EDITAL

PROCESSO N.º 3146/2017
PREGÃO PRESENCIAL N.º 012/2018

TIPO: Menor PREÇO POR ITEM

Os documentos que integram o presente Edital estão dispostos em 10 (dez) anexos, a saber:

Anexo I – Termo de Referência/Descrição do Objeto Licitado;
Anexo II – Modelo de Proposta de Preços;
Anexo III – Protocolo de Recebimento Edital;
Anexo IV – Modelo de Procuração;
Anexo V- Minuta de Contrato;
Anexo VI – Modelo de Declaração de Idoneidade;
Anexo VII – Modelo de Declaração de Sujeição às Condições Estabelecidas no Edital e de Inexistência de Fatos Supervenientes Impeditivos da Habilitação;
Anexo VIII – Modelo de Declaração da Não Existência de Trabalhadores Menores;
Anexo IX – Modelo de Declaração Micro Empresa e Empresa de Pequeno Porte.
Anexo X – Modelo de Declaração de que a proponente cumpre os requisitos de Habilitação.

Muito embora os documentos estejam agrupados em ANEXOS separados, todos eles se completam, sendo que a proponente deve, para apresentação da PROPOSTA e DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO, bem como os demais DOCUMENTOS, ao se valer do EDITAL, inteirar-se de sua composição, tomando conhecimento, assim, das condições administrativas e técnicas que nortearão o desenvolvimento do Pregão e a formalização CONTRATUAL, que poderá ser substituído por Nota de Empenho nos termos que se dispõe o Art. 62, da Lei Federal 8.666/93, sorte que todos os aspectos mencionados em cada documento deverão ser observados, ainda que não repetidos em outros.

1. PREÂMBULO:

O Fundo Municipal de Saúde de Posse – GO, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob nº 07.892.711/0001-67, com sede na Rua Robson Ricardo R Barbosa, Qd.26, lt.02, Setor Augusto José Valente, Posse-Go, neste ato representado pelo Gestor Municipal o Sr. **EDGAR HENRIQUE DOS SANTOS**, brasileiro, casado, residente e domiciliado neste município, portador da Carteira de Identidade de n. XXXX XX/XX e inscrito no CPF sob o n. XX,XXX,XXX-XX em conjunto com a **PREGOEIRO MUNICIPAL MARCO AURÉLIO INÁCIO DA SILVA**, nomeado pela portaria de nº 881/2017, de 27 de outubro de 2017, para conhecimento dos interessados e com sustentáculo na Lei Federal n° 10.520 de 17/07/2002, na Lei Federal n° 8.666/93 e suas alterações posteriores, na Lei Federal n° 123/2006 alterada pela lei complementar n° 147/2014, sem excluir as demais deposições normativas pertinente à matéria, farão licitação na modalidade de Pregão Presencial para **CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA CONFECÇÃO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO FMS-FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, junto ao Município de Posse – GO. Os envelopes contendo **"DOCUMENTOS"** e **"PROPOSTA"** deverão ser entregues impreterivelmente junto a **COMISSÃO DE LICITAÇÕES DA PREFEITURA MUNICIPAL DE POSSE/GO**, **até às 09:00 horas do dia 03 do mês de abril de 2018, e serão abertos no mesmo dia, às 09:00 horas, com tolerância de 15 minutos.**

O Pregão será conduzido pelo PREGOEIRO, auxiliado pela EQUIPE DE APOIO, conforme designação contida nos autos do processo.

2. DO OBJETO:

2.1. CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA CONFECÇÃO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO FMS-FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, através do Pregão Presencial/ N.º 012/2018, constantes no Anexo I que contêm as especificações técnicas e comerciais que possibilitarão o preparo das propostas.

3. TIPO DO PREGÃO

3.1. Este PREGÃO é do tipo menor PREÇO POR ITEM.

4. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

4.1. As despesas decorrentes da presente licitação irão onerar valores e dotações orçamentárias futuras, somente de acordo com as necessidades.

4.2. A presente licitação de será somente para registrar preços de mercado sem a necessidade de Reserva Orçamentária, no caso da Administração resolver fazer uma possível contratação dos preços registrados, terá que ter nº. de Dotação na nota de empenho.

2.293/2.295/2.298/2.301/2.294/2.296/2.299/2.300

5. CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

5.1 – Poderão participar deste Pregão, os interessados e as empresas do ramo pertinente ao seu objeto, legalmente constituídas e que satisfaçam as condições estabelecidas neste Edital, não sendo permitida a participação de consórcios.

5.2 – Será garantido às microempresas e às empresas de pequeno porte o tratamento diferenciado de que tratam o inciso IV e os §§ 3º e 4º do art.1º, da Lei Complementar nº 123, de 14 de setembro de 2006, com a redação dada pela Lei Complementar nº 147, de 07 de agosto de 2014.

5.2.1- Objetivando a promoção do desenvolvimento econômico e social no Âmbito municipal e regional, obedecendo as determinações dos artigos 47,48 e 49, inciso II, da Lei Complementar nº 123, de 14 de setembro de 2006, com a redação dada pela Lei Complementar nº 147, de 07 de agosto de 2014, **fica estabelecido que os itens cujo valor total estimado não ultrapasse o limite previsto de até 80.000,00(oitenta mil), serão exclusivos para participação de Micro Empresa e Empresa de Pequeno Porte, sediadas local ou regionalmente.**

5.2.2-Entende-se âmbito local ou regionalmente, ME E EPP sediadas nos limites deste município ou nos Municípios dessa Região, conforme anexo do Termo de Referência.

5.2.3-Caso não compareçam no mínimo 03(três) empresas competitivas enquadradas na referida situação e que sejam capazes de cumprir as exigências estabelecidas no instrumento convocatório, as demais despesas poderão participar do certame, sob a égide do principio da eficiência, economicidade e nos termos do art.49, da mencionada Lei Complementar.

5.3 – As licitantes arcarão com todos os custos decorrentes da elaboração e apresentação de suas propostas, sendo que o Município de Posse/GO, não será, em nenhum caso, responsável por esses custos, independentemente da condução ou do resultado do processo licitatório.

5.4 – A participação na licitação implica, automaticamente, na aceitação integral dos termos deste Edital, seus Anexos e leis aplicáveis.

5.5 – Os documentos exigidos deverão ser apresentados em original ou publicação em órgão da imprensa oficial, por qualquer processo de cópia autenticada via cartório competente, ou por servidor membro da Comissão Permanente de Licitação do Município de Posse/GO, conforme faculta o art. 32, da Lei nº 8.666/93.
5.5.1 – Em caso de autenticação por membro da Comissão Permanente de Licitação, o licitante deverá requerer a autenticação preferencialmente até as 14:00 horas do dia útil, imediatamente anterior ao da licitação, no intuito de agilizar os procedimentos licitatórios, não sendo de caráter desclassificatório e excludente.
5.6 – Só terão direito de usar a palavra, rubricar as documentações, propostas, apresentar reclamações ou recursos e assinar as Atas os licitantes credenciados, a Pregoeiro e os membros da Equipe de Apoio.
5.7 – É vedada a participação de empresas:
5.7.1 – Concordatária, ou em recuperação judicial, ou extrajudicial, ou em processo de falência, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação;
5.7.2 – Que tenha(m) sido declarada(s) inidônea(s) pela Administração Pública e, caso participe do processo licitatório, estará(ão) sujeita(s) às penalidades previstas no art. 97, parágrafo único da Lei Federal nº 8.666/93; e,
5.7.3 – Cujos sócios ou diretores pertençam, simultaneamente, a mais de uma firma licitante.
5.8 – Não poderá participar direta ou indiretamente da Licitação, servidor dirigente do Município de Posse/GO, bem como as empresas cujos sócios, administradores, empregados, controladores sejam servidores do mesmo.

6. FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS ENVELOPES PROPOSTA DE PREÇOS (N.º 01) E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO (N.º 2):

6.1. Do envelope contendo "PROPOSTA", deverão constar os seguintes dizeres:
PREGÃO PRESENCIAL/ N.º 012/2018
ENVELOPE "PROPOSTA"
NOME DA PROPONENTE
ENDEREÇO DA PROPONENTE

6.2. Do envelope contendo "DOCUMENTOS", deverão constar os seguintes dizeres:
PREGÃO PRESENCIAL/ N.º 012/2018
ENVELOPE "DOCUMENTOS"
NOME DA PROPONENTE
ENDEREÇO DA PROPONENTE

6.2.1 Os documentos constantes dos envelopes deverão ser apresentados em 1 (uma) via redigida com clareza, em língua portuguesa, salvo quanto às expressões técnicas de uso corrente, sem rasuras, ou entrelinhas que prejudiquem sua análise, sendo a proposta datada e assinada na última folha e rubricada nas demais pelo representante legal ou pelo Procurador, juntando-se a Procuração.

6.2.2 A apresentação dos documentos integrantes do ENVELOPE PROPOSTA DE PREÇOS (envelope n.º 01) obedecerão também os comandos contemplados nos subitens 6.3, 6.3.1, 6.3.1.1, 6.3.1.2, 6.3.1.3, 6.3.2 e 6.3.3.

6.2.3 A proponente somente poderá apresentar uma única Proposta.

6.3. Os DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO (envelope n.º 2) poderão ser apresentados em original, cópia simples, cópias autenticadas por cartório competente ou por servidor da

Administração, ou por meio de publicação em órgão de imprensa oficial e inclusive expedidos via internet.

6.3.1 A aceitação de documentação por cópia simples ficará condicionada à apresentação do original ao PREGOEIRO, por ocasião da abertura do ENVELOPE N.º 2, para a devida autenticação.

6.3.1.1. Para fim da previsão contida no subitem 6.3.1, o documento original a ser apresentado não poderá integrar o ENVELOPE.

6.3.1.2. Os documentos expedidos via internet e, inclusive, aqueles outros apresentados terão, sempre que necessário, suas autenticidades/validades comprovadas por parte do PREGOEIRO.

6.3.1.3. O PREGOEIRO não se responsabilizará pela eventual indisponibilidade dos meios eletrônicos de informações, no momento da verificação. Ocorrendo a indisponibilidade referida, e não tendo sido apresentados os documentos preconizados, inclusive quanto à forma exigida, a proponente será inabilitada.

6.3.2 Os documentos apresentados por qualquer proponente, se expressos em língua estrangeira, deverão ser autenticados por autoridade brasileira no país de origem e traduzidos para o português por tradutor público juramentado.

6.3.3 Inexistindo prazo de validade nas Certidões, serão aceitas aquelas cujas expedições/emissões não ultrapassem a 90 (noventa) dias da data final para a entrega dos envelopes.

7. CONTEÚDO DA PROPOSTA

7.1 A PROPOSTA deverá conter:

A) As empresas deverão apresentar as propostas em planilha eletrônica do sistema.

Endereço eletrônico para solicitar licitacao@posse.go.gov.br.

b) o número do **PROCESSO** e número deste **PREGÃO**;

c) a razão social da proponente, CNPJ, endereço completo, telefone, fax e endereço eletrônico (e-mail), estes dois últimos se houver, para contato;

d) apresentar a descrição detalhada do objeto do PREGÃO, em conformidade com as especificações contidas no ANEXO I, a descrição deve ser firme e precisa, sem alternativa de preços ou qualquer outra condição que induza o julgamento a ter mais de um resultado GLOBAL, devendo inclusive ser mencionada a marca do produto cotado;

e) prazo de validade não inferior a 60 (sessenta) dias corridos, a contar da data de sua apresentação;

f) preço unitário do objeto licitado, GLOBAL, expresso em moeda corrente nacional.

Nota 1 – nos preços propostos estarão previstos, além do lucro, todos os custos diretos e indiretos relativos ao cumprimento integral do objeto do PREGÃO, envolvendo, entre outras despesas, tributos de qualquer natureza, frete, embalagem etc, exceto quanto aos preços nas hipóteses de desequilíbrio econômico-financeiro previsto na legislação incidental.

8. CONTEÚDO DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

8.1. Os DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO pertinentes ao ramo do objeto do PREGÃO são os seguintes:

I - Habilitação Jurídica:

a) Inscrição comercial, no caso de firma individual;

b) Ato constitutivo e alterações subseqüentes ou **contrato consolidado, devidamente registrado** em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedades por ações, acompanhados da ata arquivada da assembléia de eleição da última diretoria;

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

II - Regularidade Fiscal/Econômica:

a) Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);

b) Prova de regularidade relativa à Seguridade Social (INSS), por meio da certidão, e relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, através de Certificado de Regularidade do FGTS (CRF) ou do documento denominado "Situação de Regularidade do Empregador", com prazo de validade em vigor na data de encerramento do prazo de entrega dos envelopes;

c) Certidão Negativa de débitos perante as Fazendas Federal, Estadual e Municipal, relativos a tributos e contribuições;

d) Certidão negativa de débitos trabalhistas. (www.tst.jus.br)

e) Certidão negativa de falências ou recuperação judicial, expedida pelo Distribuidor da sede da pessoa jurídica, cuja pesquisa tenha sido realizada em data não anterior a 60 (sessenta) dias da data prevista para apresentação dos envelopes.

f) Cópia do Alvará de funcionamento da empresa.

g) Um dos seguintes documentos, se microempresa ou empresa de pequeno porte, quando desejar os benefícios da Lei Complementar n.º 123/06:

a) quando optante pelo SIMPLES nacional: comprovante de opção pelo SIMPLES obtido no sítio da Secretaria da Receita Federal;
b) quando não optante pelo simples nacional: Declaração de Imposto de Renda ou Balanço Patrimonial e Demonstração de Resultado Econômico do exercício, comprovando ter receita bruta dentro dos limites estabelecidos nos incisos I e II do art. 3º da Lei Complementar 123/06, ou ainda, comprovante da condição de ME ou EPP expedido pela Junta Comercial.

h) No caso de microempresa ou empresa de pequeno porte convocado para assinar o contrato ou retirar instrumento equivalente, que à data da licitação não estiver em regular situação com a regularidade fiscal, será concedido prazo de 05 (cinco) dias úteis para sua regularização, prorrogável por igual período, a contar da convocação.

Obs: a participação nas condições previstas nesta alínea, implica no reconhecimento de não se encontrar em nenhuma das situações previstas no artigo 3º da Lei Complementar 123/06.

i) A empresa que pretender se utilizar dos benefícios previstos na Lei Complementar 123, de 14 de dezembro de 2006, deverão apresentar, no momento do **CREDENCIAMENTO**, "Declaração, de que se enquadra como microempresa, empresa de pequeno porte ou cooperativa, além de todos os documentos previstos no **Item 8** deste edital.

j) "Declaração, de que se enquadra como microempresa, empresa de pequeno porte ou cooperativa, além de todos os documentos previstos no **Item 8** deste edital.

8.2. O Pregoeiro encaminhará os documentos comprobatórios da situação de regularidade à Comissão Municipal de Licitação e Julgamento para que seja procedido o cadastramento do licitante junto ao Sistema Único de Cadastramento dos Fornecedores.

a) Se por quaisquer razões não ocorrer o deferimento do cadastro pelo órgão competente, a Comissão do Pregão inabilitará o licitante, prosseguindo o certame conforme subitem.

III – DECLARAÇÃO DE QUE NÃO EMPREGA MENORES

Declaração de que não emprega menores de 18 (dezoito) anos em trabalhos noturnos e menores de 16 (dezesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, conforme Lei n.º 9.854/99.

IV – DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

Declaração que não recebeu do Município de POSSE ou qualquer outra entidade da Administração direta ou indireta, em âmbito Federal, Estadual e Municipal, SUSPENSÃO TEMPORÁRIA de participação em licitação e ou Impedimento de contratar com a Administração, assim como não ter recebido, declaração de INIDONEIDADE para licitar e ou contratar com a Administração Federal, Estadual e Municipal.

8.2. Se o licitante for a matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz, e se 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. Caso a licitante pretenda que um de seus estabelecimentos, que não o participante da licitação, execute o futuro contrato, deverá apresentar toda a documentação de ambos os estabelecimentos na forma e condições previstos neste item.

8.4. Os documentos apresentados e aceitos por ocasião do credenciamento estão dispensados de nova apresentação, juntamente com os documentos da habilitação.

8.5. DOCUMENTAÇÃO PARA FINS DE HABILITAÇÃO TÉCNICA.

A) Apresentar ATESTADO OU CERTIDÃO expedido por pessoa jurídica de direito público ou privado, já haver o licitante, realizado fornecimento pertinente ao objeto desta licitação ao órgão declarante

B) Caso a empresa interessada esteja dispensada por lei de qualquer dos documentos exigidos por este Edital, deverá apresentar declaração fundamentada neste sentido.

9. CONSULTA, DIVULGAÇÃO E ENTREGA DO EDITAL

9.1. O presente Edital estará à disposição dos interessados No Setor de Licitaçôes, sito na situada na Avenida Padre Trajano nº 55 Centro. POSSE – GO.

OBS.: PARA OBTER O **EDITAL COMPLETO:**
Requerimento de cópia - Através do requerimento no Protocolo da Prefeitura Municipal de Posse, informe o número do pregão no qual tem interesse em participar, não será cobrada nenhuma taxa, ou no site: **www.posse.go.gov.br**

10. ESCLARECIMENTOS AO EDITAL

10.1. É facultado a qualquer interessado a apresentação de pedido de esclarecimentos sobre o ato convocatório do pregão e seus anexos, podendo até mesmo envolver a solicitação de cópias da legislação disciplinadora do procedimento, cujo custo da reprodução gráfica será cobrada, observado, para tanto, o prazo de até 5 (cinco) dias úteis anteriores à data fixada para recebimento das propostas.

10.1.1 A pretensão referida no subitem 10.1 pode ser formalizada por meio de requerimento endereçado à autoridade subscritora do EDITAL, devidamente protocolado no endereço e horário constantes do subitem 9.1.

10.1.2 As dúvidas a serem equacionadas por telefone serão somente aquelas de caráter estritamente informal.

10.1.3 Os esclarecimentos deverão ser prestados no prazo de 1 (um) dia útil, a contar do recebimento da solicitação por parte da autoridade subscritora do edital, passando a integrar os autos do PREGÃO, dando-se ciência às demais licitantes.

11. PROVIDÊNCIAS/IMPUGNAÇÕES AO EDITAL

11.1. É facultado a qualquer interessado a apresentação de pedido de **providências** ou de **impugnação ao ato convocatório do pregão** e seus anexos, observado, para tanto, o prazo de até 2 (dois) dias úteis anteriores **à data fixada para recebimento das propostas.**

11.1.1 As medidas referidas no subitem **11.1** poderão ser formalizadas por meio de requerimento endereçado **à autoridade subscritora do EDITAL**, devidamente protocolado no endereço e horário constantes do subitem **9.1**.

11.1.2 A decisão sobre o pedido de **providências ou de impugnação** será proferida pela autoridade subscritora do ato convocatório do pregão no prazo de **1 (um) dia útil**, a contar do recebimento da peça indicada por parte da autoridade referida, que, além de comportar divulgação, deverá também ser juntada aos autos do **PREGÃO.**

11.1.3 O acolhimento do pedido de **providências** ou de **impugnação** exige, desde que implique em modificação (ões) do **ato convocatório do PREGÃO, além da (s) alteração(ões) decorrente(s)**, divulgação pela mesma forma que se deu o texto original e designação de nova data para a realização do certame.

12. DO CREDENCIAMENTO

12.1 Aberta a fase para **CREDENCIAMENTO** dos eventuais participantes do **PREGÃO** consoante previsão estabelecida no **subitem 12.2 deste EDITAL,** o representante da proponente entregará ao **PREGOEIRO** documento que o credencie para participar do aludido procedimento, respondendo por sua autenticidade e

legitimidade, devendo, ainda, identificar-se e exibir a Carteira de Identidade ou outro documento equivalente, com fotografia.

12.2 O credenciamento far-se-á por meio de instrumento público de procuração ou instrumento particular, com poderes específicos para, além de representar a proponente em todas as etapas/fases do **PREGÃO**, formular lances ou ofertas nas etapas de lances, desistir verbalmente de formular lances ou ofertas nas etapas de lances, negociar a redução de preços, desistir expressamente da intenção de interpor recurso administrativo ao final da sessão, manifestar-se imediata e motivadamente a intenção de interpor recurso administrativo ao final da sessão, assinar a ata da sessão, prestar todos os esclarecimentos solicitados pelo **PREGOEIRO,** enfim, praticar todos os demais atos pertinentes ao certame.

12.2.1 Na hipótese de apresentação de procuração por instrumento particular, a mesma deverá vir acompanhada do Ato Constitutivo da proponente ou de outro documento, onde esteja expressa a capacidade/ competência do outorgante para constituir mandatário. O licitante que não cumprir as exigências de representação não poderá formular as ofertas verbais da etapa de lances do pregão, valendo, contudo, para todos os efeitos, os termos de sua proposta escrita. Outrossim, o licitante não poderá praticar qualquer ato na sessão de realização do certame, como a interposição de recursos.

12.2.1.1 É admitida a participação de licitantes que não credenciarem representantes desde que entregue os envelopes e preencha as demais condições previstas neste edital, inclusive quanto ao prazo, diretamente na sessão pública ou no protocolo geral à localizada na Avenida Padre Trajano nº 55 Centro Posse-Go **-Fones: 62 3481 1380.**

12.2.1.2 O uso de telefone celular durante a sessão de lances só poderá ser usado com a permissão do Pregoeiro.

12.3 Se o representante da proponente ostentar a condição de sócio, proprietário, dirigente os assemelhado da empresa proponente, ao invés de instrumento público de procuração ou instrumento particular, deverá apresentar cópia do respectivo Estatuto/Contrato Social ou documento equivalente, no qual estejam expressos seus poderes para exercerem direitos e assumir obrigações em decorrência de tal investidura.

12.4 É admitido somente um representante por proponente.

12.5 A ausência da documentação referida neste item ou a apresentação em desconformidade com as exigências previstas impossibilitará a participação da proponente neste PREGÃO, exclusivamente no tocante à formulação de lances e demais atos, inclusive recurso.

12.6 Apresentar obrigatoriamente no momento do credenciamento a Declaração de que a proponente cumpre os requisitos de Habilitação, conforme modelos constantes nos Anexo XI deste Edital, a falta ou incorreção desta declaração, não implicará na exclusão da empresa em participar do certame, mas impedirá o pretenso representante de se manifestar no oferecimento de lances verbais e nas demais fases do procedimento licitatório.

12.7 Desenvolvido o CREDENCIAMENTO das proponentes que comparecerem, o PREGOEIRO declarará encerrada esta etapa/fase, iniciando-se o procedimento seguinte consistente no recebimento/conferência da declaração exigida neste Edital.

