ficha 305 - 02.04.01.12.361.0006.2047.3.3.90.30.00 Fonte 1.47.00

Ficha 314 - 02.04.01.12.361.0006.2049.3.3.90.30.00 Fonte 1.00.00

[Handwritten signatures and initials]

[Handwritten signatures and initials]

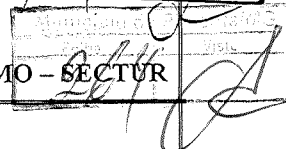


MUNICÍPIO DE PIMENTA

GOVERNO DE PIMENTA - ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE, LAZER, CULTURA E TURISMO - SECTUR

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Vista
199	1



21. DA NATUREZA DO PROCEDIMENTO

21.1. Pela natureza do objeto, não há como precisar os quantitativos a serem gastos para o período, razão pela qual solicitamos que seja realizado Pregão para Registro de Preços nos termos legais.

22. APLICABILIDADE DA LEI COMPLEMENTAR 123/06

22.1. O objeto deste Termo de Referência está dividido em itens que são exclusivos para a participação das microempresas - ME, empresas de pequeno porte- EPP equiparadas, nos termos do art.48,I,da Lei Complementar nº123/2006.

23. PLANILHA QUANTITATIVA E PREÇOS MÉDIOS

23.1. Apresentamos abaixo Planilha Quantitativa com preços médios (teto máximo), especificações detalhadas e exigências específicas para a aquisição do objeto.

ITEM	PRODUTO / DESCRIÇÃO	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
1	Impresso "Agendamento de Viagem" Conforme Modelo / Papel AP. 75g / Escritas Em Tinta Azul / Formato Frente Paisagem / Tamanho A4 Ou 21,0 X 29,7cm / Bloco com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	10	R\$ 5,58	R\$ 55,80
2	Impresso "Atendimento Ambulatorial" Conforme Modelo / Papel AP. 75g / Escritas em Tinta Azul / Formato Frente e Verso Paisagem / Tamanho A4 ou 21,0 X 29,7cm / Bloco com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	10	R\$ 5,58	R\$ 55,80
3	Impresso "Declaração De Comparecimento" Conforme Modelo / Papel AP. 75g / Escritas em Tinta Azul / Formato Frente Paisagem / Tamanho 16 x 11,5cm / Bloco Com 100 Folhas De 1 Via.	Bloco	50	R\$ 3,45	R\$ 172,50
4	Impresso "Envelope Com Timbre Prefeitura " / Conforme Modelo / Cor Ouro / Escritas em Tinta Preta / Tamanho 18,5 X 24 cm.	Unid.	1000	R\$ 0,26	R\$ 260,00
5	Impresso "Cartão Para Controle de Hipertensão e Diabetes" / Conforme Modelo / Cartolina 180 Gramas / Escrita Tinta Azul/ Formato Paisagem / Frente e Verso / Tamanho 22,5 X 30,5 Cm.	Unid.	1.500	R\$ 0,29	R\$ 435,00

Domings

Felício



MUNICÍPIO DE PIMENTA

GOVERNO DE PIMENTA - ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE, LAZER, CULTURA E TURISMO - SECTUR

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folhas	Vendas
140	14

[Handwritten signature and stamp]