13. RECEBIMENTO DA DECLARAÇÃO DE QUE A PROPONENTES CUMPRE OS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO, DA DECLARAÇÃO DE MICRO EMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE, SE FOR O CASO, E DOS ENVELOPES PROPOSTA DE PREÇOS E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO:

13.1 A etapa/fase para recebimento da **DECLARAÇÃO DE QUE A PROPONENTE CUMPRE OS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO E DOS ENVELOPES PROPOSTA DE PREÇOS E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO** será levada a efeito tão logo se encerre a fase de **CREDENCIAMENTO.**

13.1.1 DECLARAÇÃO DE QUE A PROPONENTE CUMPRE OS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO não deve integrar os **ENVELOPES PROPOSTA DE PREÇOS** e **DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO**, constituindo-se em **DOCUMENTO** a ser fornecido separadamente, fica facultada a utilização do modelo constante do **ANEXO XI. A DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE NOS TERMOS DO ANEXO X, SE FOR O CASO, SERÁ RECEBIDA EXCLUSIVAMENTE NESTA OPORTUNIDADE.**

13.2 Iniciada esta etapa/fase, o **PREGOEIRO** receberá e examinará a **DECLARAÇÃO DE QUE A PROPONENTE CUMPRE OS REQUSITOS DE HABILITAÇÃO**.

13.2.1 A ausência da referida declaração ou a apresentação em desconformidade com a exigência prevista inviabilizará a participação da proponente neste PREGÃO, impossibilitando, em consequência, o recebimento dos **ENVELOPES PROPOSTA DE PREÇOS E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO**.

13.2.2 O atendimento desta exigência é condição para que a proponente continue participando do PREGÃO, devendo proceder, em seguida, à entrega dos **ENVELOPES PROPOSTA DE PREÇOS E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO.**

14. ABERTURA DOS ENVELOPES PROPOSTA

14.1 Compete ao **PREGOEIRO** proceder à abertura dos **ENVELOPES PROPOSTA DE PREÇOS**, conservando intactos os **ENVELOPES DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO** e sob a guarda do **PREGOEIRO/ÓRGÃO LICITANTE**.

15. EXAME E CLASSIFICAÇÃO PRELIMINAR DAS PROPOSTAS

15.1 O **PREGOEIRO** examinará as **PROPOSTAS** sempre levando em conta as exigências fixadas no item **6 e 7.**

15.1.1 O exame envolvendo o(s) objeto(s) ofertado(s) implicará na constatação da conformidade do (s) mesmo(s) com as especificações estabelecidas no Edital e seus Anexos para atendimento das necessidades do órgão licitante.

15.2 Definidas as PROPOSTAS que atendam às exigências retro, envolvendo o objeto e o valor, o PREGOEIRO elaborará a classificação preliminar das mesmas, sempre em obediência ao critério do menor preço.

16. DESCLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS

16.1 Será desclassificada a **PROPOSTA** que:

a) Deixar de atender quaisquer das exigências preconizadas para a correspondente apresentação;
b) Apresentar rasuras ou entrelinhas que prejudiquem sua análise;
c) Oferecer vantagem não prevista neste EDITAL, inclusive financiamentos subsidiados ou a fundo perdido, ou ainda vantagem baseada nas ofertas das demais proponentes;
d) Apresentar preço(s) manifestamente inexeqüível(is);
e) Apresentar preço(s) simbólico(s) ou de valor(es) zero;

17. DEFINIÇÃO DAS PROPONENTES PARA OFERECIMENTO DE LANCES VERBAIS:

17.1 Para efeito de **OFERECIMENTO DE LANCES VERBAIS**, o **PREGOEIRO** selecionará, sempre com base na classificação provisória, a proponente que tenha apresentado a proposta de menor preço e todas aquelas que hajam oferecido propostas em valores sucessivos e superiores em até 10% (dez por cento) àquela de menor preço.

17.1.1 Não havendo, pelo menos, 3 (três) propostas em conformidade com a previsão estabelecida no **subitem 17.1** o **PREGOEIRO** selecionará, sempre com base na classificação provisória, a melhor proposta e as duas propostas imediatamente superiores, quando houver, para que as suas proponentes participem dos lances quaisquer que tenham sido os preços oferecidos nas propostas, observada a previsão estampada no **subitem 17.1.2;**

17.1.2 Em caso de empate entre duas ou mais propostas, observar-se-ão, também para efeito da definição das proponentes que poderão oferecer lances, as seguintes regras:

a) Proposta de menor preço e todas as outras cujos valores sejam superiores até 10% (dez por cento) àquela de menor preço, devendo existir, nesta situação, no mínimo, 3 (três) propostas válidas para a etapa de lances, conforme previsto no subitem **17.1**, ou;

b) Todas as propostas coincidentes com um dos 3 (três) menores valores ofertados, se houver.

17.1.3 Na hipótese da ocorrência das previsões colacionadas no subitem 17.1.2, letras "a" e "b", para efeito do estabelecimento da ordem da classificação provisória das proponentes empatadas, a correspondente definição será levada a efeito por meio de sorteio; cabe à vencedora do sorteio definir o momento em que oferecerá oferta/lance.

17.1.4 Havendo uma única proponente ou tão somente uma proposta válida, o **PREGOEIRO** poderá decidir, justificadamente, pela suspensão do **PREGÃO**, inclusive para melhor avaliação das regras editalícias, das limitações de mercado, envolvendo quaisquer outros aspectos pertinentes e o próprio preço cotado, ou pela repetição do **PREGÃO** ou, ainda, dar prosseguimento ao PREGÃO, condicionado, em todas as hipóteses, a inexistência de prejuízos ao órgão licitante.

18. OFERECIMENTO/INEXISTÊNCIA DE LANCES VERBAIS

18.1 Definidos os aspectos pertinentes às proponentes participantes que poderão oferecer ofertas/lances verbais, dar-se-á início ao **OFERECIMENTO DE LANCES VERBAIS**, que deverão ser formulados em valores distintos e decrescentes, inferiores à proposta de menor preço.

18.2 O **PREGOEIRO** convidará individualmente as proponentes classificadas para **OFERECIMENTO DOS LANCES VERBAIS**, de forma sequencial, a partir do proponente da proposta de maior preço e as demais em ordem decrescente de valor, sendo que a proponente da proposta de menor preço será a última a **OFERECER LANCE VERBAL**. Havendo propostas escritas empatadas, a ordem sequencial de convocação para lances é a de credenciamento.

18.3 Não poderá haver desistência dos lances ofertados, sujeitando-se o licitante desistente as penalidades deste Edital.

18.4 Quando convocado pelo **PREGOEIRO,** a desistência da proponente de apresentar lance verbal implicará na exclusão da etapa de **LANCES VERBAIS**, ficando sua última proposta registrada para a classificação final.

18.5 A etapa de **OFERECIMENTO DE LANCES VERBAIS** terá prosseguimento enquanto houver disponibilidade para tanto por parte das proponentes

18.6 O encerramento da etapa de **OFERECIMENTO DE LANCES VERBAIS** ocorrerá quando todas as proponentes declinarem da correspondente formulação.

18.7 Declarada encerrada a etapa de **OFERECIMENTO DE LANCES** e classificadas as propostas na ordem crescente de valor, incluindo aquelas que declinaram do oferecimento do lance(s), sempre com base no último preço / lance apresentado, o **PREGOEIRO** examinará a aceitabilidade do valor daquela de menor preço, ou seja, da primeira classificada, decidindo motivadamente a respeito.

18.8 O **PREGOEIRO** decidirá motivadamente pela negociação com a proponente de menor preço, para que seja obtido preço melhor.

18.9 Na hipótese de não realização de lances verbais, o **PREGOEIRO** verificará a conformidade entre a proposta escrita de menor preço e o valor estimado para a contratação.

18.10 Ocorrendo a previsão delineada anteriormente, e depois do exame da aceitabilidade do objeto e do preço, também é facultado ao **PREGOEIRO** negociar com a proponente da proposta de menor preço, para que seja obtido preço melhor.

18.11 Havendo propostas ou lances, conforme o caso, de microempresas ou empresa de pequeno porte, com intervalo de até 5% (cinco por cento) superiores à licitante melhor classificada no certame, serão essas consideradas empatadas, com direito de preferência pela ordem de classificação, nos termos do Artigo 44, da Lei Complementar n.º 123, de 14 de dezembro de 2006, para oferecer proposta.

18.11.1 O exercício do direito de preferência somente será aplicado quando a melhor oferta da fase de lances não tiver sido apresentada pela própria microempresa ou empresa de pequeno porte.

18.12 Não sendo exercido o direito de preferência com apresentação de proposta/lance inferior pela microempresa ou empresa de pequeno porte, conforme o caso, no prazo de 5 (cinco) minutos, após o encerramento de lances a contar da convocação do pregoeiro, ocorrerá a preclusão e a contratação da proposta originalmente mais bem classificada, ou revogação do certame.

18.13 O instituto da preferência da contratação no exame das propostas previsto no presente edital, somente se aplicará na hipótese da proposta inicial não ter sido apresentada por microempresa ou empresa de pequeno porte. Havendo equivalência de valores no intervalo estabelecido no subitem 18.11 será realizado sorteio entre elas para que se identifique àquela que primeiro poderá exercer a preferência e apresentar nova proposta.

18.13.1 Entende-se por equivalência dos valores das propostas as que apresentarem igual valor, respeitada a ordem de classificação.

18.14 O **PREGOEIRO** deverá comparar os preços apresentados com atuais praticados no mercado ou até mesmo propostos em licitações anteriores, utilizando-se de pesquisa realizada que será juntada aos autos por ocasião do julgamento e / ou de todos os meios possíveis para a correspondente verificação.

18.15 O **PREGOEIRO** pode solicitar a demonstração da exequibilidade dos preços propostos após o término da fase competitiva e, ao mesmo tempo, o proponente de menor preço tem o dever de portar informações acerca dos custos (planilhas demonstrativas) em que incorrerá para o atendimento do objeto do pregão, suficientes para justificar a proposta escrita de menor preço ou o lance verbal de menor preço que apresentar.

18.16A não implantação dos elementos referidos no **subitem anterior** ou a apresentação de elementos insuficientes para justificar a proposta escrita de menor preço ou o lance verbal de menor preço acarretará a desclassificação do proponente, nos termos do **item 16**, salvo rasuras que não comprometam partes essenciais.

18.17 Considerada aceitável a oferta de menor preço, será aberto o envelope contendo os **DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO** da sua proponente, facultando-lhe o saneamento da documentação de natureza na própria sessão.

18.18 Para efeito do saneamento, a correção das falhas formais poderá ser desencadeada durante a realização da própria sessão pública, com a apresentação/ encaminhamento e/ ou substituição de documentos, ou com a verificação desenvolvida por meio eletrônico, fac símile ou, ainda, por qualquer outro método que venha a produzir o efeito indispensável. O Pregoeiro poderá promover quaisquer diligências necessárias à análise das propostas, da documentação e declarações apresentadas, devendo os licitantes atender às solicitações no prazo por ele estipulado, contado do recebimento da convocação.

18.19 Aberto o invólucro "documentação" em havendo restrição quanto à regularidade fiscal da microempresa ou empresa de pequeno porte, será a mesma declarada vencedora, abrindo prazo de 05 (cinco) dias para sua regularização, prorrogável por igual período mediante justificativa tempestiva e aceita pelo PREGOEIRO, a contar da convocação para assinatura do contrato ou retirada do instrumento equivalente.

18.20A não regularização fiscal no prazo estabelecido no **subitem 18.19**, implicará decadência do direito à contratação, com aplicação das sanções previstas na cláusula 23 do ato convocatório, sendo facultado à Administração convocar os licitantes remanescentes, na ordem de classificação, para negociar, nos termos do disposto no artigo 4º, inciso XXIII, da Lei n.º 10.520, de 17 de julho de 2002.

18.21 Constatado o atendimento das exigências habilitatórias previstas no Edital, a proponente será declarada vencedora.

18.22 Se a oferta não for aceitável ou se a proponente desatender às exigências habilitatórias, o **PREGOEIRO** examinará a oferta subseqüente de menor preço, decidindo sobre sua aceitabilidade quanto ao preço, no caso de oferecimento de lances, ou quanto ao objeto e preço, na hipótese de não realização de lances verbais, observadas as previsões estampadas nos **subitens antecedentes.**

18.23 Sendo a proposta aceitável, o **PREGOEIRO** verificará as condições de habilitação da proponente, e assim sucessivamente, até a apuração de uma oferta aceitável cuja proponente atenda aos requisitos de habilitação, caso em que será declarada vencedora, observando-se igualmente as previsões estampadas nos **subitens antecedentes.**

19. RECURSO ADMINISTRATIVO

19.1 Por ocasião do final da sessão, a(s) proponente(s) que participou(aram) do **PREGÃO** ou que tenha(m) sido impedida(s) de fazê-lo(s), se presente(s) à sessão, deverá(ão) manifestar imediata e motivadamente a(s) intenção(ões) de **recorrer.**

19.2 Havendo intenção de interposição de recurso contra qualquer etapa/fase/procedimento do PREGÃO, a proponente interessada deverá manifestar-se imediata e motivadamente a respeito, procedendo-se, inclusive, o registro das razões em ata, juntando memorial no prazo de 3 (três) dias, a contar da ocorrência.

19.3 As demais proponentes ficam, desde logo, intimadas para apresentar contra-razões em igual número de dias, que começarão a correr no término do prazo **RECORRENTE.**

19.4 Após a apresentação das contra razões ou do recurso do prazo estabelecido para tanto, o **PREGOEIRO** examinará o recurso, podendo reformar sua decisão ou encaminhá-lo, devidamente informado, à autoridade competente para decisão.

19.5 Os autos do **PREGÃO** permanecerão com vista franqueada aos interessados, no endereço e horários previstos no subitem **9.1** deste **EDITAL.**

19.6 O recurso terá efeito suspensivo, sendo que seu acolhimento importará na invalidação dos atos insuscetíveis de aproveitamento.

20. ADJUDICAÇÃO

20.1 A falta de manifestação imediata e motivada da intenção de interpor recurso, por parte das proponentes, importará na decadência do direito de recurso, competindo ao **PREGOEIRO adjudicar** os objetos do certame à(s) proponente(s) **vencedora(s).**

20.2 Existindo recurso(s) e constatada a regularidade dos atos praticados e **após a decisão do(s) mesmo(s)**, a autoridade competente deve praticar o **ato de adjudicação** do(s) objeto(s) do certame à(s) proponente(s) vencedora(s).

21. HOMOLOGAÇÃO

21.1 Compete à **autoridade competente homologar o PREGÃO.**

21.1.1 A partir do ato de homologação será fixado o início do prazo de convocação da(s) proponente(s) adjudicatária(s) para assinar a ata detentora/contrato, respeitada a validade de sua(s) proposta(s).

22. DIVULGAÇÃO DO RESULTADO FINAL

22.1 O resultado final do PREGÃO será publicado no site do município e Placar do Município de Posse/GO.

23. CONTRATAÇÃO

23.1 Não sendo assinado o contrato, poderá o órgão licitante convocar a(s) outra(s) proponente(s) classificada(s), ao preço do primeiro, sem prejuízo das sanções previstas neste Edital e no art. 7º da Lei Federal n.º 10.520/2002, observada a ampla defesa do contraditório.

23.2 A(s) proponente(s) adjudicatária(s) deverá(ão) comparecer para assinatura da ata de /contrato no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados a partir da data(s) da convocação(ões) expedida(s) pela Divisão de Licitações,– POSSE– GO.

23.3 A(s) convocação(ões) referida(s) pode(m) ser formalizada(s) por qualquer meio de comunicação que comprove a data do correspondente recebimento.

23.4 O prazo de convocação poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, quando solicitado, durante seu transcurso, desde que ocorra motivo justificado, aceito pela LICITANTE. Não havendo decisão, a assinatura do contrato deverá ser formalizada até o 5º dia útil, contado da data da convocação.

23.5 Para a assinatura do contrato, a proponente deverá apresentar as certidões correspondentes e a Municipalidade poderá comprovar, por meio da Internet, a regularidade com a Seguridade Social (INSS),

Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) ou Situação de Regularidade do Empregador, Secretaria da Receita Federal e Procuradoria da fazenda Nacional.

23.6 Também para assinatura do Contrato, a(s) proponente(s) adjudicatária(s) deverá(ão) indicar o representante legal ou procurador constituído para tanto, acompanhado dos documentos correspondentes.

23.7 A recusa injustificada de assinar o Contrato ou aceitar/ retirar o instrumento equivalente dela decorrente, observado o prazo estabelecido, caracteriza o descumprimento total da obrigação assumida por parte da(s) proponente(s) adjudicatária(s), sujeitando-a(s) às sanções previstas no **item 23 e subitens.**
23.8 Fica designado o secretário **Edgar Henrique dos Santos** como gestor do contrato.

24. ENTREGA/RECEBIMENTO DO(S) ITEM(NS) OBJETO(S) DO PREGÃO:

O(s) item(ns) e objeto(s) deste **PREGÃO** será(ão) entregue(s) em perfeita(s) condição(ões) de uso, nos exatos termos das contratações levadas a efeito durante a vigência do contrato, sem qualquer despesa adicional.

24.1 Os itens objeto(s) deste **PREGÃO** serão entregue(s) e recebido(s) provisoriamente no âmbito estabelecido neste Edital e Anexos, inclusive contrato para efeito simultâneo ou posterior verificação, conforme o caso, da compatibilidade com as especificações pactuadas , envolvendo a qualidade, quantidade, testes de aceite, perfeita adequação, resultando no recebimento definitivo, observado o prazo de 05 (cinco) dias uteis de sua entrega. A entrega dos produtos deverá ser efetuada no local indicado pelo Edital.

24.2. O recebimento definitivo não exclui a responsabilidade da(s) proponente(s) adjudicatária(s), nos termos das prescrições legais, podendo levar ao cancelamento do contrato, sem prejuízo das sanções previstas neste Edital e Contrato dela decorrentes.

25. PRAZO E LOCAL DE ENTREGA

25.1 A entrega dos produtos, quando solicitado, correrá por conta e risco da proponente vencedora, e será de acordo com as necessidades do órgão requisitante, no local informado na requisição.

25.1.1 O local de entrega será definido na respectiva Autorização de Fornecimento. A empresa vencedora poderá fornecer o objeto, no prazo máximo de 05 (cinco) dias, após o recebimento da Nota de Empenho.

25.1.2 Na hipótese de ocorrer fornecimento em desacordo com os requisitos estabelecidos, a contratada se obriga a reparar a falha e se houver necessidade substituir o veículo em prazo nos termo do Código de Defesa do Consumidor.

25.1.3 O terá validade de 12 (doze) meses, a contar da assinatura do Termo de Compromisso.

26. DO PAGAMENTO

26.1 O pagamento será efetuado em até 30(trinta) dias com a apresentação de nota fiscal dos produtos entregues, devidamente atestado pelo responsável pelo recebimento dos produtos, contado a partir da data do recebimento da Nota Fiscal.

26.2 O pagamento, mediante a emissão de qualquer modalidade de ordem bancária, será realizada desde que a CONTRATADA efetue a cobrança de forma a permitir o cumprimento das exigências legais, principalmente no que se refere às retenções tributárias.

26.3 A CONTRATADA, optante pelo SIMPLES, deverá apresentar, juntamente com a nota fiscal/fatura, declaração, (conforme modelo constante do ANEXO IX deste Edital). Caso não o faça, sofrerá retenção de imposto e contribuições, de acordo com a legislação vigente.

26.4 A nota fiscal/fatura que contiver erro será devolvida à CONTRATADA para retificação e reapresentação, interrompendo-se a contagem do prazo fixado no subitem 26.1.

26.5 O pagamento fica condicionado à prova de regularidade (apresentar Certidão) perante a Previdência Social, junto ao FGTS e Certidão Municipal.

26.6 Fica expressamente vedada qualquer pretensão de pagamento antecipado.

27. DISPENSA GARANTIDA

27.1 Não será exigida a prestação de garantia, para participação no presente **PREGÃO.**

28. DA ATUALIZAÇÃO E CONTROLE DOS PREÇOS:

28.1 Os preços registrados serão controlados pela Prefeitura, podendo sofrer oscilação de acordo com as variações de mercado, mediante apresentação de justificativa plausível e elaboração de respectivo termo aditivo.

28.2 Os preços registrados que estiverem sujeitos ao controle oficial, poderão ser atualizados nos termos e prazos fixados pelo órgão controlador.

28.3 Para tanto, a empresa interessada deverá apresentar sua solicitação por escrito à Prefeitura Municipal de POSSE para atualização dos preços com os devidos comprovantes, para posterior análise e negociação por parte da Prefeitura.

28.4 Fica concedido à licitante vencedora o prazo de 02 (dois) dias úteis, a contar da publicação dos preços registrados, para eventual impugnação, expressa e protocolada, que será apreciada desde que devidamente instruída com demonstrativo de majoração extraordinária, porventura desconsiderada.

28.5 As licitantes vencedoras não poderão praticar preços realinhados sem a devida aprovação pela Prefeitura Municipal de POSSE do pedido de que trata o item. 28.3, sob pena de serem aplicadas as sanções previstas em Lei e no Edital e/ou o cancelamento do preço.

28.6 As licitantes vencedoras não poderão suspender a execução do objeto, durante o período de análise do pedido de que trata o item 28.3., devendo praticar os preços até então registrados, sob pena de serem aplicadas as sanções previstas em Lei e no Edital e/ou o cancelamento do preço.

29. DO CANCELAMENTO DO DO FORNECEDOR

29.1 O fornecedor terá o seu CANCELADO, por intermédio de processo administrativo específico, assegurado o contraditório e a ampla defesa:

a) Pela Administração, quando:

I – Não aceitar reduzir o preço registrado, na hipótese de este se tornar superior àqueles praticados no mercado;

II – Por razões de interesse público, devidamente motivadas e justificadas;

III – Não cumprir as obrigações decorrentes da Ata de ;
IV – Não comparecer ou se recusar a retirar, no prazo estabelecido, as Autorizações de Fornecimentos decorrentes da Ata de ;

b) Pelo fornecedor, quando:
I – Comprovar a impossibilidade de cumprir as exigências da Ata, por ocorrência de caso fortuito ou de força maior;
II – O seu preço registrado se tornar, comprovadamente, inexequível em função da elevação dos preços de mercado dos insumos que compõem o custo dos produtos;

29.2 Em qualquer das hipóteses acima, concluído o processo, o Município de POSSE, informará aos fornecedores a nova ordem de registro.

30. DAS PENALIDADES:

30.1 Ficará impedido de licitar e contratar com a Prefeitura Municipal de POSSE, pelo prazo de até 5 (cinco) anos ou enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição, a pessoa física ou jurídica, que praticar qualquer dos atos contemplados no art. 7º da Lei Federal n.º 10.520, de 17/07/2002, publicada no DOU de 18/07/2002.

a) A aplicação da penalidade capitulada no subitem anterior não impossibilitará a incidência das demais cominações legais contempladas na Lei 8.666, de 21/06/1993, publicada no DOU de 22/06/1993.

30.2 Independentemente da aplicação das penalidades retro indicadas, a(s) proponente(s) ficará(ão) sujeita(s), ainda à composição das perdas e danos causados à Administração e decorrente(s) de sua inadimplência, bem como arcará(ão) com a correspondente diferença de preços verificada em nova contratação, na hipótese da(s) proponente(s) classificada(s) não aceitar(em) a contratação pelos mesmos preços e prazos fixados pela inadimplente.

30.3 Para efeito de aplicação de qualquer penalidade, são assegurados o contraditório e a ampla defesa.

30.4 Qualquer penalidade deverá ser registrada, tratando-se de penalidade que implique no impedimento de licitar e contratar com a PREFEITURA ou a declaração de idoneidade, será obrigatória a comunicação do ato ao Tribunal de Contas do Estado.

30.5 A não execução no prazo previsto, sujeitará o proponente vencedor a uma multa de 1% (um por cento) por dia corrido de atraso, até que seja efetivada a entrega total. A porcentagem de multa será calculada sobre o valor de cada entrega.

30.6 Caso ocorra inadimplência total ou parcial das obrigações assumidas pelo beneficiário do , estará este sujeito ao pagamento de multa de 10% (dez por cento) do valor acumulado do fornecimento.

30.7 Caso a empresa pratique preços realinhados sem a devida aprovação da Prefeitura ou não efetue as entregas durante o período de análise de eventual pedido de realinhamento, a mesma estará sujeita a aplicação de multa de 10% (dez por cento) do valor global da entrega e/ou cancelamento do preço registrado.

30.8 O montante da multa poderá, a critério da PREFEITURA MUNICIPAL, ser cobrado de imediato ou compensado com valores de pagamentos devidos ao fornecedor, independente de qualquer notificação.

30.9 A empresa, que participando do certame for declarada vencedora, e após a assinatura do contrato, venha a desistir ou não efetue as entregas de acordo com os termos do edital ficará proibida de participar de novas licitações no município por um período de 12(doze) meses.

30.10 Independente da apuração de responsabilidade e da incidência da multa prevista nos itens anteriores, a PREFEITURA MUNICIPAL DE POSSE, poderá aplicar as demais penalidades previstas no artigo 87 da Lei Federal nº 8.666/93, ocorrendo inadimplência contratual, notadamente nas circunstâncias abaixo:

30.11 Inobservância dos prazos de entrega e o fornecimento dos produtos em padrão/qualidade inferior ao constante da proposta.

31. DISPOSIÇÕES GERAIS:

31.1 A participação do proponente a presente licitação, pressupõe a aceitação pelo mesmo, das condições estipuladas deste Edital.

31.2 Após a homologação da presente licitação, as empresas serão convocadas para assinar o Termo de Compromisso de Fornecimento, cuja minuta integra o presente Edital, no prazo de 5 (cinco) dias.

31.3 Caso a empresa não proceda à assinatura no prazo previsto, a mesma decairá do direito à contratação, além de se sujeitar a pena de multa.

31.4 A multa de que trata o item anterior corresponde a 10% (dez por cento) do valor global do fornecimento, calculado com base na quantidade mínima a ser fornecida anualmente multiplicada pelo preço unitário ofertado pela empresa nos itens em que ela se sagrou vencedora.

31.5 Os fornecimentos deverão ser efetuados mediante expedição, pela Prefeitura Municipal de POSSE, de "Nota de Empenho e/ou Contrato", dos quais constarão todas as especificações necessárias.

31.6 A Prefeitura Municipal enviará a Nota de Empenho à Contratada, via FAX, nos dias úteis, dentro do horário das 08:00 às 12:00 horas, das 14:00 ás 17:00 horas.

31.7 A existência de preços registrados não obriga o Município firmar aquisição do bem ou serviço.

31.8 Durante o prazo de validade do , a proponente vencedora fica obrigada a fornecer quaisquer dos itens constantes do formulário "Proposta de Preços", os quais lhe foram adjudicados, nas quantidades indicadas pela Prefeitura Municipal em cada Nota de Empenho e/ou Contrato.

31.9 O prazo de execução do objeto é de 12 (doze) meses, se houver interesse de ambas as partes este Contrato poderá ser prorrogado por igual ou superior período mediante termo aditivo ao contrato.

31.10 No período de validade do , fica facultado à Prefeitura Municipal, contratar ou não os fornecimentos.

31.11 No período de validade do , no ato da contratação a Prefeitura deverá ter disponível dotação Orçamentária suficiente para empenho da nota dos produtos contratados.

31.12 As despesas decorrentes da presente licitação irão onerar valores e dotações orçamentárias futuras, somente de acordo com as necessidades.

31.13 A presente licitação de será somente para registrar preços de mercado sem a necessidade de Reserva Orçamentária, no caso da Administração fazer a contratação dos preços registrados, terá que ter Reserva Orçamentária para empenho.

31.14 As normas disciplinadas deste PREGÃO serão interpretadas em favor da ampliação da disputa, observada a igualdade de oportunidades entre as proponentes, sem comprometimento do interesse público, e dos contratos delas decorrentes.

31.15 Na contagem dos prazos estabelecidos neste PREGÃO, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento e considerar-se-ão os dias consecutivos, exceto quando for explicitamente disposto em contrário. Só se iniciam e vencem prazos referidos neste artigo em dia de expediente no órgão ou entidade.

31.16 Não havendo expediente no órgão licitante ou ocorrendo qualquer ato/fato superveniente que impeça a realização do certame na data marcada, a sessão será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subseqüente, no horário e local estabelecidos neste EDITAL, desde que não haja comunicação do PREGOEIRO em sentido contrário.

31.17 A autoridade competente para determinar a contratação poderá revogar a licitação por razões de interesse público superveniente, devendo invalidá-la por ilegalidade, de ofício ou por provocação de qualquer pessoa, mediante ato escrito e fundamentado, sem que caiba direito a qualquer indenização.

31.18 O desatendimento de exigências formais não essenciais deixará de importar no afastamento da proponente, desde que possíveis a exata compreensão de sua proposta e a aferição da sua qualificação, durante a realização de sessão pública do PREGÃO.

31.19 As proponentes assumem os custos para a preparação e apresentação de suas propostas, sendo que o órgão licitante não se responsabilizará, em qualquer hipótese, por estas despesas, independentemente da condução ou do resultado do PREGÃO.

31.20 Será competente o Foro da Comarca de POSSE/GO, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para solução de questões oriundas deste PREGÃO.

POSSE/GO, 26 de fevereiro de 2018.

MARCO AURELIO INACIO DA SILVA
Pregoeiro Oficial

PREGÃO PRESENCIAL N.º 012/2018

ANEXO I
TERMO DE REFERÊNCIA E MODELOS EM ANEXO

PREGÃO N.º 012/2018
PROCESSO Nº 3146/2017.

TERMO DE REFERÊNCIA – PROJETO BÁSICO
Legislação: Lei nº 8.666/93 e Lei nº 10.520/02

Unidade Solicitante	**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
Órgão emissor	Secretaria Municipal de Saúde
Data	17/11/2017

1. Objeto da Contratação

Aquisição de material gráfico para atender a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde do município de Posse, GO.

2. Detalhamento do Objeto

Item	Qtd	Tipo	Und	Medida/ cm	Gramatura papel	Descrição Sumária do Produto	Valor Médio Unit	Valor Médio Total
						VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA		
01	10	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Relatório de Vacina	R$23,74	R$237,37
02	30	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Solicitação de Baciloscopia	R$18,13	R$543,80
03	30	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Pesquisa de BAAR	R$18,13	R$543,80
04	20	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Pesquisa de Leishmaniose	R$19,34	R$386,80
05	20	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Ficha de registro de vacinado	R$32,67	R$386,80
						UNIDADE HOSPITALAR		
06	200	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Atestado	R$8,93	R$1.786,00
07	800	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Receituário simples	R$8,26	R$6.610,67
08	200	Frente 50x2	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Receituário duas vias	R$9,26	R$1.851,33
09	10	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Passagem de plantão	R$30,85	R$308,53
10	10	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Receituário Recém nascido	R$21,40	R$214,03
11	10	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	Processo Laqueadura Tubaria	R$30,96	R$309,60
12	40	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	Mapa Diário de Procedimentos	R$15,61	R$624,40
13	100	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Prontuário de Paciente	R$18,45	R$1.364,10
14	100	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	GAE	R$18,45	R$1.364,10

15	02	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	Vasectomia	R$41,96	R$83,92
16	10	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	Termo de responsabilidade	R$23,74	R$237,37
17	10	Frente 50x2	Bloco	22x33 cm	56 gr	Remoção de Paciente	R$24,83	R$496,53
18	30	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	Mapa Diário de Consultas	R$13,53	R$405,80
19	50	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	Autorização de Internação Hospitalar	R$14,86	R$743,00
20	20	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	SAI/SUS	R$19,29	R$385,87
21	03	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Check List Carrinho de emergência	R$41,30	R$123,89
22	10	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Boletim de centro cirúrgico 01	R$27,20	R$271,97
23	10	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Boletim de centro cirúrgico 02	R$27,20	R$271,97
24	50	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	BPA	R$19,01	R$950,50
25	05	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Formulário de Regulação	R$24,49	R$122,43
26	100	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Relação de pacientes internados	R$70,12	R$1.611,67
27	10	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	Ficha de encaminhamento	R$23,74	R$237,37
28	05	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Licença maternidade	R$26,96	R$134,80
29	05	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Licença paternidade	R$26,96	R$134,80
30	150	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Atestado de saúde	R$9,77	R$1.465,00
						ATENÇÃO BÁSICA		
31	5.000	F/Verso 100x1	UN	22x24 cm	150 gr	Cartão da mulher	R$0,45	R$2.250,00
32	100	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Exames laboratoriais	R$33,76	R$856,33
33	10.000	F/Verso 100x1	UN	10x6,5 cm	150 gr	Cartão da família	R$0,15	R$1.005,33
34	10	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Atestado de Saúde	R$19,46	R$194,60
35	100	F/Verso 100x1	Bloco	22x33	63 gr	E-SUS Atendimento odontológico	R$18,45	R$1.845,00

				cm				
36	30	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	E-SUS Marcador alimentar	R$15,12	R$453,50
37	20	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	E-SUS Ficha complementar	R$15,95	R$319,00
38	150	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Visita domiciliar e territorial	R$17,78	R$2.667,50
39	20	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Ficha de procedimentos	R$16,86	R$337,20
40	100	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Ficha de atividade coletiva	R$18,45	R$1.845,00
41	100	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Ficha de atendimento individual	R$18,45	R$1.415,40
42	250	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Cadastro individual	R$16,12	R$4.029,17
43	10	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Prontuário	R$21,78	R$217,83
44	5.000	F/Verso 100x1	UN	22x33 cm	150 gr	Cartão Controle de Assistência Odontológica	R$0,42	R$1.316,33
45	10	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	Mapa diário de Vitamina A	R$20,19	R$201,93
46	30	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Requisição de exame Cipatológico	R$16,78	R$503,50
47	10	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	Insulina Mensal	R$16,86	R$168,60
48	10	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	Relatório paralisia flácida	R$16,86	R$168,60
49	10	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	Planilha de casos diarreia aguda semana	R$16,86	R$168,60
50	50	Frente 50x2	Bloco	22x33 cm	56 gr	Ficha encaminhamento de referência	R$19,65	R$982,50
51	10	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Ficha controle de temperatura	R$23,74	R$237,37
52	30	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Requisição de mamografia	R$16,78	R$503,50
53	50	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Atestado	R$14,56	R$727,83
54	100	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Receituário Simples	R$9,10	R$635,77
55	50	Frente 50x2	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Receituário Duas vias	R$10,42	R$521,17
56	50	Frente 50x1	Bloco	16,5x24	56 gr	Receituário Azul		

				cm				
57	30	Frente 50x2	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Encaminhamento para especialidades	R$15,00	R$450,10
58	30	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Solicitação de exame USG	R$18,13	R$686,00
						FISIOTERAPIA		
59	20	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	63 gr	Atendimento Fisioterapia	R$19,34	R$386,80
						SAMU		
60	50	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Reg. Atendimento de Urgência SBV	R$22,05	R$1.102,50
61	50	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Reg. Atendimento de Urgência SBV2	R$22,05	R$1.102,50
62	50	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Reg. Atendimento de Urgência SBV3	R$22,05	R$1.102,50
63	50	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Reg. Atendimento de Urgência (Enfermagem)	R$22,09	R$1.104,67
64	50	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Reg. Atendimento de Urgência (Médico)	R$22,09	R$1.104,67
						CONTROLE DE ENDEMIAS		
65	50	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Ficha de campo Goiás contra o Aedes	R$22,05	R$1.102,50
66	50	Frente 100x1	Bloco	11x33 cm	63 gr	Ficha Residencial	R$15,82	R$791,00
67	50	F/Verso 100x1	Bloco	16,5x19 cm	63 gr	Programa de controle doença de Chagas	R$17,88	R$894,17
68	50	Frente 100x1	Bloco	6,5x11 cm	56 gr	Dengue Entomologia	R$9,92	R$496,17
69	50	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	Programa de Controle Febre Amarela	R$19,01	R$950,50
							Valor Total →	**R$59.053,85**

3. Justificativa

3.1 - Tendo em vista a necessidade de confecção de material gráfico para utilização em atendimentos realizados pelo Fundo Municipal de Saúde, e para atendimentos das demandas dos setores com relação a papel timbrado institucional, guias, encaminhamentos, protocolos, etc; faz-se necessária a contratação de empresa especializada na confecção deste tipo de material. Assim, a execução dos serviços gráficos se justifica visando atender os objetivos e demandas do Fundo Municipal de Saúde que, além de fundamental importância, permite maior transparência e visibilidade das ações e trabalhos realizados na Secretaria Municipal de Saúde.

4. Das condições de Garantia/Assistência Técnica (quando for o caso)

Os materiais deverão possuir garantia contra problemas de impressão, defeito em folhas ou erros no conteúdo impresso, sendo que se constatado o erro a licitante vencedora deverá efetuar a correção em até 48 horas. Cada impresso tem o modelo a ser seguido (com tamanho, cor, gramatura, tipo de letra e tamanho de letra), que deverá ser entregue a empresa vencedora.

5. Dotação Orçamentária (inclusive a fonte de Recurso)

2.293 – Manutenção do Programa Saúde Bucal
Fonte de Recurso: 114 – Recursos SUS
2.295 – Manutenção do Hospital Municipal / Prog. Amb. E Hosp. – MAC
Fonte de Recurso: 102 – Recursos Próprios
2.298 – Manutenção das Atividades do Fundo Municipal de Saúde - FMS
Fonte de Recurso: 102 – Recursos Próprios
2.301 – Manutenção do Programa VISA – Vig. Epidemiológica e Sanitária
Fonte de Recurso: 114 – Recurso SUS
2.294 – Manutenção do Programa Saúde da Família
Fonte de Recurso: 114 – Recurso SUS
2.296 – Manutenção das Ações de Serviços Básicos
Fonte de Recurso: 114 – Recurso SUS
2.299 – Manutenção das Atividades do SAMU
Fonte de Recurso: 102 – Recurso Próprio
2.300 – Manutenção das Atividades do Centro de Fisioterapia
Fonte de Recurso: 114 – Recurso SUS

6. Condições p/Habilitação (quando for o caso)

Não se aplica.

7. Condições básicas para recebimento e forma de pagamento

07.1 - 30 (trinta) dias contados do aceite da nota fiscal.

8. Servidor responsável pela Gestão do Contrato da futura contratação

8.1 - A fiscalização da contratação será exercida por um representante da Administração, ao qual competirá dirimir as dúvidas que surgirem no curso da execução do contrato, e de tudo dará ciência à Administração.

9. Local de entrega ou execução dos serviços

9.1 - Almoxarifado central, localizado junto à Secretaria Municipal de Saúde de Posse, GO, sito a Rua Robson Ricardo R Barbosa, QD 26 LT 02, Setor Augusto José Valente, no horário das 08:00h às 17:00h horas, nos dias úteis.

10. Amostras e Laudo Técnico (caso necessário)

10.1. A Secretaria Municipal de Saúde se reserva no direito de solicitar amostras dos materiais ofertados para avaliação técnica, à(s) empresa(s) habilitada(s) em primeiro lugar:
10.2. A Secretaria Municipal de Saúde se reserva o direito de solicitar formalmente ao licitante a apresentação de novas amostras, catálogos, prospectos, laudos analíticos e laboratoriais de qualquer item cotado, de qualquer empresa participante do processo, independente da ordem de classificação de preços, para aferir se os bens propostos atendem às especificações contidas no Termo de Referência;
10.3. Quando solicitadas as amostras, os catálogos, os prospectos, os laudos analíticos e laboratoriais em português, deverão ser apresentados na quantidade solicitada no prazo máximo de 72 horas, contado do recebimento da solicitação, sob pena de desclassificação;
10.4. As amostras somente serão recebidas se estiverem devidamente identificadas, uma a uma, indicando em etiquetas o nome da empresa licitante, os números do pregão, do lote e do item a que se referem;
10.5. As amostras, **quando solicitadas**, serão em caráter de doação;
10.6. Os pareceres técnicos elaborados a partir dos resultados das análises nas amostras serão arquivados na Secretaria Municipal de Saúde;
10.7. Nos casos de pareceres técnicos desfavoráveis à aceitação dos materiais, estes poderão ser utilizados como instrumento para desclassificação do item.

11. Obrigações mínimas do: CONTRATADO

11.1 - 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:
11.1.1- Efetuar a entrega do produto em perfeitas condições, conforme especificações, prazo e local constantes no Edital e seus anexos, acompanhado da respectiva nota fiscal.
11.1.2. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto, de acordo com os artigos 12,13,14 e 17 a 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078, de 1990);
11.1.3. Substituir, reparar ou corrigir, às suas expensas, no prazo fixado neste Termo de Referência, o produto com avarias ou defeitos;
11.1.4. Comunicar à 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;

11.1.5. Manter, durante toda a execução do objeto, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.
11.2 - Atender, de imediato, as solicitações relativas à substituição, reposição ou troca do objeto que não atenda ao especificado.
11.3 – Entregar o objeto no prazo estabelecido, informando em tempo hábil qualquer motivo impeditivo ou que impossibilite assumir o estabelecido.
11.4 - Assumir inteira responsabilidade quanto à garantia e qualidade do objeto, reservando ao Município o direito de recusá-lo caso não satisfaça aos padrões especificados.
11.5 - Comunicar imediatamente a Unidade Requisitante, quando for o caso, qualquer anormalidade verificada, inclusive de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias.
11.6 - Responder objetivamente por quaisquer danos pessoais ou materiais decorrentes da entrega do objeto, seja por vício de fabricação ou por ação ou omissão de seus empregados.
11.7 - Assumir inteira responsabilidade quanto à qualidade do produto entregue.
11.8 - Arcar com o pagamento de todos os encargos trabalhistas, fiscais, previdenciários, securitários e outros advindos da execução do objeto, de forma a eximir a Unidade Requisitante de quaisquer ônus e responsabilidades.
11.9 - Manter durante toda a execução contratual, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

12. Obrigações mínimas da: CONTRATANTE

12.1. São obrigações da Contratante:
12.1.1 - Requisitar, por meio do setor pertinente, o fornecimento dos produtos, conforme as necessidades da unidade requisitante, responsável pela fiscalização do fornecimento.
12.1.2. Receber o objeto no prazo e condições estabelecidas no Edital e seus anexos;
12.1.3. 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 definitivos;
12.1.4. Comunicar à Contratada, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;
12.2 - Solicitar a substituição do produto que não apresentar condições de ser utilizado, mediante comunicação a ser feita pelo setor de compras/responsável da fiscalização.
12.3 - Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da Contratada, através de comissão/servidor especialmente designado;
12.4 - Impedir que terceiros forneçam o objeto deste Termo de Referência.
12.5. Efetuar o pagamento à Contratada no valor correspondente ao fornecimento do objeto, no prazo e forma estabelecidos no Edital e seus anexos;
12.6. A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela Contratada com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente objeto, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da Contratada, de seus empregados, prepostos ou subordinados.
12.7 - Proporcionar condições ao fornecedor para que possa executar o objeto dentro das normas estabelecidas.
12.8 - Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pelo fornecedor.
12.9 - Atestar o adimplemento da obrigação, desde que satisfaça às exigências editalícias.
12.10 - Efetuar o pagamento ao fornecedor.

13. Sansões Administrativas: (a) penalidade de advertência; (b) multa; (c) etc.

13.1. Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 8.666, de 1993 e da Lei nº 10.520, de 2002, a Contratada que:
13.1.1. Inexecutar total ou parcialmente qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;
13.1.2. Ensejar o retardamento da execução do objeto;
13.1.3. Fraudar na execução do contrato;
13.1.4. Comportar-se de modo inidôneo;
13.1.5. Cometer fraude fiscal;
13.1.6. Não mantiver a proposta.
13.2. A Contratada que cometer quaisquer das infrações discriminadas no subitem acima ficará sujeita, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às seguintes sanções:
13.2.1. Advertência por faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos significativos para a Contratante;
13.2.2. Multa moratória de 0,5% (meio por cento) por dia de atraso injustificado sobre o valor da parcela inadimplida, até o limite de 30 (trinta) dias;

13.2.3. Multa compensatória de 20% (vinte por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto;
14.2.4. Em caso de inexecução parcial, a multa compensatória, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida;
14.2.5. Suspensão de licitar e impedimento de contratar com a Administração, pelo prazo de até dois anos;
14.2.6. Impedimento de licitar e contratar com a União com o consequente descredenciamento no SICAF pelo prazo de até cinco anos;
14.2.7. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos causados;
14.3. Também ficam sujeitas às penalidades do art. 87, III e IV da Lei nº 8.666, de 1993, a Contratada que:
14.3.1. Tenha sofrido condenação definitiva por praticar, por meio dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;
14.3.2. Tenha praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;
14.3.3. Demonstre não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.
14.4. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à Contratada, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666, de 1993, e subsidiariamente a Lei nº 9.784, de 1999.
14.5. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade.
14.6. As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.