6	Impresso "Ficha De Referência e Contra Referência" - Conforme Modelo / Papel S.B. 56g / Escritas em Tinta Azul / Formato Frente Retrato / Tamanho A4 Ou 21,0 X 29,7cm / Bloco com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	20	R\$ 5,58	R\$ 111,60
7	Impresso "Ficha Itinerário Semanal de Trabalho" Conforme Modelo / Papel AP. 75g / Escritas em Tinta Azul / Formato Frente Retrato/ Tamanho A4 ou 21,0 X 29,7cm / Bloco com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	20	R\$ 5,58	R\$ 111,60
8	Impresso "Ficha de Marcação de Consulta" / Conforme Modelo / Papel AP. 56g / Escritas em Tinta Azul / Frente / Formato Paisagem / Tamanho 12,5,0 x 8,5cm / Bloco com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	100	R\$ 2,95	R\$ 295,00
9	Impresso "Notificação Vigilância Sanitária Auto/Termo" Conforme Modelo/ Papel Autocopiático 56g/ Escritas em Tinta Azul/ Formato Retrato/ Tamanho A4 ou 21,0 X 29,7cm/ Bloco Carbonado com 3 Vias/ 1ª Via Folha Branca e 2ª Via Folha Rosa e 3ª Via Folha Azul.	Bloco	20	R\$ 19,49	R\$ 389,80
10	Impresso "Receituário Médico" / Conforme Modelo / Papel AP. 56g / Escrita Em Tinta Azul / Formato Retrato / Tamanho A5 (148mm x 210mm) / Bloco Com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	500	R\$ 2,57	R\$ 1.285,00
11	Impresso "Requisição De Mamografia - Ministério Da Saúde" / Conforme Modelo / Papel AP. 75g / Escrita em Duas Cores / Frente e Verso / Formato Retrato / Tamanho A4 (21,0 x 29,7cm) / Bloco Frente e Verso com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	10	R\$ 5,49	R\$ 54,90
12	Impresso "Rotulo De Tubo Para Larvas" - Conforme Modelo/ Papel AP. 56g / Escrita em Tinta Preta/ Formato Retrato/ Tamanho A4 (21,0 x 29,7cm) / Com 20 Rótulos Destacáveis (Picotados) em Cada Folha / Folha.	Unid.	100	R\$ 4,35	R\$ 435,00
13	Impresso "Comunicação Interna"-Conforme Modelo/ Papel AP. 75g / Escritas em Tinta Azul/ Formato Retrato/ Tamanho 19,0x13,0cm/ Bloco Com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	10	R\$ 4,47	R\$ 44,70
14	Impresso "Requisição De Exame Citopatológico-Colo Do Utero" / Conforme Modelo / Papel AP. 75g / Escrita em Tinta Azul / Frente e Verso / Formato Retrato / Tamanho A4 ou 21,0 X 29,7cm / Bloco Frente e Verso Com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	10	R\$ 5,14	R\$ 51,40

60

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

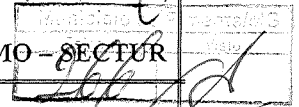


MUNICÍPIO DE PIMENTA

GOVERNO DE PIMENTA - ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE, LAZER, CULTURA E TURISMO - SECTOR

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Emprego	Visto
441	de



15	Impresso "Cadastro Domiciliar" / Conforme Modelo / Papel AP. 75g / 4x0 Cores / Frente / Formato Paisagem Frente E Verso / Tamanho A4 (21,0 x 29,7cm) / Bloco Com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	10	R\$ 5,58	R\$ 55,80
16	Impresso "Ficha De Visita Domiciliar" / Conforme Modelo / Papel AP. 75g / Impressão Preto e Branco / Frente e Verso / Formato Paisagem Frente e Verso / Tamanho A4 (21,0 x 29,7cm) / Bloco com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	10	R\$ 5,58	R\$ 55,80
17	Impresso "Ficha De Atendimento Individual" / Conforme Modelo / Papel AP. 75g / Impressão Preto e Branco / Frente e Verso / Formato Paisagem Frente e Verso / Tamanho A4 (21,0 x 29,7cm) / Bloco Com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	10	R\$ 6,10	R\$ 61,00
18	Impresso "Ficha De Atividade Coletiva" / Conforme Modelo / Papel AP. 75g / Impressão Preto e Branco / Frente e Verso / Formato Paisagem Frente e Verso / Tamanho A4 (21,0 x 29,7cm) / Bloco com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	10	R\$ 5,58	R\$ 55,80
19	Impresso "Ficha De Atendimento Odontológico Individual" / Conforme Modelo / Papel AP. 75g / Impressão Preto E Branco / Frente E Verso / Formato Paisagem Frente e Verso / Tamanho A4 (21,0 x 29,7cm) / Bloco Com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	10	R\$ 5,58	R\$ 55,80
20	Impresso "Boletim Produção Individual- BPI" Conforme Modelo / Papel Branco 75 Gramas / Escritas em Tinta Azul / Formato Frente e Verso Paisagem / Tamanho A4 21,0 x 29,7cm) / Bloco Com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	10	R\$ 5,58	R\$ 55,80
21	Impresso "Boletim De Reconhecimento - PCFAD" / Conforme Modelo / Papel AP. 56g / Escritas Em Tinta Azul / Formato Retrato / Tamanho A4 ou 21,0 X 29,7cm / Bloco com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	20	R\$ 5,58	R\$ 111,60
22	Impresso "Controle Diário De Atendimento" Conforme Modelo / Papel AP. 75g / Escritas em Tinta Azul / Formato Frente e Verso Paisagem / Tamanho A4 Ou 21,0 X 29,7cm / Bloco Com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	10	R\$ 5,58	R\$ 55,80
23	Impresso "Diário De Pesquisa E Borrifação" Conforme Modelo / Papel AP. 75g / Escritas em Tinta Azul / Formato Frente Paisagem / Tamanho 16 X11,5cm / Bloco com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	20	R\$ 3,23	R\$ 64,60
24	Impresso "Envelope Com Timbre Prefeitura " / Conforme Modelo / Cor Ouro / Escritas em Tinta Preta / Tamanho 34 X 24cm.	Unid.	3000	R\$ 0,44	R\$ 1.320,00

Seminhas

Reposta

de



MUNICÍPIO DE PIMENTA

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	149
Voto	14

GOVERNO DE PIMENTA - ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE, LAZER, CULTURA E TURISMO - SECTUR

25	Impresso "Ficha de Visita Domiciliar Data e Hora" - Conforme Modelo / Timbre da Prefeitura/ Papel AP. 56g / Escritas Em Tinta Azul / Formato Frente Paisagem/ Tamanho 11,5 X16,0cm / Bloco Com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	30	R\$ 2,93	R\$ 87,90
26	Impresso "Fichário Rotativo De Exame Citopatológico" -Conforme Modelo/ Papel AP. 180g / Escrita Em Tinta Azul/ Formato Paisagem / Frente E Verso/ Tamanho 25x13cm.	Unid.	4.000	R\$ 0,21	R\$ 840,00
27	Impresso "Laudo Autorização De Procedimento Ambulatorial"- Conforme Modelo/ Escritas Em Tinta Azul/ Tamanho A4 Ou 21,0 X 29,7cm/ Bloco Carbonado com 2 Vias/ 1ª Via Papel AP. 56g E 2ª Via Super Bond 56g.	Bloco	5	R\$ 6,10	R\$ 30,50
28	Impresso "Receita Azul "- Conforme Modelo/ Com Canhoto E Numeração A Ser Repassada/ Papel Super Bond Azul 56g/ Escrita Preta/ Tamanho 23 X 9cm/ Formato Paisagem/ Bloco Picotado Com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	200	R\$ 7,56	R\$ 1.512,00
29	Impresso "Solicitação De Atendimento De TFD - Tratamento Fora Do Domicílio" / Conforme Modelo / Escritas Em Tinta Azul / Formato Retrato / Tamanho A4 ou 21,0 X 17,0cm / Bloco Carbonado e Picotado de 50 Folhas com 2 Vias - 1ª Via AP. 56g Branca e 2ª Via SB. 56g Amarela.	Bloco	10	R\$ 20,04	R\$ 200,40
30	Impresso "Resumo Geral De Reconhecimento Geográfico" / Conforme Modelo / Papel AP. 56g / Escritas Em Tinta Azul / Formato Retrato / Tamanho A4 Ou 21,0 X 29,7cm / Bloco com 100 Folhas De 1 Via.	Bloco	20	R\$ 5,58	R\$ 111,60
31	Impresso "Prontuário Odontológico "- Conforme Modelo / Papel AP. 75g / Escritas Em Tinta Azul / Formato Retrato Frente E Verso / Tamanho A4 Ou 21,0 x 29,7cm / Bloco Com 100 Folhas De 1 Via.	Bloco	10	R\$ 5,58	R\$ 55,80
32	Impresso "Roteiro de Supervisão de Campo do Programa de Controle da Dengue" / Conforme Modelo / Papel AP. 75g / Escritas Em Tinta Preta / Frente / Formato Paisagem Frente e Verso / Tamanho A4 Ou 21,0 X 29,7cm / Bloco com 100 Folhas De 1 Via.	Bloco	15	R\$ 5,55	R\$ 83,25
33	Impresso "Questionário De Pesquisa De Satisfação Dos Usuários Do CMS" - Conforme Modelo/ Papel AP. 56g / Escritas em Tinta Azul / Timbre do Conselho Municipal de Saúde/ Retrato/ Tamanho 21,3x 15,5 Cm/ Bloco com 100 Folhas De 1 Via.	Bloco	15	R\$ 4,68	R\$ 70,20

AC

Domingos Ribeiro

[Handwritten signature]