14. Garantia Contratual

14.1 – A garantia Contratual seguirá o disposto da Instrução Normativa nº 01 de 24 de Julho de 2017 - Município de Posse, GO.

15. Outras Informações pertinentes

15.2. Os materiais, objetos desta licitação, deverão estar disponíveis para início do fornecimento a partir da data de assinatura do contrato, contando prazo de 10(dez) dias para confecção dos mesmos. Cada impresso tem o modelo a ser seguido, que deverá ser entregue a empresa vencedora.
15.3. Substituir imediatamente os materiais que não estiverem em condições de uso, vencidos ou deteriorados, sem qualquer ônus para o Município.
15.4. Custear todas as despesas decorrentes dos fornecimentos, arcando com todos os tributos, taxas e licenças municipais, estaduais e federais, que incidam ou venham a incidir, direta ou indiretamente, sobre as mesmas, bem como todas as despesas gerais, diretas ou indiretas.
15.5. Acatar e facilitar a ação da fiscalização do Município, cumprindo as exigências da mesma.
15.7. Responsabilizar-se pelo transporte dos materiais, de seu estabelecimento até o local determinado pelo Município, bem como pelo seu descarregamento.
15.8. Ressarcir todas as multas, indenizações ou despesas impostas ao Município por autoridade competente, em decorrência do descumprimento do contrato, de lei ou regulamento aplicável à espécie, por parte da Contratada.
15.9. Responsabilizar-se pelos encargos decorrentes do cumprimento das obrigações supramencionadas, bem como pelo recolhimento de todos os impostos, taxas, tarifas, contribuições ou emolumentos federais, estaduais e municipais, que incidam ou venham incidir sobre o objeto desta licitação, bem como apresentar os respectivos comprovantes, quando solicitados pelo Município de Posse, GO.
15.10. Responsabilizar-se por todos e quaisquer danos e/ou prejuízos que vier causar ao Município ou a terceiros.
15.11. Manter rigoroso controle de qualidade sobre os materiais fornecidos e, no caso de constatação de culpa, a CONTRATADA responderá civilmente por perdas e danos junto à Secretaria Municipal de Saúde ou terceiros prejudicados, sem prejuízo das sanções criminais pertinentes.
15.12. Fornecer os produtos, objeto deste contrato, em sintonia com a Secretaria Municipal de Saúde e/ou seu representante, indicado pela secretaria da Saúde, acatando sugestões, normas e orientações que possibilitem maior qualidade ao contrato.
15.13. Comunicar ao Município a qualquer tempo, toda anormalidade, prestando os esclarecimentos pertinentes e providenciando a devida correção;
15.14. Não transferir a outrem, o objeto da presente licitação.

15.15. Manter, durante a vigência do Contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

16. Certificado de Declaração do emissor deste Termo de Referência

TERMO DE DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o presente termo de referência acha-se de acordo com o inciso I, § 2º, do art. 7º, da Lei nº 8.666/93 e suas alterações seguintes.

À consideração superiora.

POSSE/GO, ____/____/____.

EDGAR HENRIQUE DOS SANTOS

17. Despacho de Aprovação da Autoridade Superior (Prefeito/Gestor)

DESPACHO DA AUTORIDADE SUPERIORA

Depois de vistos, aprovo o presente termo de referência, após constatar que o mesmo foi elaborado consoante os requisitos do inciso I, do § 2º, do art. 7º, da Lei nº 8.666/93, com as alterações da Lei nº 8.883/94. POSSE/GO, ___/___/___.

Gestor

PREGÃO PRESENCIAL N.º 012/2018

ANEXO I
TERMO DE REFERÊNCIA E MODELOS EM ANEXO

PREGÃO N.º 012/2018
PROCESSO Nº 3146/2017.

TERMO DE REFERÊNCIA – PROJETO BÁSICO
Legislação: Lei nº 8.666/93 e Lei nº 10.520/02

Unidade Solicitante	**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
Órgão emissor	Secretaria Municipal de Saúde
Data	17/11/2017

1. Objeto da Contratação

Aquisição de material gráfico para atender a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde do município de Posse, GO.

2. Detalhamento do Objeto

Item	Qtd	Tipo	Und	Medida/ cm	Gramatura papel	Descrição Sumária do Produto	Valor Médio Unit	Valor Médio Total
						VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA		
01	10	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Relatório de Vacina	R$23,74	R$237,37
02	30	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Solicitação de Baciloscopia	R$18,13	R$543,80
03	30	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Pesquisa de BAAR	R$18,13	R$543,80
04	20	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Pesquisa de Leishmaniose	R$19,34	R$386,80
05	20	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Ficha de registro de vacinado	R$32,67	R$386,80
						UNIDADE HOSPITALAR		
06	200	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Atestado	R$8,93	R$1.786,00
07	800	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Receituário simples	R$8,26	R$6.610,67
08	200	Frente 50x2	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Receituário duas vias	R$9,26	R$1.851,33
09	10	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Passagem de plantão	R$30,85	R$308,53
10	10	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Receituário Recém nascido	R$21,40	R$214,03
11	10	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	Processo Laqueadura Tubaria	R$30,96	R$309,60
12	40	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	Mapa Diário de Procedimentos	R$15,61	R$624,40
13	100	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Prontuário de Paciente	R$18,45	R$1.364,10
14	100	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	GAE	R$18,45	R$1.364,10

15	02	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	Vasectomia	R$41,96	R$83,92
16	10	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	Termo de responsabilidade	R$23,74	R$237,37
17	10	Frente 50x2	Bloco	22x33 cm	56 gr	Remoção de Paciente	R$24,83	R$496,53
18	30	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	Mapa Diário de Consultas	R$13,53	R$405,80
19	50	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	Autorização de Internação Hospitalar	R$14,86	R$743,00
20	20	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	SAI/SUS	R$19,29	R$385,87
21	03	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Check List Carrinho de emergência	R$41,30	R$123,89
22	10	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Boletim de centro cirúrgico 01	R$27,20	R$271,97
23	10	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Boletim de centro cirúrgico 02	R$27,20	R$271,97
24	50	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	BPA	R$19,01	R$950,50
25	05	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Formulário de Regulação	R$24,49	R$122,43
26	100	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Relação de pacientes internados	R$70,12	R$1.611,67
27	10	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	Ficha de encaminhamento	R$23,74	R$237,37
28	05	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Licença maternidade	R$26,96	R$134,80
29	05	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Licença paternidade	R$26,96	R$134,80
30	150	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Atestado de saúde	R$9,77	R$1.465,00
						ATENÇÃO BÁSICA		
31	5.000	F/Verso 100x1	UN	22x24 cm	150 gr	Cartão da mulher	R$0,45	R$2.250,00
32	100	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Exames laboratoriais	R$33,76	R$856,33
33	10.000	F/Verso 100x1	UN	10x6,5 cm	150 gr	Cartão da família	R$0,15	R$1.005,33
34	10	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Atestado de Saúde	R$19,46	R$194,60
35	100	F/Verso 100x1	Bloco	22x33	63 gr	E-SUS Atendimento odontológico	R$18,45	R$1.845,00

				cm				
36	30	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	E-SUS Marcador alimentar	R$15,12	R$453,50
37	20	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	E-SUS Ficha complementar	R$15,95	R$319,00
38	150	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Visita domiciliar e territorial	R$17,78	R$2.667,50
39	20	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Ficha de procedimentos	R$16,86	R$337,20
40	100	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Ficha de atividade coletiva	R$18,45	R$1.845,00
41	100	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Ficha de atendimento individual	R$18,45	R$1.415,40
42	250	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Cadastro individual	R$16,12	R$4.029,17
43	10	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Prontuário	R$21,78	R$217,83
44	5.000	F/Verso 100x1	UN	22x33 cm	150 gr	Cartão Controle de Assistência Odontológica	R$0,42	R$1.316,33
45	10	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	Mapa diário de Vitamina A	R$20,19	R$201,93
46	30	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Requisição de exame Cipatológico	R$16,78	R$503,50
47	10	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	Insulina Mensal	R$16,86	R$168,60
48	10	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	Relatório paralisia flácida	R$16,86	R$168,60
49	10	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	Planilha de casos diarreia aguda semana	R$16,86	R$168,60
50	50	Frente 50x2	Bloco	22x33 cm	56 gr	Ficha encaminhamento de referência	R$19,65	R$982,50
51	10	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Ficha controle de temperatura	R$23,74	R$237,37
52	30	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Requisição de mamografia	R$16,78	R$503,50
53	50	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Atestado	R$14,56	R$727,83
54	100	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Receituário Simples	R$9,10	R$635,77
55	50	Frente 50x2	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Receituário Duas vias	R$10,42	R$521,17
56	50	Frente 50x1	Bloco	16,5x24	56 gr	Receituário Azul		

				cm				
57	30	Frente 50x2	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Encaminhamento para especialidades	R$15,00	R$450,10
58	30	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	56 gr	Solicitação de exame USG	R$18,13	R$686,00
						FISIOTERAPIA		
59	20	Frente 100x1	Bloco	16,5x24 cm	63 gr	Atendimento Fisioterapia	R$19,34	R$386,80
						SAMU		
60	50	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Reg. Atendimento de Urgência SBV	R$22,05	R$1.102,50
61	50	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Reg. Atendimento de Urgência SBV2	R$22,05	R$1.102,50
62	50	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Reg. Atendimento de Urgência SBV3	R$22,05	R$1.102,50
63	50	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Reg. Atendimento de Urgência (Enfermagem)	R$22,09	R$1.104,67
64	50	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Reg. Atendimento de Urgência (Médico)	R$22,09	R$1.104,67
						CONTROLE DE ENDEMIAS		
65	50	F/Verso 100x1	Bloco	22x33 cm	63 gr	Ficha de campo Goiás contra o Aedes	R$22,05	R$1.102,50
66	50	Frente 100x1	Bloco	11x33 cm	63 gr	Ficha Residencial	R$15,82	R$791,00
67	50	F/Verso 100x1	Bloco	16,5x19 cm	63 gr	Programa de controle doença de Chagas	R$17,88	R$894,17
68	50	Frente 100x1	Bloco	6,5x11 cm	56 gr	Dengue Entomologia	R$9,92	R$496,17
69	50	Frente 100x1	Bloco	22x33 cm	56 gr	Programa de Controle Febre Amarela	R$19,01	R$950,50
							Valor Total →	**R$59.053,85**

3. Justificativa

3.1 - Tendo em vista a necessidade de confecção de material gráfico para utilização em atendimentos realizados pelo Fundo Municipal de Saúde, e para atendimentos das demandas dos setores com relação a papel timbrado institucional, guias, encaminhamentos, protocolos, etc; faz-se necessária a contratação de empresa especializada na confecção deste tipo de material. Assim, a execução dos serviços gráficos se justifica visando atender os objetivos e demandas do Fundo Municipal de Saúde que, além de fundamental importância, permite maio transparência e visibilidade das ações e trabalhos realizados na Secretaria Municipal de Saúde.

4. Das condições de Garantia/Assistência Técnica (quando for o caso)

Os materiais deverão possuir garantia contra problemas de impressão, defeito em folhas ou erros no conteúd impresso, sendo que se constatado o erro a licitante vencedora deverá efetuar a correção em até 48 horas. Cad impresso tem o modelo a ser seguido (com tamanho, cor, gramatura, tipo de letra e tamanho de letra), qu deverá ser entregue a empresa vencedora.

5. Dotação Orçamentária (inclusive a fonte de Recurso)

2.293 – Manutenção do Programa Saúde Bucal
Fonte de Recurso: 114 – Recursos SUS
2.295 – Manutenção do Hospital Municipal / Prog. Amb. E Hosp. – MAC
Fonte de Recurso: 102 – Recursos Próprios
2.298 – Manutenção das Atividades do Fundo Municipal de Saúde - FMS
Fonte de Recurso: 102 – Recursos Próprios
2.301 – Manutenção do Programa VISA – Vig. Epidemiológica e Sanitária
Fonte de Recurso: 114 – Recurso SUS
2.294 – Manutenção do Programa Saúde da Família
Fonte de Recurso: 114 – Recurso SUS
2.296 – Manutenção das Ações de Serviços Básicos
Fonte de Recurso: 114 – Recurso SUS
2.299 – Manutenção das Atividades do SAMU
Fonte de Recurso: 102 – Recurso Próprio
2.300 – Manutenção das Atividades do Centro de Fisioterapia
Fonte de Recurso: 114 – Recurso SUS

6. Condições p/Habilitação (quando for o caso)

Não se aplica.

7. Condições básicas para recebimento e forma de pagamento

07.1 - 30 (trinta) dias contados do aceite da nota fiscal.

8. Servidor responsável pela Gestão do Contrato da futura contratação

8.1 - A fiscalização da contratação será exercida por um representante da Administração, ao qual competirá dirimir as dúvidas que surgirem no curso da execução do contrato, e de tudo dará ciência à Administração.

9. Local de entrega ou execução dos serviços

9.1 - Almoxarifado central, localizado junto à Secretaria Municipal de Saúde de Posse, GO, sito a Rua Robson Ricardo R Barbosa, QD 26 LT 02, Setor Augusto José Valente, no horário das 08:00h às 17:00h horas, nos dias úteis.

10. Amostras e Laudo Técnico (caso necessário)

10.1. A Secretaria Municipal de Saúde se reserva no direito de solicitar amostras dos materiais ofertados para avaliação técnica, à(s) empresa(s) habilitada(s) em primeiro lugar:
10.2. A Secretaria Municipal de Saúde se reserva o direito de solicitar formalmente ao licitante a apresentação de novas amostras, catálogos, prospectos, laudos analíticos e laboratoriais de qualquer item cotado, de qualquer empresa participante do processo, independente da ordem de classificação de preços, para aferir se os bens propostos atendem às especificações contidas no Termo de Referência;
10.3. Quando solicitadas as amostras, os catálogos, os prospectos, os laudos analíticos e laboratoriais em português, deverão ser apresentados na quantidade solicitada no prazo máximo de 72 horas, contado do recebimento da solicitação, sob pena de desclassificação;
10.4. As amostras somente serão recebidas se estiverem devidamente identificadas, uma a uma, indicando em etiquetas o nome da empresa licitante, os números do pregão, do lote e do item a que se referem;
10.5. As amostras, **quando solicitadas**, serão em caráter de doação;
10.6. Os pareceres técnicos elaborados a partir dos resultados das análises nas amostras serão arquivados na Secretaria Municipal de Saúde;
10.7. Nos casos de pareceres técnicos desfavoráveis à aceitação dos materiais, estes poderão ser utilizados como instrumento para desclassificação do item.

11. Obrigações mínimas do: CONTRATADO

11.1 - 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:
11.1.1- Efetuar a entrega do produto em perfeitas condições, conforme especificações, prazo e local constante no Edital e seus anexos, acompanhado da respectiva nota fiscal.
11.1.2. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto, de acordo com os artigos 12,13,14 e 17 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078, de 1990);
11.1.3. Substituir, reparar ou corrigir, às suas expensas, no prazo fixado neste Termo de Referência, o produ com avarias ou defeitos;
11.1.4. Comunicar à Contratante, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas que antecede a data da entre os motivos que impossibilitem o cumprimento do prazo previsto, com a devida comprovação;

11.1.5. Manter, durante toda a execução do objeto, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.
11.2 - Atender, de imediato, as solicitações relativas à substituição, reposição ou troca do objeto que não atenda ao especificado.
11.3 – Entregar o objeto no prazo estabelecido, informando em tempo hábil qualquer motivo impeditivo ou que impossibilite assumir o estabelecido.
11.4 - Assumir inteira responsabilidade quanto à garantia e qualidade do objeto, reservando ao Município o direito de recusá-lo caso não satisfaça aos padrões especificados.
11.5 - Comunicar imediatamente a Unidade Requisitante, quando for o caso, qualquer anormalidade verificada, inclusive de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias.
11.6 - Responder objetivamente por quaisquer danos pessoais ou materiais decorrentes da entrega do objeto, seja por vício de fabricação ou por ação ou omissão de seus empregados.
11.7 - Assumir inteira responsabilidade quanto à qualidade do produto entregue.
11.8 - Arcar com o pagamento de todos os encargos trabalhistas, fiscais, previdenciários, securitários e outros advindos da execução do objeto, de forma a eximir a Unidade Requisitante de quaisquer ônus e responsabilidades.
11.9 - Manter durante toda a execução contratual, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

12. Obrigações mínimas da: CONTRATANTE

12.1. São obrigações da Contratante:
12.1.1 - Requisitar, por meio do setor pertinente, o fornecimento dos produtos, conforme as necessidades da unidade requisitante, responsável pela fiscalização do fornecimento.
12.1.2. Receber o objeto no prazo e condições estabelecidas no Edital e seus anexos;
12.1.3. 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 definitivos;
12.1.4. Comunicar à Contratada, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido;
12.2 - Solicitar a substituição do produto que não apresentar condições de ser utilizado, mediante comunicação a ser feita pelo setor de compras/responsável da fiscalização.
12.3 - Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da Contratada, através de comissão/servidor especialmente designado;
12.4 - Impedir que terceiros forneçam o objeto deste Termo de Referência.
12.5. Efetuar o pagamento à Contratada no valor correspondente ao fornecimento do objeto, no prazo e forma estabelecidos no Edital e seus anexos;
12.6. A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela Contratada com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente objeto, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da Contratada, de seus empregados, prepostos ou subordinados.
12.7 - Proporcionar condições ao fornecedor para que possa executar o objeto dentro das normas estabelecidas.
12.8 - Prestar as informações e os esclarecimentos que venham a ser solicitados pelo fornecedor.
12.9 - Atestar o adimplemento da obrigação, desde que satisfaça às exigências editalícias.
12.10 - Efetuar o pagamento ao fornecedor.

13. Sansões Administrativas: (a) penalidade de advertência; (b) multa; (c) etc.

13.1. Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 8.666, de 1993 e da Lei nº 10.520, de 2002, Contratada que:
13.1.1. Inexecutar total ou parcialmente qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;
13.1.2. Ensejar o retardamento da execução do objeto;
13.1.3. Fraudar na execução do contrato;
13.1.4. Comportar-se de modo inidôneo;
13.1.5. Cometer fraude fiscal;
13.1.6. Não mantiver a proposta.
13.2. A Contratada que cometer quaisquer das infrações discriminadas no subitem acima ficará sujeita, se prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às seguintes sanções:
13.2.1. Advertência por faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos significativos para Contratante;
13.2.2. Multa moratória de 0,5% (meio por cento) por dia de atraso injustificado sobre o valor da parc inadimplida, até o limite de 30 (trinta) dias;

13.2.3. Multa compensatória de 20% (vinte por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto;
14.2.4. Em caso de inexecução parcial, a multa compensatória, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida;
14.2.5. Suspensão de licitar e impedimento de contratar com a Administração, pelo prazo de até dois anos;
14.2.6. Impedimento de licitar e contratar com a União com o consequente descredenciamento no SICAF pelo prazo de até cinco anos;
14.2.7. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos causados;
14.3. Também ficam sujeitas às penalidades do art. 87, III e IV da Lei nº 8.666, de 1993, a Contratada que:
14.3.1. Tenha sofrido condenação definitiva por praticar, por meio dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;
14.3.2. Tenha praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;
14.3.3. Demonstre não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.
14.4. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à Contratada, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666, de 1993, e subsidiariamente a Lei nº 9.784, de 1999.
14.5. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade.
14.6. As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.

14. Garantia Contratual

14.1 – A garantia Contratual seguirá o disposto da Instrução Normativa nº 01 de 24 de Julho de 2017 - Município de Posse, GO.

15. Outras Informações pertinentes

15.2. Os materiais, objetos desta licitação, deverão estar disponíveis para início do fornecimento a partir da data de assinatura do contrato, contando prazo de 10(dez) dias para confecção dos mesmos. Cada impresso tem o modelo a ser seguido, que deverá ser entregue a empresa vencedora.
15.3. Substituir imediatamente os materiais que não estiverem em condições de uso, vencidos ou deteriorados, sem qualquer ônus para o Município.
15.4. Custear todas as despesas decorrentes dos fornecimentos, arcando com todos os tributos, taxas e licenças municipais, estaduais e federais, que incidam ou venham a incidir, direta ou indiretamente, sobre as mesmas, bem como todas as despesas gerais, diretas ou indiretas.
15.5. Acatar e facilitar a ação da fiscalização do Município, cumprindo as exigências da mesma.
15.7. Responsabilizar-se pelo transporte dos materiais, de seu estabelecimento até o local determinado pelo Município, bem como pelo seu descarregamento.
15.8. Ressarcir todas as multas, indenizações ou despesas impostas ao Município por autoridade competente, em decorrência do descumprimento do contrato, de lei ou regulamento aplicável à espécie, por parte da Contratada.
15.9. Responsabilizar-se pelos encargos decorrentes do cumprimento das obrigações supramencionadas, bem como pelo recolhimento de todos os impostos, taxas, tarifas, contribuições ou emolumentos federais, estaduais e municipais, que incidam ou venham incidir sobre o objeto desta licitação, bem como apresentar os respectivos comprovantes, quando solicitados pelo Município de Posse, GO.
15.10. Responsabilizar-se por todos e quaisquer danos e/ou prejuízos que vier causar ao Município ou a terceiros.
15.11. Manter rigoroso controle de qualidade sobre os materiais fornecidos e, no caso de constatação de culpa, a CONTRATADA responderá civilmente por perdas e danos junto à Secretaria Municipal de Saúde ou terceiros prejudicados, sem prejuízo das sanções criminais pertinentes.
15.12. Fornecer os produtos, objeto deste contrato, em sintonia com a Secretaria Municipal de Saúde e/ou seu representante, indicado pela secretaria da Saúde, acatando sugestões, normas e orientações que possibilitem maior qualidade ao contrato.
15.13. Comunicar ao Município a qualquer tempo, toda anormalidade, prestando os esclarecimentos pertinentes providenciando a devida correção;
15.14. Não transferir a outrem, o objeto da presente licitação.

15.15. Manter, durante a vigência do Contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

16. Certificado de Declaração do emissor deste Termo de Referência

TERMO DE DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o presente termo de referência acha-se de acordo com o inciso I, § 2º, do art. 7º, da Lei nº 8.666/93 e suas alterações seguintes.