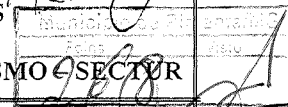


MUNICÍPIO DE PIMENTA

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Fecha	Vsté
14/03	14/03

GOVERNO DE PIMENTA - ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE, LAZER, CULTURA E TURISMO



34	Impresso "Envelope De Prontuário Familiar Com Classificação De Risco" - Conforme Modelo/ Kraft Natural E Tarja Vermelha/ Escrita Em Tinta Preta/ Formato Paisagem/ Tamanho 34 X 24cm.	Unid.	500	R\$ 0,32	R\$ 160,00
35	Impresso "Envelope De Prontuário Familiar Com Classificação De Risco" - Conforme Modelo/ Kraft Natural E Tarja Azul/ Escrita Em Tinta Preta/ Formato Paisagem/ Tamanho 34 X 24cm.	Unid.	3.000	R\$ 0,32	R\$ 960,00
36	Impresso "Envelope De Prontuário Familiar Com Classificação De Risco" - Conforme Modelo/ Kraft Natural E Tarja Verde/ Escrita Em Tinta Preta/ Formato Paisagem/ Tamanho 34 X 24cm.	Unid.	2.500	R\$ 0,32	R\$ 800,00
37	Impresso "Envelope De Prontuário Familiar Com Classificação De Risco" - Conforme Modelo/ Kraft Natural E Tarja Amarela/ Escrita Em Tinta Preta/ Formato Paisagem/ Tamanho 34 X 24cm.	Unid.	2.000	R\$ 0,32	R\$ 640,00
38	Impresso "Impresso Folder" / Papel AP. 75g / Escritas Em Tinta Azul/ Formato Paisagem Frente E Verso/ Tamanho A4 Ou 21,0 X 29,7cm / Cento	Cento	100	R\$ 6,08	R\$ 608,00
39	Impresso " PRODUÇÃO FISIOTERAPIA"- Conforme Modelo/ Papel AP. 75g / Escritas Em Tinta Azul/ Formato Retrato / Tamanho 19,3 X 13,0cm / Bloco Com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	10	R\$ 3,04	R\$ 30,40
40	Impresso "Ficha De Procedimentos" / Conforme Modelo / Papel AP. 75g / Impressão Preto d Branco / Frente / Formato Paisagem Frente e Verso / Tamanho A4 ou 21,0 X 29,7cm / Bloco com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	5	R\$ 5,58	R\$ 27,90
41	Impresso "Cadastro Individual" / Conforme Modelo / Papel AP. 75g / Impressão Preto E Branco / Frente E Verso / Formato Paisagem Frente E Verso / Tamanho A4 Ou 21,0 X 29,7cm / Bloco Com 100 Folhas De 1 Via	Bloco	10	R\$ 5,55	R\$ 55,50
42	Impresso "Registro Diário Do Serviço Antivetorial " / Conforme Modelo/ Papel AP. 75g / Escritas Em Tinta Azul/ Formato Paisagem Frente E Verso/Tamanho A4 ou 21,0 X 29,7cm / Bloco com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	15	R\$ 5,55	R\$ 83,25
43	Impresso "Registro Semanal Do Serviço Antivetorial " / Conforme Modelo/ Papel AP. 75g / Escritas Em Tinta Azul/ Formato Paisagem Frente E Verso/Tamanho A4 ou 21,0 X 29,7cm / Bloco com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	15	R\$ 5,55	R\$ 83,25
44	Impresso "Laudo Para Solicitação De Autorização De Internação Hospitalar – AIH" – Conforme Modelo / Papel AP. 75g / Escritas Em Tinta Azul / Formato Retrato/ Frente / Tamanho A4 ou 21,0 X 29,7cm / Bloco com 100 Folhas de 2 Via Autocopiativa.	Bloco	10	R\$ 6,10	R\$ 61,00

Benjamin

Roberto

14/03/2014

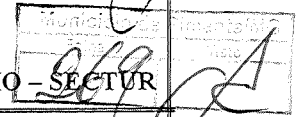


MUNICÍPIO DE PIMENTA

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Posto	Voto
14/4	21

GOVERNO DE PIMENTA - ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE, LAZER, CULTURA E TURISMO - SECTUR



45	Impresso " Mapa De Acompanhamento - SISVAN" - Conforme Modelo/ Papel AP. 75g / Escritas Em Tinta Azul/ Formato Paisagem Frente E Verso/Tamanho A4 ou 21,0 X 29,7cm / Bloco com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	10	R\$ 5,55	R\$ 55,50
46	Impresso "Marcadores De Consumo Alimentar – SISVAN" - Conforme Modelo / Papel AP. 75g / Escritas Em Tinta Azul / Formato Retrato Frente e Verso / Tamanho A4 ou 21,0 X 29,7cm / Bloco com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	10	R\$ 5,55	R\$ 55,50
47	Impresso "Agendamento De Consultas E Exames - SMS" - Conforme Modelo / Papel AP. 56g / Escritas Em Tinta Azul / Frente / Formato Paisagem / Tamanho 12,5,0 X 8,5cm / Bloco com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	100	R\$ 4,55	R\$ 455,00
48	Impresso "Registro Das Ações Ambulatoriais de Saúde/ Formulário de Atenção Psicossocial no CAPS – RAAS" Conforme Modelo / Papel AP. 75g / Escritas em Tinta Azul / Formato Retrato Frente e Verso / Tamanho A4 ou 21,0 X 29,7cm / Bloco com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	10	R\$ 5,55	R\$ 55,50
49	Impresso "Protocolo De Procedimentos"/ Conforme Modelo / Papel AP. 75g / Escritas em Tinta Azul / Formato Retrato Frente / Tamanho A4 Ou 21,0 X 29,7cm / Bloco com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	7	R\$ 5,55	R\$ 38,85
50	Impresso "Aviso De Marcação De Consultas E Exames UBS JK" / Conforme Modelo / Papel AP. 56g / Escritas Em Tinta Azul / Frente / Formato Paisagem / Tamanho 12,5,0 X 8,5cm / Bloco com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	50	R\$ 3,18	R\$ 159,00
51	Impresso "Aviso de Marcação de Consultas e Exames UBS Santo Antonio" / Conforme Modelo / Papel AP. 56g / Escritas em Tinta Azul / Frente / Formato Paisagem / Tamanho 12,5,0 X 8,5cm / Bloco com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	50	R\$ 3,18	R\$ 159,00
52	Impresso "Aviso De Marcação De Consultas E Exames UBS Santa Rita" / Conforme Modelo / Papel AP. 56g / Escritas em Tinta Azul / Frente / Formato Paisagem / Tamanho 12,5,0 X 8,5cm / Bloco com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	50	R\$ 3,18	R\$ 159,00
53	Adesivo Plástico / Corte redondo / Material Vinil com Brilho / 4x0 Cores / Dimensões 9,5 x 9,5cm Un./M²	M²	50	R\$ 34,77	R\$ 1.738,50
54	Adesivo Plástico / Plástico Vinil com Brilho /4x0 Cores / Dimensões 20 x 22 cm/ Un /M²	M²	70	R\$ 38,10	R\$ 2.667,00
55	Banner Arte Digital / 4x0 Cores / Material Lona Brilho / Dimensões 0,80 X 1,20m.	Unid.	50	R\$ 35,48	R\$ 1.774,00

Handwritten signature

Handwritten signature and stamp



MUNICÍPIO DE PIMENTA

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Vista
145	

GOVERNO DE PIMENTA - ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE, LAZER, CULTURA E TURISMO - SECTUR

56	Banner Arte Digital / 4x0 Cores / Material Lona Brilho / Dimensões 0,60 X 0,90m.	Unid.	50	R\$ 37,65	R\$ 1.882,50
57	Banner Arte Digital / 4x0 Cores / Material Lona Brilho / Dimensões 1,00 X 1,15 m.	Unid.	40	R\$ 73,84	R\$ 2.953,60
58	Carimbo Automático nº 20 / Área Da Borracha Com As Dimensões Mínima de 38x14mm Para Até Quatro Linhas / Cores Variadas / Com Refil.	Unid.	75	R\$ 28,62	R\$ 2.146,50
59	Carimbo Automático nº 30 / Área Da Borracha Com As Dimensões Mínima de 47x18mm Para Até Quatro Linhas / Cores Variadas / Com Refil.	Unid.	39	R\$ 31,60	R\$ 1.232,40
60	Carimbo Automático nº 40 / Área Da Borracha Com As Dimensões Mínima de 59x23mm Para Até Quatro Linhas / Cores Variadas / Com Refil.	Unid.	24	R\$ 46,27	R\$ 1.110,48
61	Carimbo de Madeira Base e Cabo Envernizado : Temas Diversos / Medidas 5,0 x 3,0 cm.	Unid.	30	R\$ 21,66	R\$ 649,80
62	Carimbo de Madeira Base e Cabo Envernizado : Temas Diversos / Medidas 6,0 x 4,0 cm.	Unid.	25	R\$ 23,66	R\$ 591,50
63	Convites Caligrafado com vinco / Papel Ofset Liso 180g Cores Variadas / Tamanho 20 x 15cm. Unid.	UNID.	10.000	R\$ 0,25	R\$ 2.500,00
64	Encarte em Papel Couché 90 grs / Tamanho 21 x 29,7 cm (A4) / 4 x 4 Cores / Frente e Verso / Com Visor para Conteúdo Interno em Recorte Retangular. Unid.	UNID.	10.000	R\$ 0,27	R\$ 2.700,00
65	Encarte em Papel Couché 90 grs / 4x0 Cores / Frente e Verso/ Tamanho 31,5 x 44,5 cm. Unid.	UNID.	2000	R\$ 2,10	R\$ 4.200,00
66	Faixa de Lona Digital / Impressão colorida / 2 Ilhós ao Longo de cada Bastão e Ponteira. M ²	M ²	200	R\$ 41,06	R\$ 8.212,00
67	Impresso "Envelope Com Timbre Prefeitura " / Conforme Modelo / Cor Pardo / Escritas em Tinta Preta / Tamanho 18,5 x 24 cm.	Unid.	2300	R\$ 0,37	R\$ 851,00
68	Impresso "Envelope Com Timbre Prefeitura " / Conforme Modelo / Cor Pardo / Escritas em Tinta Preta / Tamanho 24 x 34 cm.	Unid.	1050	R\$ 0,29	R\$ 304,50
69	Impresso "Flyer" / Papel Couché 90g / Escritas em Tinta Azul/ Formato Paisagem Frente e Verso/ Tamanho 20,5 X 14,5 Cm /Unid	UNID.	10.000	R\$ 0,16	R\$ 1.600,00
70	Impresso "Folder" / Papel Couché 90g / 4x1 Cores / Frente e Verso / Tamanho A4 ou 21,0 X 29,7cm / Unid.	UNID.	10.000	R\$ 0,23	R\$ 2.300,00
71	Adesivo Plástico / Material Vinil com Brilho / 4x1 Cores / m ²	m ²	80	R\$ 51,52	R\$ 4.121,60