À consideração superiora.

POSSE/GO, ___/___/___.

EDGAR HENRIQUE DOS SANTOS

17. Despacho de Aprovação da Autoridade Superior (Prefeito/Gestor)

DESPACHO DA AUTORIDADE SUPERIORA

Depois de vistos, aprovo o presente termo de referência, após constatar que o mesmo foi elaborado consoante os requisitos do inciso I, do § 2º, do art. 7º, da Lei nº 8.666/93, com as alterações da Lei nº 8.883/94. POSSE/GO, ___/___/___.

Gestor

MODELOS DE FORMULÁRIOS

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

RELATÓRIO DE VACINA

Unidade de saúde: _____ **Mês:** _____ **Responsável:**_____

IMUNOBIOLÒGICOS	Saldo anterior	Doses recebidas	Total	Aplicadas	Transferidas	Perda	Saldo atual	
BCG								
DTP								
DUPLA ADULTO (DT)								
FEBRE AMARELA								
DILUENTE FEBRE AMARELA								
HEPATITE B								
HEPATITE A								
INFLUENZA								
MENINGO C								
P JMO 10								
PENTA (DTP + HIB + HEPATITE B)								
POLIOMIELITE (IM) " VIP"								
PNEUMO 23								
POLIO GOTAS "VOP"								
ANTI-RABICA (IM)								
ROTA VIRUS								
TRIPLICE VIRAL								
DILUENTE DA TRIPLICE								
TETRA VIRAL								
RICELA								
.(a)								
HPV								
SORO ANTITETÂNICO								
SORO ANTIRÁBICO								
SORO ANTIARACNÍDEO								
SORO ANTIESCORPIÔNICO								
SORO ANTIBOTRÓPICO								
SORO ANTICROTÁLICO								
SORO ANTIELAPIDICO								
SORO ANTILAQUÉTICO								
SORO ANTILONÔMICO								

POSSE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

SOLICITAÇÃO DE BACILOSCOPIA DE RASPADO INTRADÉRMICO

Unidade de Saúde Solicitante: _____

Nome do Paciente: _____

Nome da Mãe do Paciente: _____

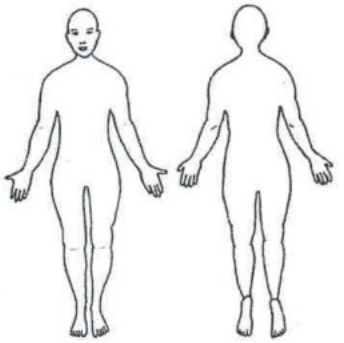
Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: ( ) Masc. ( ) Femi.

Endereço: _____

Bairro/Setor: _____ Telefone: ( )_____

Assinale a Localização das Lesões para coleta

( ) LOD
( ) LOE
( ) CD
( ) CE
( ) LESÃO



OBSERVACÕES: _____

_____

Data da Solicitação: ____/____/____

_____
Identificação do Solicitante (Ass. e Carimbo)

POSSE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

SOLICITAÇÃO DE BACILOSCOPIA DE RASPADO INTRADÉRMICO

Unidade de Saúde Solicitante: _____

Nome do Paciente: _____

Nome da Mãe do Paciente: _____

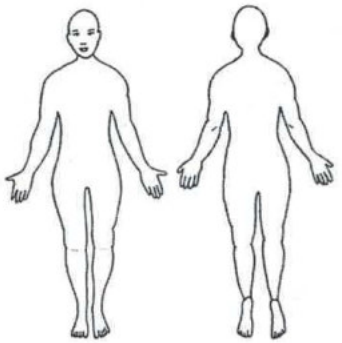
Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: ( ) Masc. ( ) Femi.

Endereço: _____

Bairro/Setor: _____ Telefone: ( )_____

Assinale a Localização das Lesões para coleta

( ) LOD
( ) LOE
( ) CD
( ) CE
( ) LESÃO



OBSERVACÕES: _____

_____

Data da Solicitação: ____/____/____

_____
Identificação do Solicitante (Ass. e Carimbo)

POSSE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

SOLICITAÇÃO DE BACILOSCOPIA DE RASPADO INTRADÉRMICO

Unidade de Saúde Solicitante: _____

Nome do Paciente: _____

Nome da Mãe do Paciente: _____

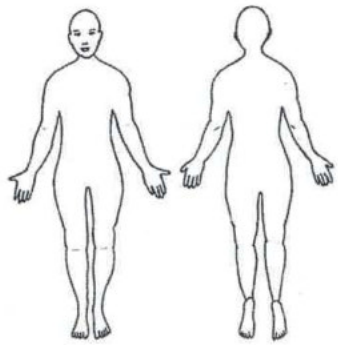
Data de nascimento: ___/___/___ Sexo: ( ) Masc. ( ) Femi.

Endereço: _____

Bairro/Setor: _____ Telefone: ( )_____

Assinale a Localização das Lesões para coleta

( ) LOD
( ) LOE
( ) CD
( ) CE
( ) LESÃO



OBSERVACÕES: _____

_____

Data da Solicitação: ___/___/___

_____
Identificação do Solicitante (Ass. e Carimbo)

POSSE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

SOLICITAÇÃO DE BACILOSCOPIA DE RASPADO INTRADÉRMICO

Unidade de Saúde Solicitante: _____

Nome do Paciente: _____

Nome da Mãe do Paciente: _____

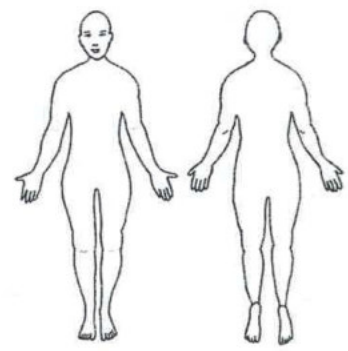
Data de nascimento: ___/___/___ Sexo: ( ) Masc. ( ) Femi.

Endereço: _____

Bairro/Setor: _____ Telefone: ( )_____

Assinale a Localização das Lesões para coleta

( ) LOD
( ) LOE
( ) CD
( ) CE
( ) LESÃO



OBSERVACÕES: _____

_____

Data da Solicitação: ___/___/___

_____
Identificação do Solicitante (Ass. e Carimbo)

POSSE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

BACILOSCOPIA – Pesquisa de BAAR para Tuberculose

Unidade de Saúde solicitante: _____

Nome do Paciente: _____

Nome da Mãe do Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: ( ) Masc. ( ) Femi.

Endereço: _____

Bairro/Setor: _____ Telefone ( )_____

Diagnóstico: ( ) 1ª Amostra ( ) 2ª Amostra

Controle de Tratam.: ( )1ºMês ( )2ºMês ( )3ºMês ( )4ºMês ( )5ºMês ( )6ºMês

Data da solicitação: ____/____/____

_____

Identificação do Solicitante (Ass. e Carimbo)

POSSE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

BACILOSCOPIA – Pesquisa de BAAR para Tuberculose

Unidade de Saúde solicitante: _____

Nome do Paciente: _____

Nome da Mãe do Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: ( ) Masc. ( ) Femi.

Endereço: _____

Bairro/Setor: _____ Telefone ( )_____

Diagnóstico: ( ) 1ª Amostra ( ) 2ª Amostra

Controle de Tratam.: ( )1ºMês ( )2ºMês ( )3ºMês ( )4ºMês ( )5ºMês ( )6ºMês

Data da solicitação: ____/____/____

_____

Identificação do Solicitante (Ass. e Carimbo)

POSSE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

SOLICITAÇÃO DE SOROLOGIA PARA LEISHIMANIOSE

Unidade de Saúde solicitante: _____

Nome do Paciente: _____

Nome da Mãe do Paciente: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: ( ) Masc. ( ) Femi.

Endereço: _____

Bairro/Setor: _____ Telefone ( )_____

Local da lesão: _____

Data da solicitação: ___/___/___

_____

Identificação do Solicitante (Ass. e Carimbo)

POSSE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

SOLICITAÇÃO DE SOROLOGIA PARA LEISHIMANIOSE

Unidade de Saúde solicitante: _____

Nome do Paciente: _____

Nome da Mãe do Paciente: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: ( ) Masc. ( ) Femi.

Endereço: _____

Bairro/Setor: _____ Telefone ( )_____

Local da lesão: _____

Data da solicitação: ___/___/___

_____

Identificação do Solicitante (Ass. e Carimbo)

FICHA DE REGISTRO DO VACINADO

DADOS DO PACIENTE				
CARTÃO SUS:				
NOME COMPLETO:				
NOME DA MÃE:				
NOME DO PAI:			( ) NÃO CONSTA	
DATA DE NASCIMENTO: / /			**SEXO:** Masculino ( ) Feminino ( )	
NACIONALIDADE:			**MUNICÍPIO:**	
RAÇA: ( ) Branca ( ) Negra ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Amarela				
ENDEREÇO				
MUNICIPIO:				
BAIRRO:				
LOGRADOURO:				
CEP:	**QD.**	**LT.**	**NUM.**	**COMPL.**
TELEFONE:				

DADOS DA VACINAÇÃO						
GRUPO DE ATENDIMENTO: ( )População Geral ( )Pop. Privada de Liberdade ( )Indígenas ( )Assentados ( )Quilombola ( )Acampados ( )Militares						
GESTANTE ( )				**COMUNICANTE HANSENÍASE** ( )		
TRIADOR:				**COREN:**		
VACINADOR:				**MATRÍCULA:**		
DATA	**ESTRATÉGIA***	**IMUNOBIOLÓGICO**	**DOSE**	**Nº AMPOLAS****	**LOTE**	**LABORATÓRIO**
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						

*Estratégias: Rotina / Especial / Bloqueio / Intensificação / Campanha Indiscriminada / Campanha Seletiva / Soroterapia.
** Utilizar número de ampolas no caso de Soros e Imunoglobulinas.

FICHA DE REGISTRO DO VACINADO

DADOS DO PACIENTE				
CARTÃO SUS:				
NOME COMPLETO:				
NOME DA MÃE:				
NOME DO PAI:			( ) NÃO CONSTA	
DATA DE NASCIMENTO: / /			**SEXO:** Masculino ( ) Feminino ( )	
NACIONALIDADE:			**MUNICÍPIO:**	
RAÇA: ( ) Branca ( ) Negra ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Amarela				
ENDEREÇO				
MUNICIPIO:				
BAIRRO:				
LOGRADOURO:				
CEP:	**QD.**	**LT.**	**NUM.**	**COMPL.**
TELEFONE:				

DADOS DA VACINAÇÃO						
GRUPO DE ATENDIMENTO: ( )População Geral ( )Pop. Privada de Liberdade ( )Indígenas ( )Assentados ( )Quilombola ( )Acampados ( )Militares						
GESTANTE ( )				**COMUNICANTE HANSENÍASE** ( )		
TRIADOR:				**COREN:**		
VACINADOR:				**MATRÍCULA:**		
DATA	**ESTRATÉGIA***	**IMUNOBIOLÓGICO**	**DOSE**	**Nº AMPOLAS****	**LOTE**	**LABORATÓRIO**
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						

*Estratégias: Rotina / Especial / Bloqueio / Intensificação / Campanha Indiscriminada / Campanha Seletiva / Soroterapia.
** Utilizar número de ampolas no caso de Soros e Imunoglobulinas.

MODELOS DE FORMULÁRIOS

UNIDADE HOSPITALAR

POSSE

UNIDADE HOSPITALAR
DR. ARQUIMEDES VIEIRA DE BRITO
CNPJ: 24.855.744/0001-56
Fones: Emergência:192 - Administração: (62) 3481-4927

Rua Correntina, Qd.01 - Lt. Único - Setor Dom Prudêncio - CEP: 73.900-000 - Posse - Goiás

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que

_____

necessita de_____dias de licença para tratamento de saúde, a partir desta data.

CID_____

Posse,GO_____/_____/_____

_____
Médico - Assinatura e Carimbo

Primeira Impressão Gráfica - (62) 3481-4288

POSSE

UNIDADE HOSPITALAR
DR. ARQUIMEDES VIEIRA DE BRITO
CNPJ: 24.855.744/0001-56
Fones: Emergência:192 - Administração: (62) 3481-4927

Rua Correntina, Qd.01 - Lt. Único - Setor Dom Prudêncio - CEP: 73.900-000 - Posse - Goiás

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que

_____

necessita de_____dias de licença para tratamento de saúde, a partir desta data.

CID_____

Posse,GO_____/_____/_____

_____
Médico - Assinatura e Carimbo

Primeira Impressão Gráfica - (62) 3481-4288

POSSE

DR. ARQUIMEDES VIEIRA DE BRITO

CNPJ: 24.855.744/0001-56

Fones: Emergência:192 - Administração: (62) 3481-4927

Rua Correntina, Qd.01 - Lt. Único - Setor Dom Prudêncio - CEP: 73.900-000 - Posse - Goiás

RECEITUÁRIO

POSSE

DR. ARQUIMEDES VIEIRA DE BRITO

CNPJ: 24.855.744/0001-56

Fones: Emergência:192 - Administração: (62) 3481-4927

Rua Correntina, Qd.01 - Lt. Único - Setor Dom Prudêncio - CEP: 73.900-000 - Posse - Goiás

RECEITUÁRIO

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome do Profissional:

CRM:

PREFEITURA MUNICIPAL DE POSSE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Unidade Hospitalar
Dr. Arquimedes Vieira de Brito
Posse Goiás
CNPJ: 24.855.744/0001-56
Rua Correntina, Qd 01 - Lt. Único - Setor Dom Prudêncio
CEP: 73.900-000
Fones: Emergência: 192 - Administração: (62) 3481-4927

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data: / /

Assinatura e Carimbo do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

RG: Órg. Emissor

Endereço:

Cidade UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: / /

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome do Profissional:

CRM:

PREFEITURA MUNICIPAL DE POSSE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Unidade Hospitalar
Dr. Arquimedes Vieira de Brito
Posse Goiás
CNPJ: 24.855.744/0001-56
Rua Correntina, Qd 01 - Lt. Único - Setor Dom Prudêncio
CEP: 73.900-000
Fones: Emergência: 192 - Administração: (62) 3481-4927

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data: / /

Assinatura e Carimbo do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

RG: Órg. Emissor

Endereço:

Cidade UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: / /

UNIDADE HOSPITALAR
DR. ARQUIMEDES VIEIRA DE BRITO
POSSE - GO
CNPJ: 24.855.744/0001-56
Rua Correntina, Qd. 01, Lt. Único - St. Dom Prudêncio - CEP:73.900-000
Fones: Emergência 192 - Administração: (62) 3481-1375

SUS

FICHA DE ENCAMINHAMENTO (REFERÊNCIA)

NOME: _____
END.: _____
DOC. IDENT.: _____ CAD. SUS: _____
IDADE: _____ SEXO: M ( ) F ( ) UNIDADE DE ORIGEM: _____
MUNICÍPIO: _____ TEL.: _____
FILIAÇÃO: _____
UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____
ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO DE: _____
MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: _____

RESUMO HISTÓRICO DO PACIENTE E TRATAMENTO: _____

DATA: _____ / _____ / _____

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável pelo Tratamento

Assinatura e Carimbo da Sec. de Saúde

AGENDAMENTO SMS/SMAS
Data: ___ / ___ / ___ Unid. de Ref.: _____
End.: _____
Atendente: _____ Fone Contato: _____

Primeira Impressão Gráfica - Tel.:(62) 3481-4288 ⁘ graficaposse@hotmail.com

UNIDADE HOSPITALAR
DR. ARQUIMEDES VIEIRA DE BRITO
POSSE - GO
CNPJ: 24.855.744/0001-56
Rua Correntina, Qd. 01, Lt. Único - St. Dom Prudêncio - CEP:73.900-000
Fones: Emergência 192 - Administração: (62) 3481-1375

SUS

FICHA DE ENCAMINHAMENTO (CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: _____
END.: _____
DOC. IDENT.: _____ CAD. SUS: _____
IDADE: _____ SEXO: M ( ) F ( ) UNIDADE DE ORIGEM: _____
MUNICÍPIO: _____ TEL.: _____
FILIAÇÃO: _____
UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____
ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO DE: _____
MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: _____

RESUMO HISTÓRICO DO PACIENTE E TRATAMENTO: _____

DATA: _____ / _____ / _____

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável pelo Tratamento

Assinatura e Carimbo da Sec. de Saúde

Primeira Impressão Gráfica - Tel.:(62) 3481-4288 ⁘ graficaposse@hotmail.com

UNIDADE HOSPITALAR
DR. ARQUIMEDES VIEIRA DE BRITO
POSSE - GO
CNPJ: 24.855.744/0001-56
Rua Correntina, Qd. 01, Lt. Único - St. Dom Prudêncio - CEP:73.900-000
Fones: Emergência 192 - Administração: (62) 3481-1375

SUS

FICHA DE ENCAMINHAMENTO (REFERÊNCIA)

NOME: _____
END.: _____
DOC. IDENT.: _____ CAD. SUS: _____
IDADE: _____ SEXO: M ( ) F ( ) UNIDADE DE ORIGEM: _____
MUNICÍPIO: _____ TEL.: _____
FILIAÇÃO: _____
UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____
ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO DE: _____
MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: _____

RESUMO HISTÓRICO DO PACIENTE E TRATAMENTO: _____

DATA: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável pelo Tratamento

Assinatura e Carimbo da Sec. de Saúde

AGENDAMENTO SMS/SMAS
Data: ____/____/____ Unid. de Ref.: _____
End.: _____
Atendente: _____ Fone Contato: _____

Primeira Impressão Gráfica - Tel.:(62) 3481-4288 - graficaposse@hotmail.com

UNIDADE HOSPITALAR
DR. ARQUIMEDES VIEIRA DE BRITO
POSSE - GO
CNPJ: 24.855.744/0001-56
Rua Correntina, Qd. 01, Lt. Único - St. Dom Prudêncio - CEP:73.900-000
Fones: Emergência 192 - Administração: (62) 3481-1375

SUS

FICHA DE ENCAMINHAMENTO (CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: _____
END.: _____
DOC. IDENT.: _____ CAD. SUS: _____
IDADE: _____ SEXO: M ( ) F ( ) UNIDADE DE ORIGEM: _____
MUNICÍPIO: _____ TEL.: _____
FILIAÇÃO: _____
UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____
ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO DE: _____
MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: _____

RESUMO HISTÓRICO DO PACIENTE E TRATAMENTO: _____

DATA: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável pelo Tratamento

Assinatura e Carimbo da Sec. de Saúde

POSSE

Unidade Hospitalar
Dr. Arquimedes
Vieira

RELAÇÃO DOS PACIENTES INTERNADOS

VIGILANTES : 1________________
: 2________________

DATA:__/__/_____

POSTO ENFERMAGEM ENF./LEITO	PACIENTES	MATERNIDADE ENF/LEITO	PACIENTES

POSSE

Sistema de Regulação – Formosa Go (192)

DATA: __/___/___ **REGULADO ÀS _____:____ hs**

DADOS DO PACIENTE **INSERIDO POR:_____** **ACEITO POR:_____**

NOME:_____ IDADE:_____ SEXO: (F) (M)

MÃE:_____ DATA DE NASC:___/___/_____

TELEFONES:_____

ENDEREÇO:_____

NATURALIDADE:_____

CARTÃO DO SUS:_____

SINAIS VITAIS:

PA:_____MMHG FC:____ bpm FR:___irpm SPO2:___ % TAX:___ C HGT:_____

INFORMAÇÕES DA VAGA: Recebida por: _____ passada por:_____

CÓD. VAGA: _____ENF: _____LEITO:_____

AVALIADOR:_____

HOSPITAL:_____

Relatório da regulação: mantenha atualizado:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

POSSE

DATA: ____/_____/_____

PASSAGEM DE PLANTÃO

ENF/LEITO	NOME	DIAG/MÉDICO	OBS:	DIETA	CURATIVO	EXAMES	TROCA PUNÇÃO/EQUIPO

ENFERMEIRO (A):
TOTAL DE PACIENTES RECEBIDOS:
ADMISSÕES:

TURNO:

ALTAS:

TRANSFERENCIAS:
ÓBITOS:
TOTAL DE PACIENTES:

POSSE

DATA: ____/_____/_____

PASSAGEM DE PLANTÃO

ENF/LEITO	NOME	DIAG/MÉDICO	OBS:	DIETA	CURATIVO	EXAMES	TROCA PUNÇÃO/EQUIPO

ENFERMEIRO (A):
TOTAL DE PACIENTES RECEBIDOS:
ADMISSÕES:

TURNO:

ALTAS:

TRANSFERENCIAS:
ÓBITOS:
TOTAL DE PACIENTES:

Ministério da Saúde — SUS Sistema Único de Saúde

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 | FOLHA

CBO | MÊS/ANO | EQUIPE

SEQUÊNCIA 1

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | NOME DO PACIENTE

SEXO Masc. ☐ Fem. ☐ | DATA DE NASCIMENTO | NACIONALIDADE | RAÇA/COR | ETINIA | CEP | CÓD. IBGE MUNICÍPIO

CÓD 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 | ETINIA | CEP | CÓD. IBGE MUNICÍPIO

CÓD LOGRADOURO | ENDEREÇO | NÚMERO | COMPLEMENTO

BAIRRO | DDD | TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE | E-MAIL

PROCEDIMENTO REALIZADO

TA 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 | ETINIA | CEP | CÓD. IBGE MUNICÍPIO

CÓD 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 / /

Primeira Impressão Gráfica - (62) 3481-4288

Unidade Hospitalar
Dr. Arquimedes Vieira
de Brito

ATESTADO

LICENÇA PATERNIDADE

Atesto para os devidos fins que

_____

Necessita afastar de suas atividades por **05 (CINCO)** dias para fins de licença paternidade.

Posse – Go ___/___/___

Unidade Hospitalar
Dr. Arquimedes Vieira
de Brito

ATESTADO

LICENÇA PATERNIDADE

Atesto para os devidos fins que

_____

Necessita afastar de suas atividades por **05 (CINCO)** dias para fins de licença paternidade.

Posse – Go ___/___/___

Unidade Hospitalar
Dr. Arquimedes Vieira
de Brito

ATESTADO

LICENÇA MATERNIDADE

Atesto para os devidos fins que

_____

Necessita afastar de suas atividades por 120 dias para fins de licença maternidade.

Posse – Go ___/____/____

Unidade Hospitalar
Dr. Arquimedes Vieira
de Brito

ATESTADO

LICENÇA MATERNIDADE

Atesto para os devidos fins que

Necessita afastar de suas atividades por 120 dias para fins de licença maternidade.