Severina

10.000,00

Y. L. L.



MUNICÍPIO DE PIMENTA

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha 7	Valor
146	10

GOVERNO DE PIMENTA - ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE, LAZER, CULTURA E TURISMO - **SECRETUR**

72	Banner Impresso em Lona de Alto Brilho / Impressão Digital 4x1 Cores / M ²	m ²	100	R\$ 40,00	R\$ 4.000,00
73	Bloco de Requisição de Materiais e Serviços /bloco com 100 Folhas / Em 2 Vias Branca e Azul / Papel AP 45 grs /.	Bloco	10	R\$ 4,57	R\$ 45,70
74	Bloco Para Comunicação Interna/ bloco com 100 Páginas / Papel AP 45 grs / 1 via / Tamanho 15 x 21 cm .	Bloco	30	R\$ 5,58	R\$ 167,40
75	Cartaz A3 / 4x0 Cores / Tamanho 27,5 x 39cm / Papel Couché 170 grs .	Unid.	5000	R\$ 0,98	R\$ 4.900,00
76	Carteirinha Praça de Esporte /Impressão Monocromática na cor Azul/ Papel Couché 230 grs / Tamaho 215x297mm / Impressão 5 Carteirinhas por Folha / Carteirinhas Pico-tadas Individualmente para Descarte / Pct c/100 und.	PCT	20	R\$ 73,33	R\$ 1.466,60
77	Folder 30 x 21cm / Impressão em 4 x 4 Cores / Papel Couché 115 grs / Unid.	Unid.	8000	R\$ 0,23	R\$ 1.840,00
78	Impresso "Flyer"/ Papel Couché 90g / Escritas em Tinta Azul/ Formato Paisagem Frente / Tamanho 20,5 X 14,5 Cm / Unid.	UNID.	3000	R\$ 0,21	R\$ 630,00
79	Impresso Folder / Tamanho 45 x 60cm / Impressão em 4x1 Cores / Frente e Verso / Papel Couché 150 grs / Unid.	UNID	5000	R\$ 0,59	R\$ 2.950,00
80	Impresso Informativo / Papel Couché 150grs / Tamanho 32 x 23 cm / Impressão Cores 4x1 / Frente e Verso / Arte Inclusa. Pct c/100 unid.	PCT	70	R\$ 24,89	R\$ 1.742,30
81	Impresso Informativo /Tipo Revista / Papel Couché 115 grs / Impressão em 4x4 Cores / Frente e Verso / Tamanho 46 x 32cm / Encadernado / Unidade: Página Aberta.	Página	80.000	R\$ 0,49	R\$39.200,00
82	Ingresso Cor Azul / Papel AP 75 / Formato 32 / Bloco 100x1 via.	Bloco	100	R\$ 2,93	R\$ 293,00
83	Ingresso Cor de Rosa / Papel AP 75 / Formato 32 / Bloco 100x1 via.	Bloco	110	R\$ 2,93	R\$ 322,30
84	Outdoor 9x3 m / Papel Couche 150 g / Impressão Digital /a ser colocado na zona urbana e rural do Município de Pimenta-MG	UNID.	20	R\$208,91	R\$ 4.178,20
85	Cartão de Visita / Confeccionado em Papel Couché Liso Brilhante 300 G/M ² / Tamanho Mínimo de 9,5x5,5 cm / 4x4 Cores / Verniz Localizado e Corte Arredondado nas Arestas / Apresentação: Pct c/100 unid.	PCT	10	R\$ 29,88	R\$ 298,80