Posse – Go ___/____/__

250

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Unidade Hospitlar
Dr. Arquimedes Vieria
de Brito

RN de:

Uso Oral

01 - COLIKIDS gotas _____ 01 frasco
Dar 05 gotas V.O. pela manhã se houver cólica.
02 - PARACETAMOL gotas _____ 01 frasco
Dar _____ V.O. para dor e febre.
03 – ADTIL gotas _____ 01 frasco
Dar 03 gotas 1x por dia ate 02 anos de idade.

Uso Tópico

01 Álcool 70% _____ 01 frasco
Limpar o coto umbilical 3x dia.

Posse – GO ____/____/____

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Unidade Hospitlar
Dr. Arquimedes Vieria
de Brito

RN de:

Uso Oral

01 - COLIKIDS gotas _____ 01 frasco
Dar 05 gotas V.O. pela manhã se houver cólica.
02 - PARACETAMOL gotas _____ 01 frasco
Dar _____ V.O. para dor e febre.
03 – ADTIL gotas _____ 01 frasco
Dar 03 gotas 1x por dia ate 02 anos de idade.

Uso Tópico

01 Álcool 70% _____ 01 frasco
Limpar o coto umbilical 3x dia.

Posse – GO ____/____/____

PREFEITURA MUNICIPAL DE

POSSE

MAPA DIÁRIO DE PROCEDIMENTOS

Clínica:_____ Médico:_____

Data:____/____/____ Responsável:_____

Unidade Hospitalar
Dr. Arquimedes Vieira de Brito
Posse - Goiás

CNPJ: 24.855.744/0001-56
Rua Correntina, Qd.01 - Lt. Único - Setor Dom Prudêncio - CEP:73.900-000
Fones: Emergência:192 - Administração: (62) 3481-4927

NOME DO PACIENTE	IDADE	ATIVIDADE PROF.	PROCEDÊNCIA	INJEÇÃO	MEDICAÇÃO	CURATIVO	NEBULIZAÇÃO	SUTURA	RET. PONTOS	IMOB. S/ GESSO	IMOB. C/ GESSO	PEQ. CIRURGIA	REV. ORTOPÉDICA	RAIO X	OUTROS	Observação
																Anotar nome da medicação utiliza, nome da pequena cirurgia e especialização do procedimento quando for selecionado o campo "outro"

Primeira Impressão Gráfica - Tel.: (62) 3481-4288

PREFEITURA MUNICIPAL
DE POSSE
SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAUDE

Unidade Hospitalar
Dr. Arquimedes Vieira
de Brito

ATESTADO SAÚDE

Atesto para os devidos fins, que

_____

goza no momento, de bom estado de saúde física ementa e não é portador (a) de doença infecto-contagiosa constatável em exame clínico.

Posse – Go ___/___/___

PREFEITURA MUNICIPAL
DE POSSE
SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAUDE

Unidade Hospitalar
Dr. Arquimedes Vieira
de Brito

ATESTADO SAÚDE

Atesto para os devidos fins, que

_____

goza no momento, de bom estado de saúde física ementa e não é portador (a) de doença infecto-contagiosa constatável em exame clínico.

Posse – Go ___/___/___

VASECTOMIA

Identificação de Paciente:

ome:__ _____ Idade:_____

ndereço:_____ _____

idade_____ Estado:_____

elefone _____

IC_____ RG_____

-Declaro que o Doutor_____

Explicou-me e eu entendi que devo me submeter

a) nome do procedimento:Vasectomia

b) descrição técnica do procedimento (em termos leigos e claros):

b1)A vasectomia consiste em se cortar a ductor deferente com objetivo de evitar uma gravidez indesejada.

b2)**Descrição dos Insucessos:**

Não existe segurança em 100% dos casos, fui orientado que o método e irreversível e que se quiser restaurar a função a probabilidade de recuperar a capacidade de engravidar e quase igual a zero.

b3) **Descrição de complicação do ato operatório:**

Complicações raras que podem ocorrer; hemorragias, dor local, hematomas, irritação frênica etc.

b4)Descrição da Anestesia: Anestesia local ou bloqueio.

3-Declaração de que o paciente entendeu as explicações.

4-Confirmação de autorização para internação local e data.

CIDADE:_____ DATA:_____/_____/_____

_____ _____

Assinatura do Médico Assinatura do Paciente

_____ _____

Assinatura da Testemunha Assinatura do Testemunha

_____ _____

Assinatura d

POSSE

A transformação começa agora.

Unidade Hospitalar
Dr.Arquimedes
Vieira de Brito

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu abaixo assinado,_____, portador (a) do RG _____, junto com os familiares solicita _____ do (a) paciente _____, internado(a) nesta Unidade Hospitalar para_____ e se responsabilizando por qualquer intercorrencia que venha a ocorrer após a saida do (a) paciente. I

Declara também, que não houve negligência por parte médica e da equipe de enfermagem. Sendo assim isenta toda a equipe por qualquer intercorrência que venha a ocorrer.

Posse-GO, _____ de _____ 201__

_____
Paciente

_____
Responsável

_____
Testemunha

PLANO DE CUIDADOS DE ENF...

Prescrição de Enfermagem	Horário

Sinais Vitais

Data __/__	PA (mmhg)	FC (bpm)	FR (irpm)	T (°C)	Data __/__	PA (mmhg)	FC (bpm)	FR (irpm)	T (°C)	Data __/__	PA (mmhg)	FC (bpm)	FR (irpm)	T (°C)
06:00					06:00					06:00				
12:00					12:00					12:00				
18:00					18:00					18:00				
00:00					00:00					00:00				

Perdas e Eliminações

	Data	Hora	Quant.	Características / Aspecto	Data	Hora	Quant.	Características / Aspecto
Diurese								
Evacuações								
Vômitos								
Drenos								

Evolução de Enfermagem

Anotações de Enfermagem

POSSE

Unidade Hospitalar
Dr. A[illegible]imedes Vieira de Brito
Posse - Goiás
CNPJ: 24.855.744/0001-56
Rua Correntina, Quadra 01, Lote Único
Setor Dom Prudêncio CEP: 73.900-000
Fones Adm.: (62) 3481-4927

PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Paciente:

Pai:

Mãe:

de Identificação (Nº. Orgão Emissor e Unid. Fed)

Sexo	Data do Nasc. / /	Prontuário Nº	End.:

ão SUS:

Data Internação / /	Enfer.	Leito	Setor

Data	Prescrição Médica	Horário de Medicamento	Evolução Médica	Evolução Multidisciplin (Psicologia, Fisioterapia e Nutriçã
__/__				
__/__				
__/__				
__/__				
__/__				
__/__				
__/__				
__/__				
__/__				
__/__				
__/__				
__/__				
__/__				
__/__				
__/__				
__/__				
__/__				
__/__				
__/__				

mpressão Gráfica - Tel.:(62) 3481-4288

INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Outros:

Evolução / Procedimentos:

CÓDIGO SIA / SUS

PROCEDIMENTO	ESPECIALID.	TIPO	GRUPO	PROCEDIMENTO	ESPECIALID.	TIPO	GRUPO

INFORM. DE RESPONSABILIDADE MÉDICA E DE ENFERMAGEM

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM/EVOLUÇÃO	
		HORÁRIO	RESPONSÁVEL

CNPJ: 24.855.744/0001-56

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

DATA DE ENTRADA				INICIAIS DO NOME	DATA DE NASC.			SEXO		CAD - SUS
Dia	Mês	Ano	Hora		Dia	Mês	Ano	M	F	

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____

Doc. de Identificação: _____ Raça/Cor: _____

Endereço: _____

Setor: _____ Escolaridade: _____

FILIAÇÂO Pai: _____ Tel. Contato: _____

Mãe: _____

Município de Residência: _____ Removido de Ambulância: ☐ Sim ☐ Não

ACIDENTE	TIPO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
☐ Trânsito ☐ Trabalho ☐ Outros	☐ Atropelamento ☐ Abalroamento ☐ Colisão de Veículos ☐ Queda de Moto ☐ Capotamento ☐ Queda de Coletivo

INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Resumo Clínico: Hora de Atendimento: _____ Especialidade: _____

Exame Físico:

Conduta / Parecer: ☐ Alta ☐ C/ Sequela ☐ S/ Sequela

Destino: ☐ Evadiu-se ☐ Alta c/ Retorno Ambulatório

Removido para:

Internado no(a): ☐ Óbito ☐ Resistência c/ Instrução

DIAGNÓSTICO	CID
Provável	/
Definitivo:	/

PAN	PAA	TP	PES	Pulso	Respiração

_____/_____/_____ Data _____ Resp. p/ Identificação do Paciente _____ Carimbo e Assinatura do Médico

Primeira Impressão Gráfica - Tel.: (62) 3481-4288 - e-mail: [illegible]

GIH

BOLETIM DO CENTRO CIRÚRGICO
CIRURGIA - ANESTESIA

REG. HOSPITAL

Unidade Hospitalar Dr. Arquimedes Vieira de Brito

NOME DO PACIENTE:

DIAGNÓSTICO:

OPERAÇÃO: DATA

MATERIAL E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS	U.	Q.	V. U.	V. T.
Soro Glicose 5%	FR			
Soro Fisiológico 0,9%	FR			
Equipo	UN			
Scalp Nº	UN			
Seringa 3 ml	UN			
Seringa 5 ml	UN			
Seringa 10 ml	UN			
Seringa 20 ml	UN			
Catgut Simples Nº	UN			
Catgut Simples Nº	UN			
Catgut Cromado Nº	UN			
Catgut Cromado Nº	UN			
Nylon Nº	UN			
Algodão Nº	UN			
Luvas Cirurgicas Nº	PAR			
Luvas de Procedimento	PAR			
Povidine Tópico	PAR			
Povidine Degermante	ML			
Gazes	ML			
Lâmina de Bisturi	UN			
Lidocaína Pesada 0,5%	UN			
Xylocaína Pesada 5%	AMP			
Xylocaína 2%	AMP			
Atropina	ML			
Efortil	AMP			
Plasil	AMP			
Methergim	AMP			
Oxitocina	AMP			
Argirol	GTS			
Kanakion	AMP			
0_2	LT			
Ceftriaxona 1 Gr	AMP			
Clamp Umbilical	UN			

OPERAÇÃO

Tipo Tabela DNPS

1 - Pequena
2 - Média
3 - Grande

Nº | Código

Início | Término | Duração

Cirurgião

Ass. Carimbo CRM

Auxiliares

Ass. Carimbo CRM

ANESTESIA

1 - Geral
2 - Local
3 - Outros

Nº | Código

Início | Término

ANESTESIA

Serviços de Terceiro?

☐ Sim ☐ Não

Ass. Carimbo CRM

Círculante

Ass. Legível

Observações

Resumo do Ato Cirúrgico - Ocorrências Principais

Data _____/_____/_____ _____

Assinatura do Cirurgião

ANESTESIA

ANESTESIA - OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS

Data _____/_____/_____ _____

Assinatura do Anestesista

Nota:

1 - Relatar as causas que justifiquem, principalmente a longa duração da operação, da anestesia e um maior consumo de material e medicamentos.

2 - Este boletim deverá acompanhar, obrigatoriamente, a conta individual como comprovante de despesa da sala de operação.

GIH

REG. HOSPITAL

BOLETIM DO CENTRO CIRÚRGICO

CIRURGIA - ANESTESIA

Unidade Hospitalar Dr. Arquimedes Vieira de Brito

NOME DO PACIENTE:

DIAGNÓSTICO:

OPERAÇÃO:

MATERIAL E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS	U.	Q.	V.U.	V.T.
Soro glicose 5%	FR			
Soro fisiológico 0,9%	FR			
Equipo	UN			
Scalp Nº	UN			
Luvas Cirúrgicas Nº	PAR			
Luvas de Procedimento	PAR			
Povidine Degermante	ML			
Povidine Tópico	ML			
ızes	UN			
Methergim	AMP			
Oxitocina	AMP			
Seringa 3ml	UN			
Seringa 5ml	UN			
Seringa 10ml	UN			
Seringa 20ml	UN			
Xylocaína 2%	ML			
Catgut Simples Nº	UN			
Catgut Cromado Nº	UN			
Argirol	GTS			
Kanakion	AMP			
O_2	LT			
Sonda Nasogástrica Nº	UN			
amp Umbilical	UN			

OPERAÇÃO

Tipo | Tabela | DNPS

1 - Pequena
2 - Média
3 - Grande

Nº | Código

Início | Término | Duração

Cirurgião

Ass. Carimbo CRM

Auxiliares

Ass. Carimbo CRM

ANESTESIA

1 - Geral
2 - Local
3 - Outros

Nº | Código

Início | Término

ANESTESIA

Serviços de Terceiros?

☐ Sim ☐ Não

Ass. Carimbo CRM

Circulante

Ass. Legível

Observações

Resumo do Ato Cirúrgico - Ocorrências Principais

Data _____/_____/_____

_____
Assinatura do Cirurgião

ANESTESIA

ANESTESIA - OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS

Data _____/_____/_____

_____
Assinatura do Anestesista

Nota:

1 - Relatar as causas que justifiquem, principalmente a longa duração da operação, da anestesia e um maior consumo de material e medicamentos.

2 - Este boletim deverá acompanhar, obrigatoriamente, a conta individual como comprovante de despesa da sala de operação.

PREFEITURA MUNICIPAL DE POSSE

UNIDADE HOSPITALAR DE POSSE | Emissão: 03/08/2016

Enfermeira: Fabíola Alves de Melo COREN: 466.285

CHECK LIST CARRINHO DE EMERGÊNCIA

Responsável:

Data: / /

Medicamentos		
Medicação	Qnt.	Conferido*
Agua destilada	10	
Adrenalina	20	
Amiodarona	5	
Amnofilina	3	
Atropina	5	
Bicarbonato de Sódio	5	
Cedilanide	5	
Cetamina	1	
Clorafenicol	5	
Dexametazona	5	
Diazepan	5	
Dopamina	5	
Dobutamina	5	
Dipirona	10	
Efortil	5	
Fenitoína	3	
Fenobarbital	3	
Flumazenil	2	
Furosemida	5	
Gluconato de Cálcio	5	
Glicose 25%	5	
Glicose 50%	5	
Haldol	3	
Heparina	2	
Hidralazina	5	
Hidrocortizona 100 mg	2	
Hidrocortizona 500 mg	2	
Lidocaina 2% sem Vaso	2	
Metrocoplamida	4	
Midazolan	6	
Nalaxone	2	
Propanolol	5	
Ranitidina	5	
Sulfato de Magnésio	3	
Transamin	5	
Tramal	2	
Vitamina K	5	
Voltaren	5	

Materiais		
Material	Qnt.	Conferido*
Gelco 14	5	
Gelco 16	5	
Gelco 18	5	
Gelco 20	5	
Gelco 22	5	
Gelco 24	5	
Agulha 40x12	10	
Agulha 30x8	10	
Agulha 25x7	10	
Agulha 13x4,5	10	
Atadura Crepe	5	

Seringa 3 ml	5	
Seringa 5 ml	5	
Seringa 10 ml	5	
Seringa 20 ml	5	
Scalp 25	5	
Scalp 23	5	
Scalp 21	5	
Esparadrapo	1	
Equipo Macrogotas	5	
Multivia	5	
Cânula de Guedel nº 0	2	
Cânula de Guedel nº 1	2	
Cânula de Guedel nº 2	2	
Cânula de Guedel nº 3	2	
Cânula de Guedel nº 4	2	
Cânula de Guedel nº 5	2	
Cateter nasal	10	
Sonda de aspiração nº 8	5	
Sonda de aspiração nº 10	5	
Sonda de aspiração nº 12	5	
Sonda de aspiração nº 14	5	
Sonda Nasogástrica nº8	5	
Sonda Nasogástrica nº10	5	
Sonda Nasogástrica nº12	5	
Sonda Nasogástrica nº14	5	
Sonda Nasogástrica nº16	5	
Tubo orotraqueal 2,5	3	
Tubo orotraqueal 3,0	3	
Tubo orotraqueal 3,5	3	
Tubo orotraqueal 4,0	3	
Tubo orotraqueal 4,5	3	
Tubo orotraqueal 5,0	3	
Tubo orotraqueal 5,5	3	
Tubo orotraqueal 6,0	5	
Tubo orotraqueal 6,5	5	
Tubo orotraqueal 7,0	5	
Tubo orotraqueal 7,5	5	
Tubo orotraqueal 8,0	5	
Tubo orotraqueal 8,5	5	

*Obs.: Na aba "Conferido" coloca-se a informação **Repor** ou **Ok** da medicação/material.

Considerações: _____

Unidade Hospitalar
Dr. Arquimedes Vieira
de Brito

LAQUEADURA TUBÁRIA

1. **Identificação do paciente (Representante Legal)**

NOME:_____

IDADE:_____ **Q. FILHOS:**_____

ENDEREÇO:_____

TELEFONE: ( )_____ **REGISTRO HOSPITALAR**_____

CPF:_____ **RG:**_____

2. Declaro que o **MÉDICO**:_____ explicou-me e eu entendi que devo submeter.

2ª) **NOME DO PROCEDIMENTO**: Laqueadura

2b) **DESCRIÇÃO TÉCNICA DO PROCEDIMENTO (EM TERMOS LEIGOS E CLAROS)**:

2.b.1 A laqueadura tubária consiste em se cortar a trompa e suturar as duas bordas, com o objetivo de evitar uma nova gravidez.

2.b.2 A cirurgia poderá ser feita por laparoscopia (onde se introduz um tubo rígido pelo abdome a pode-se amarrar ou cauterizar a trompa.

2.b.3 Laparoscopia (normal, por pequena incisão)

2.b.4 Via vaginal, onde se localiza a trompa pelo fundo de saco.

2.b.5 Durante a relaização de laparotomia por minilaparotomia e de cesariana.

2c) **DESCRIÇÃO DOS INSUCESSOS**: não existe segurança em 100% dos casos. Existe falha que varia de 0,2 a 0,4%. Fui orientada de que existem outros métodos anticoncepcionais que são reversíveis e que, se quiser restaurar a função, a probabilidade de recuperar a capacidade de engravidar é quase igual a zero.

2d) **DESCRIÇÃO DE COMPLICAÇÕES DO ATO OPERATÓRIO**: complicações raras que podem ocorrer: hemorragia, dor local, hematomas, irritação frênica, lesões de alça. Pode ocorrer insuficiência lútea e distúrbios menstruais.

2e)**DESCRIÇÃO DA ANESTESIA**: anestesia local, geral ou bloqueio.

DESTINO DA PEÇA: Se houver será enviada para estudo dos tecidos (anatomopatológico)

3.Explicação de que durante a cirurgia poderá ser modificada a técnica.

4.Declaração de que a paciente entendeu as explicações.

5. Confirmação de autorização para a intervenção, local e data.

CIDADE:_____ DATA:_____

_____ _____

Ass. do Médico Ass. do paciente

_____ _____

TESTEMUNHA TESTEMUNHA

Declaro que concordo com a Laqueadura Tubária.

_____

ESPOSO/MARIDO/COMPANHEIRO

UNIDADE HOSPITALAR
DR. ARQUIMEDES VIEIRA DE BRITO
POSSE - GOIÁS

CNPJ: 24.855.744/0001-56

Rua Correntina, Qd. 01 Lt. Único - Setor Dom Prudêncio - CEP 73.900-000
Fones: Emergência 192 - Administração: (62) 3481-1375

REMOÇÃO DE PACIENTE

Nome:

Do Hospital **Para Hospital**

Diagnóstico Provável:

Justificativa:

Data:

____/____/____

Hora: ____

Médico

____

Assinatura e Carimbo

RECEBIMENTO DE PACIENTE

Nome:

Do Hospital **Para Hospital**

Diagnóstico Provável:

Justificativa:

Data:

Médico

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS

Boletim de Produção Ambulatorial
BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

MÊS ANO

FOLHA

ATENDIMENTO REALIZADO

SEQUÊNCIA	PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	QUANTIDADE
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

TOTAL

Formalização

RESPONSÁVEL(Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO RUBRICA

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO RUBRICA

Sistema Único de Saúde SUS — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: Unidade Hospitalar de Posse - GO

2 - CNES: 2 3 8 2 7 9 2

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: DDD / 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 (RESULTADO 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:

26 - 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 - CBO:

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Rosali Abdo Salloun dos Santos

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: M 521830001

45 - DOCUMENTO: ( ) CNS (X) CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISIONAL AUTORIZADOR: 0 1 8 8 1 7 4 0 8 7 0

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /20

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

49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

Primeira Impressão Gráfica - Tel.: (62) 3481-4288

MAPA DIÁRIO DE CONSULTAS

Unidade Hospitalar
Dr. Arquimedes Vieira de Bri
Posse - Goiás
CNPJ: 24.855.744/0001-56
Rua Correntina, Qd.01 - Lt. Único - Setor Dom Prudêncio - CEP:73
Fones: Emergência:192 - Administração: (62) 3481-137

Clínica:_____ Médico:_____

Data:____/____/____ Responsável:_____

NOME DO PACIENTE	IDADE	PA NORM	PA ALT	PROCEDÊNCIA	ATIV PROF.	TIPO ATEN	GRUP ATEN.	COD CONS	DIAGNÓSTICO

MODELOS DE FORMULÁRIOS

ATENÇÃO BÁSICA

Unidade Hospitalar
Dr. Arquimedes Vieira de Brito
Posse - Goiás

CNPJ: 24.855.744/0001-56
Rua Correntina, Qd. 01 Lt. Único - Setor Dom Prudêncio - CEP 73.900-000
Fones: Emergência: 192 - Administração: (62) 3481-1375

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)

☐ **ADMISSIONAL** ☐ **PERIÓDICO** ☐ **DEMISSIONAL**

Outro: _____

Atesto, para fins de cumprimento na Norma Regulamentadora nº 07, da Portaria nº 24 de 29/12/94, modificada pela Portaria nº 08 de 08/05/96, que Sr (a) _____, registro / C.I. _____, Função _____, com _____ anos de idade, submetido (a) ao (s) risco (s) ocupacional (is): _____. Encontra-se no momento:

☐ **APTO (a)** ☐ **INAPTO (a)**

Para exercer a função de:

Foi submetido (a) aos seguintes procedimentos médicos e exames complementares:

_____

_____

_____

_____

_____

Em ____/____/____

Posse - Goiás, _____ de _____ de 201_____

_____
Médico Examinador - Carimbo/CRM
Fone de contato_____

Médico coordenador do PCMSO (quando for exigido):

Nome: _____

Inscrição no CRM/DF nº _____ **Fone:** _____

1ª Via - Local de Trabalho 2ª Via - Trabalhador

Nova Opção Gráfica - 62 3481-2789

	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
Problema/ Condição avaliada *	Doenças transmissíveis: Tuberculose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Doenças transmissíveis: Hanseníase	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Doenças transmissíveis: Dengue	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Doenças transmissíveis: DST	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Rastreamento: Câncer do colo do útero	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Rastreamento: Câncer de mama	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Rastreamento: Risco cardiovascular	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Outros: CIAP-2														
	Outros: CIAP-2														
	Outros: CID-10														
	Outros: CID-10														
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
	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
	Eletrocardiograma	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
	Eletroforese 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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	Triagem neonatal: Teste da orelhinha (EOA)	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Triagem neonatal: Teste do olhinho (TRV)	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
	Triagem neonatal: 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
	Outros exames (código do SIGTAP)	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Outros exames (código do SIGTAP)	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Outros exames (código do SIGTAP)	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
	Outros exames (código do SIGTAP)	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A	S A
Ficou em Observação?		SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
Nasf/Polo	Avaliação/Diagnóstico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Procedimentos Clínicos/Terapêutico	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Prescrição terapêutica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Conduta/Desfecho *	Retorno para consulta agendada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Retorno p/ cuidado continuado/programado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Agendamento para grupos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Agendamento p/ NASF	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Alta do episódio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Encaminhamento: Encaminhamento interno no dia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Encaminhamento: Encaminhamento p/ serviço especializado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Encaminhamento: Encaminhamento p/ CAPS	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Encaminhamento: Encaminhamento p/ internação hospitalar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Encaminhamento: Encaminhamento p/ urgência	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Encaminhamento: Encaminhamento p/ serviço de Atenção Domiciliar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Encaminhamento: Encaminhamento intersetorial	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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 - Predomin
03 - Complementado 04 - Inexistente **Racionalidade em saúde:** 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposofia Aplicada à Saúde
03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Ayurveda 06 - Outra (caso a racionalidade utilizada seja a Alopatia/Convencional, deixar este campo em br
Modalidade de AD: destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD1: usuários que necess
cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de Atenção Básica. AD2: usuários que necessitam de cuidado
com visitas, no mínimo, semanais. AD3: usuários com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise pe

*Campo obrigatório

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO BÁSICA

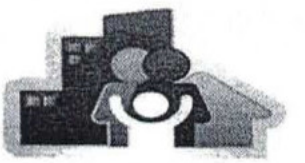
FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

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

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

Nº			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*			M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
Nº PRONTUÁRIO															
CNS DO CIDADÃO															
Data de nascimento*		Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		Ano													
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino			F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M
Local de atendimento* (ver legenda)															
Tipo atendimento*	Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Consulta Agendada		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Demanda Espontânea	Escuta Inicial/Orientação	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		Consulta no Dia	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		Atendimento de Urgência	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Atenção Domiciliar	Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)		AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___	AD___
Racionalidade em saúde (ver legenda)															
Avaliação antropométrica	Perímetro cefálico (cm)														
	Peso (kg)														
	Altura (cm)														
Vacinação em dia?			SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
Criança	Aleitamento materno (ver legenda)														
Gestante	DUM	Dia/Mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		Ano													
	Gravidez Planejada		SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
	Idade Gestacional (semanas)														
	Gestas Prévias/Partos		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Problema/Condição avaliada*	Asma		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Desnutrição		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Diabetes		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	DPOC		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Hipertensão arterial		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Obesidade		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Pré-natal		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Puericultura		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Puerpério (até 42 dias)		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Saúde sexual e reprodutiva		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Tabagismo		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Usuário de álcool		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Usuário de outras drogas		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Saúde mental		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Reabilitação		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

POSSE



SaúdedaFamília

Secretaria Municipal de Saúde

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que

_____

necessita de _____ dias de licença para tratamento de saúde, a partir desta data.

CID _____

Posse, GO____/_____/_____

_____

Médico – Assinatura e carimbo

POSSE

SaúdedaFamília

Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

Paciente: _____

Posse: ___/___/___

RECEITUARIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome do Profissional:

CRM:

PREFEITURA MUNICIPAL
DE POSSE
SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAUDE

ente:

Endereço:

Prescrição:

Data: / /

Assinatura e Carimbo do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Órg. Emissor

Endereço:

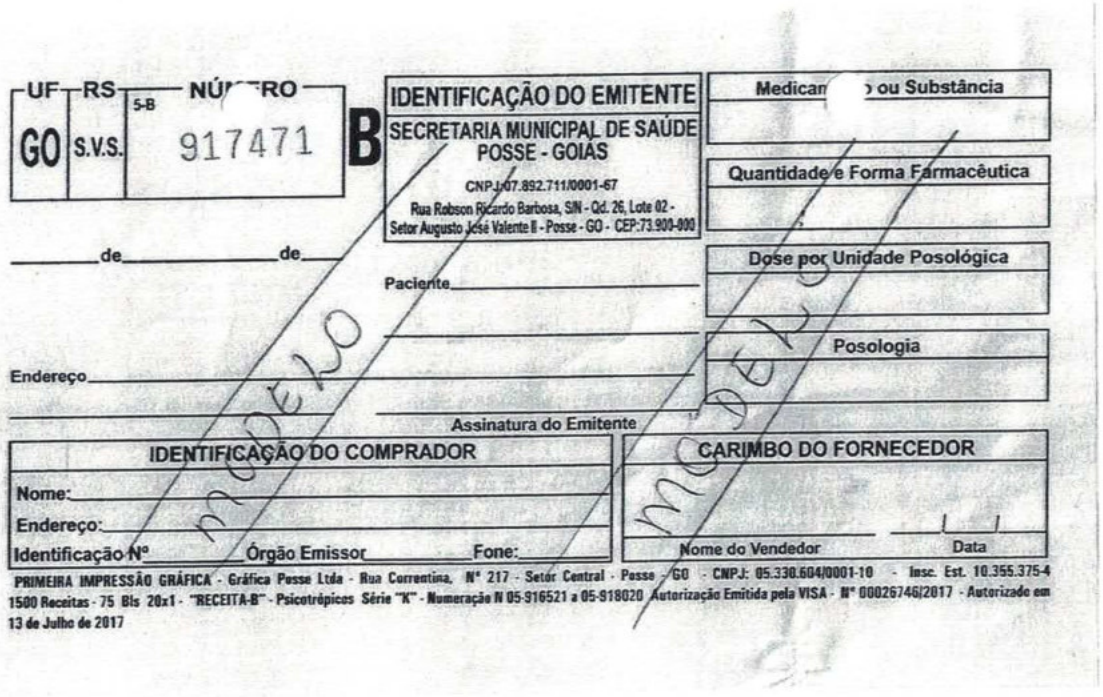
Cidade UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data / /



UF RS — NÚMERO

GO S.V.S. 5-B 917471

B

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
POSSE - GOIÁS

CNPJ:07.892.711/0001-67
Rua Robson Ricardo Barbosa, S/N - Qd. 26, Lote 02 -
Setor Augusto José Valente II - Posse - GO - CEP:73.900-000

Medicamento ou Substância

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

_____ de _____ de _____

Paciente _____

Endereço _____

Assinatura do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Identificação Nº _____ Órgão Emissor _____ Fone: _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor

Data

MODELO

MODELO

PRIMEIRA IMPRESSÃO GRÁFICA - Gráfica Posse Ltda - Rua Correntina, Nº 217 - Setor Central - Posse - GO - CNPJ: 05.330.604/0001-10 - Insc. Est. 10.355.375-4
1500 Receitas - 75 Bls 20x1 - "RECEITA-B" - Psicotrópicos Série "K" - Numeração N 05-916521 a 05-918020 Autorização Emitida pela VISA - Nº 00026746/2017 - Autorizado em 13 de Julho de 2017

UNIDADE HOSPITALAR
DR. ARQUIMEDES VIEIRA DE BRITO
POSSE - GO
CNPJ: 24.855.744/0001-56
Rua Correntina, Qd. 01, Lt. Único - St. Dom Prudêncio - CEP:73.900-000
Fones: Emergência 192 - Administração: (62) 3481-1375

SUS

FICHA DE ENCAMINHAMENTO (REFERÊNCIA)

NOME: _____
END.: _____
DOC. IDENT.: _____ CAD. SUS: _____
IDADE: _____ SEXO: M ( ) F ( ) UNIDADE DE ORIGEM: _____
MUNICÍPIO: _____ TEL.: _____
FILIAÇÃO: _____
UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____
ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO DE: _____
MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: _____

RESUMO HISTÓRICO DO PACIENTE E TRATAMENTO: _____

DATA: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável pelo Tratamento

Assinatura e Carimbo da Sec. de Saúde

AGENDAMENTO SMS/SMAS
Data: ____/____/____ Unid. de Ref.: _____
End.: _____ Fone Contato: _____
Atendente: _____

Primeira Impressão Gráfica · Tel.:(62) 3481-4288 · graficaposse@hotmail.com

PREFEITURA MUNICIPAL DE Posse
Compromisso com o povo.
ADM. 2013 / 2016

UNIDADE HOSPITALAR
DR. ARQUIMEDES VIEIRA DE BRITO
POSSE - GO
CNPJ: 24.855.744/0001-56
Rua Correntina, Qd. 01, Lt. Único - St. Dom Prudêncio - CEP:73.900-000
Fones: Emergência 192 - Administração: (62) 3481-1375

SUS

FICHA DE ENCAMINHAMENTO (CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: _____
END.: _____
DOC. IDENT.: _____ CAD. SUS: _____
IDADE: _____ SEXO: M ( ) F ( ) UNIDADE DE ORIGEM: _____
MUNICÍPIO: _____ TEL.: _____
FILIAÇÃO: _____
UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____
ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO DE: _____
MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO: _____

RESUMO HISTÓRICO DO PACIENTE E TRATAMENTO: _____

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO BÁSICA

CADASTRO INDIVIDUAL

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

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

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA*
_____	◯ Sim ◯ Não	_____	__ ☐ FA

NOME COMPLETO:* _____

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

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) ◯ Enteado(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
◯ Pré-escola (exceto CA)
◯ Classe de Alfabetização - CA
◯ Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries
◯ Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries
◯ Ensino Fundamental Completo
◯ Ensino Fundamental Especial
◯ Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)
◯ Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)
◯ Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)
◯ Ensino Médio Especial
◯ Ensino Médio EJA (Supletivo)
◯ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
◯ Alfabetização para Adultos (Mobral etc.)
◯ Nenhum

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

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

ESTA GESTANTE? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?
◯ Abaixo do Peso ◯ Peso Adequado ◯ Acima do Peso

ESTÁ FUMANTE? ◯ Sim ◯ Não

FAZ USO DE ÁLCOOL? ◯ Sim ◯ Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? ◯ Sim ◯ Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? ◯ Sim ◯ Não

TEM DIABETES? ◯ Sim ◯ Não

TEVE AVC/DERRAME? ◯ Sim ◯ Não

TEVE INFARTO? ◯ Sim ◯ Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**
☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outra ☐ Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**
☐ Insuficiência Renal ☐ Outro ☐ Não Sabe

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**
☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outra ☐ Não Sabe

ESTÁ COM HANSENÍASE? ◯ Sim ◯ Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE? ◯ Sim ◯ Não

TEM OU TEVE CÂNCER? ◯ Sim ◯ Não

TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, POR QUAL CAUSA?

TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? ◯ Sim ◯ Não

ESTÁ ACAMADO? ◯ Sim ◯ Não

ESTÁ DOMICILIADO? ◯ Sim ◯ Não

USA PLANTAS MEDICINAIS? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? ◯ Sim ◯ Não

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL?

2 - QUAL?

3 - QUAL?

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* ◯ Sim ◯ Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?
◯ < 6 meses ◯ 6 a 12 meses ◯ 1 a 5 anos ◯ > 5 anos

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ◯ Sim ◯ Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? ◯ Sim ◯ Não

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?
◯ 1 vez ◯ 2 ou 3 vezes ◯ mais de 3 vezes

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?
☐ Restaurante Popular ☐ Doação Restaurante ☐ Outras
☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação de Popular

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**
☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ Outras

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

	Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Procedimentos (assinale os proced. realizados)	Acompanhamento de paciente em reabilitação em comunicação alternativa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Antibioticoterapia parenteral	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Atend./acomp. paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Atend. fisioterapêutico paciente c/ transt. respiratório s/ complicações sistêmicas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Atendimento médico com finalidade de atestar óbito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Atendimento/acompanhamento em reabilitação nas múltiplas deficiências	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Cateterismo vesical de alívio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Cateterismo vesical de demora	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Coleta de material para exame laboratorial	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Cuidados com estomas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Cuidados com traqueostomia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Enema	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Oxigenoterapia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Retirada de pontos de cirurgias básicas *(por paciente)*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Sondagem gástrica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Terapia de reidratação oral	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Terapia de reidratação parenteral	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Terapia fonoaudiológica individual	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Tratamento de traumatismos de localização especif./não especificada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Tratamento em reabilitação	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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)*	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
	Outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima) — Código do SIGTAP *(registre o código na vertical)*	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
	Outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima) — Código do SIGTAP *(registre o código na vertical)*	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
	Outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima) — Código do SIGTAP *(registre o código na vertical)*	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Conduta/Desfecho*	Permanência	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Alta administrativa	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Alta clínica	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Óbito	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Encaminhamento — Atenção Básica (AD1)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Encaminhamento — Serviço de Urgência e Emergência	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Encaminhamento — Serviço de Internação Hospitalar	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

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 11 - Hospital 12 - Unidade de Pronto-Atendimento 13 - Cacon/Unacon

Modalidade de AD: destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD 1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de Atenção Básica. AD 2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. AD 3: usuários com os critérios de AD2, com agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica e paracentese).

***Campo obrigatório**

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO BÁSICA

ATENDIMENTO DOMICILIAR (para uso exclusivo de SAD)

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

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

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*		M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
CNS DO CIDADÃO (para visita domiciliar pós-óbito informe o CNS do Cuidador conforme informado na avaliação de elegibilidade ou, caso não tenha, deixe em branco)														
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M
Local de atendimento* (ver legenda)														
Modalidade AD: 1, 2 ou 3* (ver legenda)														
Tipo atendimento*	Atendimento programado	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Atendimento não programado	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Visita domiciliar pós-óbito	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Condição(ões) avaliada(s) (assinale as condiçõ. valiadas no atendimento)	Acamado													
	Domiciliado													
	Úlceras/feridas (grau III ou IV)													
	Acompanhamento nutricional													
	Uso de sonda nasogástrica - SNG													
	Uso de sonda nasoenteral - SNE													
	Uso de gastrostomia													
	Uso de colostomia													
	Uso de cistostomia													
	Uso de sonda vesical de demora - SVD													
	Acompanhamento pré-operatório													
	Acompanhamento pós-operatório													
	Adaptação ao uso de órtese/prótese													
	Reabilitação domiciliar													
	Cuidados paliativos oncológicos													
	Cuidados paliativos não oncológicos													
	Oxigenoterapia domiciliar													
	Uso de traqueostomia													
	Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica													
	Suporte ventilatório não invasivo - CPAP													
	Suporte ventilatório não invasivo - BiPAP													
	Diálise peritonial													
	Paracentese													
	Medicação parenteral													
CID10 e CIAP2	CID10													
	CIAP2													

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

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

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

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

Campo |_|: campo numérico

Campo obrigatório

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

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO BÁSICA

FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR: | DATA: / /

CONFERIDO POR: | FOLHA Nº:

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

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
TURNO*	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
MICROÁREA*																						
TIPO DE IMÓVEL*																						
Nº PRONTUÁRIO																						
CNS do Cidadão (para visita periódica ou visita domiciliar para controle vetorial, usar o CNS do responsável familiar)																						
Data de nascimento** Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Ano																						
Sexo** *(F) Feminino (M) Masculino*	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M
Visita compartilhada com outro profissional	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cadastramento/Atualização	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Visita periódica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Busca ativa: Consulta	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Busca ativa: Exame	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Busca ativa: Vacina	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Busca ativa: Condicionalidades do Bolsa Família	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acompanhamento: Gestante	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acompanhamento: Puérpera	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acompanhamento: Recém-nascido	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acompanhamento: Criança	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acompanhamento: Pessoa com desnutrição	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO BÁSICA

FICHA DE PROCEDIMENTOS

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

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

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

Procedimentos/Pequenas cirurgias*

Outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Código do SIGTAP *(registre o código na vertical)*														
Código do SIGTAP *(registre o código na vertical)*														
Código do SIGTAP *(registre o código na vertical)*														
Código do SIGTAP *(registre o código na vertical)*														
Código do SIGTAP *(registre o código na vertical)*														
Código do SIGTAP *(registre o código na vertical)*														

Procedimentos consolidados

Total no período	Aferição de PA	
	Aferição de temperatura	
	Curativo simples	
	Coleta de material para exame laboratorial	
	Glicemia capilar	
	Medição de altura	
	Medição de peso	

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

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

***Campo obrigatório**

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO BÁSICA

FICHA COMPLEMENTAR

Registro de Emergência em Saúde Pública
Síndrome Neurológica por Zika/Microcefalia

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

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

TURNO:* (M) (T) (N)

IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO
CNS DO CIDADÃO* _____

CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR _____

RESULTADOS DE EXAMES*

TESTE DO OLHINHO (REFLEXO VERMELHO)
DATA DE REALIZAÇÃO: / /
RESULTADO: ◯ Presente bilateral ◯ Duvidoso ou ausente

EXAME DE FUNDO DE OLHO (02.11.06.010-0 - FUNDOSCOPIA)
DATA DE REALIZAÇÃO: / /
RESULTADO: ◯ Normal ◯ Alterado

TESTE DA ORELHINHA - PEATE (02.11.07.027-0 - POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO PARA TRIAGEM AUDITIVA)
DATA DE REALIZAÇÃO: / /
RESULTADO: ◯ Passou ◯ Falhou

EXAMES DE IMAGEM

US TRANSFONTANELA (02.05.02.017-8 - ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA)
DATA DE REALIZAÇÃO: / /
RESULTADO:
◯ Normal ◯ Sugestivo de infecção congênita ◯ Outras alterações ◯ Indeterminado

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (02.06.01.007-9 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO)
DATA DE REALIZAÇÃO: / /
RESULTADO:
◯ Normal ◯ Sugestivo de infecção congênita ◯ Outras alterações ◯ Indeterminado

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (02.07.01.006-4 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO)
DATA DE REALIZAÇÃO: / /
RESULTADO:
◯ Normal ◯ Sugestivo de infecção congênita ◯ Outras alterações ◯ Indeterminado

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO BÁSICA

FICHA COMPLEMENTAR

Registro de Emergência em Saúde Pública
Síndrome Neurológica por Zika/Microcefalia

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

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

TURNO:* (M) (T) (N)

IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO
CNS DO CIDADÃO*

CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

RESULTADOS DE EXAMES*

TESTE OLHINHO (REFLEXO VERMELHO)
DATA DE REALIZAÇÃO: / /
RESULTADO: ◯ Presente Bilateral ◯ Duvidoso ou Ausente

EXAME DE FUNDO DE OLHO (02.11.06.010-0 - FUNDOSCOPIA)
DATA DE REALIZAÇÃO: / /
RESULTADO: ◯ Normal ◯ Alterado

TESTE DA ORELHINHA - PEATE (02.11.07.027-0 - POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO PARA TRIAGEM AUDITIVA)
DATA DE REALIZAÇÃO: / /
RESULTADO: ◯ Passou ◯ Falhou

EXAMES DE IMAGEM

US TRANSFONTANELA (02.05.02.017-8 - ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA)
DATA DE REALIZAÇÃO: / /
RESULTADO:
◯ Normal ◯ Sugestivo de infecção congênita ◯ Outras alterações ◯ Indeterminado

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (02.06.01.007-9 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO)
DATA DE REALIZAÇÃO: / /
RESULTADO:
◯ Normal ◯ Sugestivo de infecção congênita ◯ Outras alterações ◯ Indeterminado

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (02.07.01.006-4 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO)
DATA DE REALIZAÇÃO: / /
RESULTADO:
◯ Normal ◯ Sugestivo de infecção congênita ◯ Outras alterações ◯ Indeterminado

Legenda: ◯ Opção única de escolha **(marcar X na opção desejada)**
***Campo obrigatório**

e-SUS
Atenção Básica

FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

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

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	CBO*	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	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
Nº PRONTUÁRIO													
Nº CARTÃO SUS													
Data de nascimento* — Dia / mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Data de nascimento* — Ano													
Sexo*	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M
Local de atendimento* *(ver legenda)*													
Paciente com Necessidades Especiais													
Gestante													
Tipo de Atendimento* — Consulta Agendada													
Tipo de Atendimento* — Demanda Espontânea — Escuta Inicial / Orientação													
Tipo de Atendimento* — Demanda Espontânea — Consulta no Dia													
Tipo de Atendimento* — Demanda Espontânea — Atendimento de Urgência													
Tipo de Consulta** — Primeira Consulta Odontológica Programática													
Tipo de Consulta** — Consulta de Retorno em Odontologia													
Tipo de Consulta** — Consulta de Manutenção em Odontologia													
Vigilância em Saúde Bucal* — Abscesso dento alveolar													
Vigilância em Saúde Bucal* — Alteração em tecidos moles													
Vigilância em Saúde Bucal* — Dor de dente													
Vigilância em Saúde Bucal* — Fendas ou Fissuras Lábio Palatais													
Vigilância em Saúde Bucal* — Fluorose dentária moderada ou severa													
Vigilância em Saúde Bucal* — Traumatismo dento alveolar													
Vigilância em Saúde Bucal* — Não identificado													
Procedimentos (Quantidade realizada) — Acesso a polpa dentária e medicação (por dente)													
Procedimentos (Quantidade realizada) — Adaptação de Prótese Dentária													
Procedimentos (Quantidade realizada) — Aplicação de cariostático (por dente)													
Procedimentos (Quantidade realizada) — Aplicação de selante (por dente)													
Procedimentos (Quantidade realizada) — Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)													
Procedimentos (Quantidade realizada) — Capeamento pulpar													
Procedimentos (Quantidade realizada) — Cimentação de prótese													
Procedimentos (Quantidade realizada) — Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico													
Procedimentos (Quantidade realizada) — Drenagem de abscesso													
Procedimentos (Quantidade realizada) — Evidenciação de placa bacteriana													
Procedimentos (Quantidade realizada) — Exodontia de dente decíduo													
Procedimentos (Quantidade realizada) — Exodontia de dente permanente													

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

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 (Abrig

SAÚDE e SUS
ATENÇÃO BÁSICA

MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

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

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_| - |_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /

CNS DO CIDADÃO: |_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|

Nome do Cidadão:*

Data de nascimento:* / / **Sexo:*** ◯ Feminino ◯ Masculino **Local de Atendimento:*** |_\|

CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito?	◯ 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 vezes ◯ 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 vezes ◯ 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

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO BÁSICA

FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

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

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

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

ATIVIDADE (opção única)*	
(01)	Reunião de equipe
(02)	Reunião com outras equipes de saúde
(03)	Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social
(04)	Educação em saúde
(05)	Atendimento em grupo
(06)	Avaliação/Procedimento coletivo
(07)	Mobilização social

TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***	
01	Questões administrativas/Funcionamento
02	Processos de trabalho
03	Diagnóstico do território/Monitoramento do território
04	Planejamento/Monitoramento das ações da equipe
05	Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular
06	Educação Permanente
07	Outros

PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)	
01	Comunidade em geral
02	Criança 0 a 3 anos
03	Criança 4 a 5 anos
04	Criança 6 a 11 anos
05	Adolescente
06	Mulher
07	Gestante
08	Homem
09	Familiares
10	Idoso
11	Pessoas com doenças crônicas
12	Usuário de tabaco
13	Usuário de álcool
14	Usuário de outras drogas
15	Pessoas com sofrimento ou transtorno mental
16	Profissional de educação
17	Outros

TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)	
01	Ações de combate ao *Aedes aegypti*
02	Agravos negligenciados
03	Alimentação saudável
04	Autocuidado de pessoas com doenças crônicas
05	Cidadania e direitos humanos
06	Dependência química/tabaco/álcool/ outras drogas
07	Envelhecimento/climatério/ andropausa/etc
08	Plantas medicinais/fitoterapia
09	Prevenção da violência e promoção da cultura da paz
10	Saúde ambiental
11	Saúde bucal
12	Saúde do trabalhador
13	Saúde mental
14	Saúde sexual e reprodutiva
15	Semana saúde na escola
16	Outros

PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)	
01	Antropometria
02	Aplicação tópica de flúor
03	Desenvolvimento da linguagem
04	Escovação dental supervisionada
05	Práticas corporais e atividade física
06	PNCT Sessão 1
07	PNCT Sessão 2
08	PNCT Sessão 3
09	PNCT Sessão 4
10	Saúde auditiva
11	Saúde ocular
12	Verificação da situação vacinal
13	Outras
14	Outro procedimento coletivo Código do SIGTAP _____

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

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

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório ao informar lista de participantes

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

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 — DDD / Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO — DDD / Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE.
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE.
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE.
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE.
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QTDE.