Amiraj *10/10/20*



MUNICÍPIO DE PIMENTA

GOVERNO DE PIMENTA - ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE, LAZER, CULTURA E TURISMO - SECTUR



86	Placa de Sinalização /Para identificação/ Com dizeres / Chapa de ACM 5mm / Com Aplicação de Adesivo Recortado eletronicamente / Marrom / Com fundo Branco / Desenho detalhado de Setas e Pictogramas Turístico e Cultural.	m ²	300	R\$ 55,64	R\$16.692,00
87	Wilmd banner fly flang dupla fase 2,5m completo arte e base	Unid	50	R\$169,91	R\$ 8.495,50
88	Impresso "Notificação Fiscalização de Obras e Postura Auto/Termo" / Papel Autocopiático 56g/ Escritas em Tinta Azul/ Formato Retrato/ Tamanho A4 ou 21,0 X 29,7cm/ Bloco Carbonado com 3 Vias/ 1ª Via Folha Branca e 2ª Via Folha Rosa e 3ª Via Folha Azul / Apresentação: Bloco com 100 Páginas.	Bloco	12	R\$ 15,68	R\$ 188,16
89	Impresso "Receituário Médico CAPS" / Conforme Modelo / Papel AP. 56g / Escrita Em Tinta Azul / Formato Retrato / Tamanho A5 (148mm x 210mm) / Bloco Com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	200	R\$ 4,60	R\$ 920,00
90	Cartão Dengue / Conforme Modelo / Cartolina 180 Gramas / Escrita Tinta Preta/ Formato Paisagem / Frente e Verso / Tamanho 21,0 X 30,0 Cm.	Unid	5.000	R\$ 0,10	R\$ 500,00
91	Cartão Vacinação antirrabica /Conforme Modelo / Cartolina 180 Gramas / Escrita Tinta Preta/ Formato Paisagem / Frente e Verso / Tamanho 10,0 X 20,0 Cm.	Unid	5000	R\$ 0,18	R\$ 900,00
92	Cartão agendamento de preventivo/Conforme Modelo / Cartolina 180 Gramas / Escrita Tinta Preta/ Formato Paisagem / Frente e Verso / Tamanho 8,0 X 12,0 Cm.	Unid	2000	R\$ 0,22	R\$ 440,00
93	Cartão agendamento de consultas/Conforme Modelo / Cartolina 180 Gramas / Escrita Tinta Preta/ Formato Paisagem / Frente e Verso / Tamanho 8,0 X 12,0 Cm.	Unid	10.000	R\$ 0,22	R\$ 2.200,00
94	Impresso "Boletim diário de registro de imóveis fechados" / Conforme Modelo/ Papel AP. 75g / Escritas Em Tinta Azul/ Formato Paisagem Frente /Tamanho A4 ou 21,0 X 29,7cm / Bloco com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	6	R\$ 6,08	R\$ 36,48
95	Bloco "Atesto de marcação" / 100 Folhas / Tamanho 8x12cm / Conforme Modelo / Bloco com 100 Folhas/2 vias carbonadas.	Bloco	200	R\$ 5,61	R\$ 1.122,00
96	Termo de consentimento para receita amarela (homens ou mulheres > 55) / Conforme Modelo / Papel S.B. 56g / Escritas em Tinta Azul / Formato Frente Retrato / Tamanho A4 ou 21,0 X 29,7cm / Bloco com 100 Folhas de 3 Vias carbonadas.	Bloco	3	R\$ 18,72	R\$ 56,16
97	Termo de consentimento para receita amarela (sexo feminino < 55)/55/ Conforme Modelo / Papel S.B. 56g / Escritas em Tinta Azul / Formato Frente Retrato / Tamanho A4 Ou 21,0 X 29,7cm / Bloco com 100 Folhas de 3 Vias carbonadas.	Bloco	3	R\$ 18,72	R\$ 56,16

Handwritten signature



MUNICÍPIO DE PIMENTA

GOVERNO DE PIMENTA - ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE, LAZER, CULTURA E TURISMO - SECTUR

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Emprego	Visto
148	4
Município de Pimenta - Minas Gerais	

98	Impresso "Protocolo De Procedimentos Divinópolis" / Conforme Modelo / Papel AP. 75g / Escritas em Tinta Azul / Formato Retrato Frente / Tamanho A4 Ou 21,0 X 29,7cm / Bloco com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	2	R\$ 6,10	R\$ 12,20
99	Impresso "Solicitação de Tratamento fora Domicílio" / Conforme Modelo / Papel AP. 75g / Impressão tinta azul / Frente e Verso / Formato Retrato / Tamanho A4 (21,0 x 29,7cm) / Bloco com 100 Folhas de 1 Via.	Bloco	5	R\$ 6,10	R\$ 30,50
100	CADERNETA DE GESTANTE – Capa: 60x21, 5cm, 4x4 cores, tinta escala em apermilhado 240gr, Arte fina. Fotolito fornecido. Miolo 44 pg, 14x21,5, 4 cores, tinta escala em Couche liso 115g. Miolo dobrado: 60x21,5cm, 4x4 cores, tinta apermilhado 120g. Fotolito fornecido. Lombada: 3mm, grampeado, corte/vinco, dobra. Colocar Brasão do Município de Pimenta e citar o autor da caderneta. OBS.: As páginas 23, 24 e 25, 26 são impressas em tamanho maior (duplo) para serem dobradas para dentro do caderno conforme modelo disponibilizado no site: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante-versao-eletronica-2022.pdf	Unid	250	R\$ 23,69	R\$ 5.922,50
101	Cartão gestante / frente e verso / colorido / conforme modelo / cartolina 180 gramas escrita colorida / formato paisagem / tamanho 21x51 cm.	Unid	250	R\$ 2,61	R\$ 652,50
102	Ficha pré natal / frente e verso / colorido / papel A4/ conforme modelo/ papel AP. 75g/formato retrato/ tamanho A4. Unidade	Unid	250	R\$ 0,36	R\$ 90,00
103	Cartão de vacina adulto / Conforme Modelo / Cartolina 180 Gramas / Escrita Tinta Preta/ Formato Paisagem / Frente e Verso / Tamanho 10,0 x 20,0 Cm.	Unid	5.000	R\$ 0,10	R\$ 500,00
104	Catão de vacina criança / conforme modelo / cartolina 181 gramas / escrita tinta preta / formato paisagem / frente e verso / tamanho 15x21 cm	Unid	3.000	R\$ 0,12	R\$ 360,00
105	Cartão de vacina espelho / conforme modelo / cartolina 181 gramas / escrita tinta preta / formato paisagem / frente e verso / tamanho 15x21 cm	Unid	10.000	R\$ 0,12	R\$ 1.200,00
106	Caderneta de vacina "menino" / tipo / frente e verso / colorida / tamanho 14x21 cm / conforme modelo oficial do Ministério da Saúde disponibilizado no site: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca-menino-passaporte-cidadania-3ed.pdf	Unid	250	R\$ 0,50	R\$ 125,00
107	Caderneta de vacina "menina" / tipo/ frente e verso / colorida conforme modelo oficial do Ministério da Saúde disponibilizado no site: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca-menina-passaporte-cidadania-3ed.pdf	Unid	250	R\$ 0,50	R\$ 125,00



MUNICÍPIO DE PIMENTA

MUNICÍPIO DE PIMENTA	
Folha	Visto
144	21

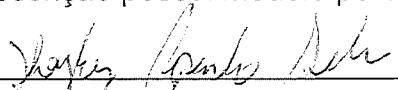
GOVERNO DE PIMENTA - ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE, LAZER, CULTURA E TURISMO - SECTUR

108	Crachá em PVC, fotografia, com impressão pelo processo de transferência termográfica, utilizando ribbons de alta qualidade, com 5 painéis (CMYK) mais uma película protetora tamanho Mínimo 54x86 mm e espessura mínima de 0,76mm, incluso gancho e cordão personalizado em poliéster tamanho mínimo 900x20mm em cores com impressão sublimação.	Unid.	700	R\$16,15	R\$11.305,00
109	Placa pvc 2mm / adesivada com verniz UV. M ²	M ²	100	R\$ 159,67	R\$15.967,00
110	Placa ACM 3mm / adesivada com verniz UV / Armação de metalon 20x20 / Chapa 14	M ²	150	R\$ 297,54	R\$ 44.631,00
TOTAL					R\$ 231.385,24

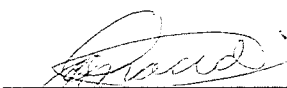
24. DOS MODELOS DOS IMPRESSOS


24.1. Em anexo a este Termo de Referência segue modelo dos impressos relacionados aos itens cuja descrição possui modelo personalizado.


Douglas Aparecido Silveira
Gerente de Departamento de Cultura

Pimenta 29(vinte e nove) de novembro de 2022

APROVAMOS O PRESENTE TERMO DE REFERÊNCIA E AUTORIZAMOS A REALIZAÇÃO DA LICITAÇÃO


Geovanio Gualberto Macedo
Secretaria Municipal de Administração
e Planejamento / Prefeito Municipal


Paulo Sérgio Esteves
Secretário Municipal de Esporte, Lazer,
Cultura e Turismo


Rosilene Inácio de Oliveira
Secretaria Municipal de Assistência
Social


Maria Gorete Araújo Costa
Secretaria Municipal de Educação


Linara Mirelle Domingos
Secretaria Municipal de Saúde