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37-CID 10 PRINCIPAL

38-CID 10 SECUNDÁRIO

39-CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42-DATA DA SOLICITAÇÃO

45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONCELHO)

43 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50-DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC — a

INDICAÇÃO CLÍNICA

5 - Mamografia diagnóstica ☐ mama esquerda ☐ mama direita ☐ ambas

☐ **5a. Achados no exame clínico**

Mama direita

☐ Lesão papilar — Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica

Nódulo:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

Mama esquerda

☐ Lesão papilar — Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica

Nódulo:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q IM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

☐ **5b. Controle radiológico Categoria 3**

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐

☐ **5c. Lesão com diagnóstico de câncer**

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐

☐ **5d. Avaliação da resposta de QT neo-adjuvante**

6 - ☐ Mamografia de rastreamento

Data de solicitação ___/___/_____ Examinador _____

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

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

5 - Mamografia Diagnóstica

5a - Achados no exame clínico

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

5b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS®)

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

5c - Lesão com diagnóstico de câncer

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

5d -Avaliação de resposta à quimioterapia neo-adjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neo-adjuvante, para avaliação da resposta

6 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos ou maiores de 35 anos com histórico familiar de câncer de mama. Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama

Localização

QSL - Quadrante superior lateral
QIL - Quadrante inferior lateral
QSM - Quadrante superior medial
QIM - Quadrante inferior medial
UQint - União dos quadrantes internos
UQmed- União dos quadrantes mediais
RRA - Região retroareolar
RC - Região central (união de todos os quadrantes)
PA - Prolongamento axilar

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama

UF

Código da Unidade de Saúde (CNES)

Unidade de Saúde

Código Município

Município

Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

Nome Completo do(a) paciente

Apelido do(a) paciente

Nome Completo da Mãe

Identidade

Orgão Emissor

UF

CNPF (CPF)

Data de Nascimento ___ / ___ / ___

Idade

Cor/Raça ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena

Dados Residenciais

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

UF

Código 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 (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?

☐ Sim, mama direita
☐ Sim, mama esquerda
☐ Não

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.

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?

☐ Sim
☐ Nunca foram examinadas anteriormente

4- Fez mamografia alguma vez?

☐ Sim. Quando fez a última mamografia? ___
☐ Não
☐ Não sabe

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe da paciente preenchidos

PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Nº:

Nº Cartão SUS:

Nome:

Profissão:

Est. Civil:

Data Nasc: / /

Cert. Nasc. nº:

UF:

Município:

Livro nº:

Folha nº:

Telefone:

UF:

RG:

Orgão Emissor:

UF:

Naturalidade:

Mãe:

Pai:

Nº:

Endereço:

UF:

Município:

Setor:

DATA	DISCRIMINAÇÃO DOS ATENDIMENTOS E PROCEDIMENTOS REALIZADOS EXAMES, FÍSICOS E ANAMNESE	ASSINATURA

MINISTÉRIO DA SAÚDE — REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama

UF | CNES da Unidade de Saúde | Nº Protocolo (nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde

Município | Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*

Nome Completo da Mulher*

Nome Completo da Mãe*

CPF | Apelido da Mulher

Nacinalidade

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

Dados Residênciais

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

(*): Os campos com (*) são obrigatórios

DADOS DA ANAMNESE

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

2. Fez o exame preventivo (Papanicolau) 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 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.

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório*

Nome do Laboratório*

Número do Exame*

Recebido em: / /

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR:

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

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:*

- ☐ Escamoso
- ☐ Glandular
- ☐ Metaplásico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*

- ☐ Satisfatória
- Insatisfatória para avaliação oncótica devido a:
- ☐ Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
- ☐ Sangue em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Plócitos em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Artefatos de dessecamento 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

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

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

MICROBIOLOGIA

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

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

Escamosas:
- ☐ Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)
- ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)

Glandulares:
- ☐ Possivelmente não neoplásicas
- ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

De origem indefinida:
- ☐ Possivelmente não neoplásicas
- ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

- ☐ Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
- ☐ Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais grau 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* _____ (CRF) _____

SUS Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
Juntos, já fizemos muito e faremos mais.

FICHA DE CONTROLE DE TEMPERATURA

REGISTRO DE CONTROLE DIARIO DA TEMPERATURA DE CONSERVAÇÃO DOS IMUNOBIOLÓGICOS

UNIDADE: REDE DE FRIO | Mês | Ano

TIPO DE REFRIGERADOR | MARCA

Dia	Hora	TEMPERATURA mom	TEMPERATURA max	TEMPERATURA min	RUBRICA	HORA	TEMPERATURA mom	TEMPERATURA max	TEMPERATURA min	RUBRICA	HORA	TEMPERATURA mom	TEMPERATURA max	TEMPERATURA min	RUBRICA
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															
31															

OBSERVAÇÕES:

FRENTE

POSSE

☐ ESF
☐ PACS

Estratégia Saúde da Família
Secretária Municipal de Saúde

SaúdedaFamília

CARTÃO DA FAMÍLIA

Micro área: _____

Família: _____

ACS: _____

Endereço: _____

_____

VERSO

Membros da Família	Ass. ACS

ENTREGA

SUS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Ano 2016

1

REGIONAL DE SAÚDE ENTORNO NORTE/NORDESTE - 3

PARALIZIA FLACIDA AGUDA

MUNICÍPIOS	TIPO DE ESTABELECIMENTO		Nº DE PRONTUÁRIOS REVISADOS	Nº DE CASOS DE PFA ENCONTRADOS	Nº DE CASOS DE PFA JÁ NOTIFICADOS

ÉRIO DA SAÚDE
TARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
TAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
)ENAÇÃO GERAL DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

Semana Epidemiológica de Atendimento

Ano

MONITORIZAÇÃO DAS DOENÇAS DIARRÉICAS AGUDAS

PLANILHA DE CASOS

ipio: ______________________ Unidade de Saúde: ______________________

Data do Atendimento	Nome	FAIXA ETÁRIA*										PROCEDÊNCIA	ZONA**		Data dos 1º sintomas	Diarréia com sangue			Plano de tratamento			
		<1	1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 e +	IGN	(RUA, BAIRRO, LOCALIDADE, SITIO, FAZENDA, ETC.)	Urbana	Rural		SIM	NÃO	IGN	A	B	C	IGN

A ETÁRIA - Escrever a idade do usuário na faixa etária correspondente (em dia até mês, em meses até 1 ano e depois em anos)
A - Assinalar com (X) em urbano ou Rural
NO DE TRATAMENTO - Assinalar com (X) se o plano de tratamento for:
arréia sem desidratação, paciente atendido com cuidados domiciliares),
arréia com desidratação, paciente em observação na sala de TRO),
arréia grave com desidratação, paciente com reidratação venosa).

SUS Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS

GOVERNO DE GOIÁS
A FORÇA DO CORAÇÃO DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE POLITICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE
GERENCIA DE DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA E AÇÕES EM SAÚDE

REGIONAL DE SAÚDE ENTORNO NORTE
COORDENAÇÃO DAS AÇÕES BÁSICAS DO ENTORNO NORTE

MAPA MENSAL DO CONTROLE DE INSULINAS

Data

Município

Responsável (carimbo e assinatura)

INSULINA	Estoque anterior	Recebido no mês	Distribuído no mês	Estoque atual	Lote/Validade	Nº de pacientes cadastrados e atendidos no mês	Requisição do nº de frasco de insulina para o próximo mês
Regular para Maior (>) de 10 anos							
Regular para Menor (<) de 10 anos							
NPH							

Nº de Ordem	Nomes dos Pacientes Cadastrados	Quantidade de frascos de insulinas atendidos por mês			Data de Nascimento	Unidade do Município onde o paciente está sendo atendido
		Regular > 10 anos	Regular < 10 anos	NPH		

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO-GERAL DA POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO/DAB/SAS

MAPA MUNICIPAL MENSAL DE ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A

UF:
Profissional Responsável:
Mês de Referência:
Data:_____/_____/_____

ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A			
Número de Doses Administradas			
		Rotina	Campanha
100.000 UI			
200.000 UI	1ª Dose		
	2ª Dose		

Relacione a quantidade de cápsulas perdidas com o motivo (registre o número de doses perdidas e marque X no motivo da perda)							
Número de doses perdidas		Prazo de validade	Perda na administração	Utilização indevida	Acondicionamento inadequado	Extravio	Violação de frasco
100.000 UI	200.000 UI						

Primeira Impressão Gráfica - (62) 3481-4288

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO-GERAL DA POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

MAPA DIÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A EM CRIANÇAS - UF:

Município: **Unidade de Saúde/local:** **Dia/Mês/Ano:**

Responsável:

Rotina ☐ **Campanha** ☐

100.000 UI
crianças de 6 a 11 meses*

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	23	24
25	26	27	28
29	30	31	32
33	34	35	36
37	38	39	40
41	42	43	44
45	46	47	48
49	50	51	52
53	54	55	56
57	58	59	60
61	62	63	64
65	66	67	68
69	70	71	72
73	74	75	76
77	78	79	80
81	82	83	84
85	86	87	88
89	90	91	92
93	94	95	96
97	98	99	100

*de 6 a 11 meses, criança só receberá 1 dose de 100.000 UI

Total - 100.000 UI:
Saldo - 100.000 UI:

200.000 UI
crianças de 12 a 59 meses**

1ª Dose (no ano)

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	23	24
25	26	27	28
29	30	31	32
33	34	35	36
37	38	39	40
41	42	43	44
45	46	47	48
49	50	51	52
53	54	55	56
57	58	59	60
61	62	63	64
65	66	67	68
69	70	71	72
73	74	75	76
77	78	79	80
81	82	83	84
85	86	87	88
89	90	91	92
93	94	95	96
97	98	99	100

**de 12 a 59 meses, a criança receberá 9 doses de 200.000 UI (1 a cada 6 meses)

Total - 200.000 UI: (1ª dose)
Saldo - 200.000 UI:

2ª Dose (no ano)

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	23	24
25	26	27	28
29	30	31	32
33	34	35	36
37	38	39	40
41	42	43	44
45	46	47	48
49	50	51	52
53	54	55	56
57	58	59	60
61	62	63	64
65	66	67	68
69	70	71	72
73	74	75	76
77	78	79	80
81	82	83	84
85	86	87	88
89	90	91	92
93	94	95	96
97	98	99	100

Total - 200.000 UI: (2ª dose)

Relacione a quantidade de cápsulas perdidas com o motivo
(registre o número de doses perdidas e marque X no motivo da perda)

Números de doses perdidas		Prazo de validade	Perda na administração	Utilização indevida	Acondicionamento inadequado	Extravio	Violação de frasco
100.000 UI	200.000 UI						

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

DATA	CIRURGIÃO DENTISTA	TRATAMENTO

LEMBRE-SE

Na Manutenção da nossa Saúde Bucal é importante:

1 - Ter uma alimentação saudável, rica em: frutas, verduras, legumes, carnes, ovos, leite.

2 - Evitar o consumo de alimento e bebidas açucaradas, como: doces, balinhas, bolachas recheadas, Refrigerantes, sucos, etc.

3 - Higienizar adequadamente, os dentes, sempre com fio dental, escova e creme dental com flúor.

4 - Nunca dormir sem escovar os dentes, pois esta é a escovação mais importante.

5 - Os pais, devem fazer a escovação noturna, das crianças, até completarem 09 anos.

6 - Visitar regularmente o seu cirurgião dentista.

"A PREVENÇÃO É O MELHOR REMÉDIO".

VAMOS PREVENIR PARA SORRIR!!

POSSE
A transformação começa agora.
ADM 2017-2020

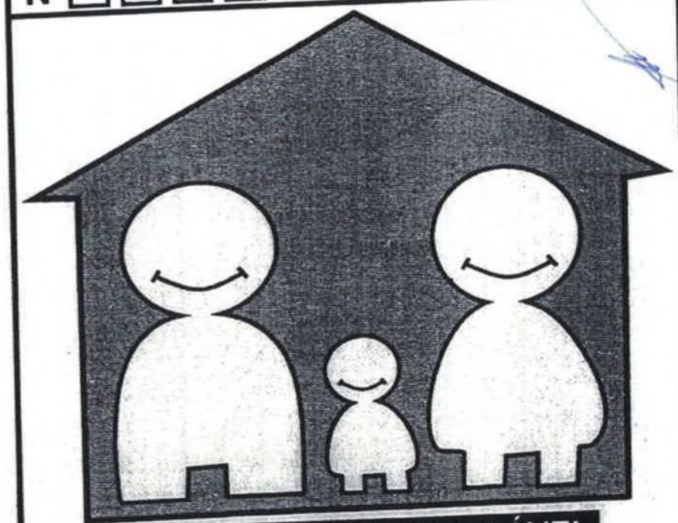
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE POSSE

COORDENAÇÃO DE ODONTOLOGIA

"PROMOVENDO A SAÚDE BUCAL"

CARTÃO CONTROLE DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Nº ☐☐☐☐ Nº ☐☐☐☐



FAMÍLIA SORRISO SAUDÁVEL

Nome:

Filiação: Pai:

Mãe:

Data de Nasc.: / / Sexo:

Profissão:

End.:

Escola:

Série: Turma: Turno: Prof.:

Área: Microárea: Família:

Agente:

Primeira Impressão - (62) 3481-4288
Gráfica & Comunicação Visual

...tras Anotações

DECÍDUO

DIRETO ... ESQUERDO

55 54 53 52 51 — 61 62 63 64 65

85 84 83 82 81 — 71 72 73 74 75

PERMANENTE

DIREITO ... ESQUERDO

18 17 16 15 14 13 12 11 — 21 22 23 24 25 26 27 2...

48 47 46 45 44 43 42 41 — 31 32 33 34 35 36 37 38

DATA	DENTE OU REGIÃO	TRATAMENTO REALIZADO	ASSINATURA	
			THD	CD - CRO

Observe e insista para que este cartão seja preenchido na sua unidade de atendimento

Ar puro - Direito do não fumante

Faça seu exame de prevenção de câncer pelo menos uma vez por ano

Apalpe suas mamas após cada menstruação, conforme lhe foi ensinado

Procure sua unidade de atendimento se notar alguma alteração.

Doença Sexualmente transmissível, vá ao médico, não espere os sintomas desaparecerem.

Caso esteja usando algum método de contracepção não deixe de fazer sua consulta na unidade de saúde.

SUS Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | Governo do Estado de Goiás | Secretaria de Estado da Saúde

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

CARTÃO DA MULHER

Unidade de saúde: _____

Nome: _____

Mãe: _____

SUS:	Data do Nascimento

Endereço _____

ESTADO CIVIL

Solteira ☐
Casada ☐
Viúva ☐
Outros ☐

ESCOLARIDADE

Completa ☐ Incompleta ☐
1º Grau ☐ Superior ☐
2º Grau ☐ Nenhuma ☐

AGENDAMENTO

Data	Atendimento	Data	Atendimento

LEVE SEU CARTÃO TODAS AS VEZES QUE FOR A QUALQUER SERVIÇO DE SAÚDE

NTECEDENTES CLÍNICO-GINECOLÓGICOS

Observações:

enarca:_____ Anos

Ciclo Menstrual:___/____

Irregular ☐ Regular ☐

enopausa_____Anos

História de:

Diabetes ☐ Anemias ☐

ipertensão ☐ Alergias ☐

uberculose ☐ Cirurgias ☐

DST ☐ Ginecológicas ☐

Varizes ☐ Outros ☐

nfertilidade ☐

ANTECEDENTES PERINATAIS

Nº / Data	Evolução Nativivo/Natimorto/Aborto	Tipo de Parto	Estado Atual do Concepto
G_1			
G_2			
G_3			
G_4			
G_5			

CONSULTAS

Data	Peso	PA	Intercorrências Orientações	Data	Peso	PA	Intercorrências Orientações

PLANEJAMENTO FAMILIAR

Data	Método	Data Início	Intercorrências/Orientações	Data Término

PREVENTIVO DE CÂNCER

CITOLOGIA		EXAME DE MAMA	
Data	Resultado	Data	Resultado

POSSE
A transformação começa agora.

Secretaria Municipal de Saúde

Paciente: _____

SOLICITO:

- ☐ EAS
- ☐ Baar (linfa)
- ☐ Magnésio
- ☐ Tempo de Coagulação
- ☐ TPA
- ☐ Ácido Úrico
- ☐ Proteina C Reativa
- ☐ Bilirrubina Total e Frações
- ☐ VDRL
- ☐ Glicose
- ☐ Hemoglobina glicada
- ☐ TGO
- ☐ Uréia
- ☐ T3
- ☐ PSA
- ☐ EPF
- ☐ T4
- ☐ Baar (Escarro)
- ☐ Fator Reumatóide
- ☐ Tempo de Sangramento
- ☐ VHS
- ☐ Grupo ABO
- ☐ BHCG
- ☐ Colesterol Total e Frações
- ☐ Creatinina
- ☐ Hemograma completo
- ☐ Lipidograma
- ☐ TGP
- ☐ T4 Livre
- ☐ TSH
- ☐ ASLO
- ☐ Chagas

OUTROS: _____

POSSE

Secretaria Municipal de Saúde

Encaminhamento para Especialidades

Encaminho o (a) paciente _____ para acompanhamento com:

( ) Cardiologista
( ) Fisioterapia
( ) Fonoaudióloga
( ) Oftalmologista
( ) Ortopedista
( ) Pediatra
( ) Psiquiatra
( ) Psicóloga
( ) Naturopata
( ) Nutricionista

Posse, GO____/_____/____

POSSE

A transformação começa aqui.

Secretaria Municipal de Saúde

Paciente:_____

SOLICITO:

- ☐ **ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEM SUPERIOR**
- ☐ **ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEM TOTAL**
- ☐ **ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA (AMBAS)**
- ☐ **ULTRASSONOGRAFIA DO APARELHO URINÁRIO**
- ☐ **ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA**
- ☐ **ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE**
- ☐ **ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA**
- ☐ **ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL**

OUTROS: _____

Posse: __/__/__

PREFEITURA MUNICIPAL
DE POSSE
SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAUDE

Unidade Hospitalar
Dr. Arquimedes Vieira
de Brito

ATESTADO SAÚDE

Atesto para os devidos fins, que

_____

goza no momento, de bom estado de saúde física ementa e não é portador (a) de doença infecto-contagiosa constatável em exame clínico.

Posse – Go ___/____/____

PREFEITURA MUNICIPAL
DE POSSE
SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAUDE

Unidade Hospitalar
Dr. Arquimedes Vieira
de Brito

ATESTADO SAÚDE

Atesto para os devidos fins, que

goza no momento, de bom estado de saúde física ementa e não é portador (a) de doença infecto-contagiosa constatável em exame clínico.

Posse – Go ___/____/____

MODELOS DE FORMULÁRIOS

FISIOTERAPIA

POSSE
A transformação começa agora.
AOM 2017-2020

ATENDIMENTO EM FISIOTERAPIA

Nome do Paciente

Data Nascimento

Sexo ☐ M ☐ F

☐ Tto. por sessão

Local do Atendimento

Cidade

Nº Cartão SUS

Diagnóstico

Cód. CID-10

Médico Solicitante

___/___/___ Data

Assinatura / Carimbo

DATA DO ATENDIMENTO	ASSINATURA DO PACIENTE	ASSINATURA DO PROFISSIONAL
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

___/___/___ Data

Ass. e Carimbo Profissional

MODELOS DE FORMULÁRIOS

SAMU

REGISTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA – SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV)
SAMU 192 ENTORNO NORTE E NORDESTE/GO

BASE DESCENTRALIZADA	VEÍCULO	APH ❑ TRANSFERÊNCIA ❑	DATA ___/___/___	OCORRÊNCIA N.º	MÉDICO REGULADOR

TRANSMISSÃO	CHEGADA AO LOCAL	SAÍDA DO LOCAL	CHEGADA À US	LIBERAÇÃO DA US	CHEGADA À BASE

LOCAL DA OCORRÊNCIA	CIDADE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME DO PACIENTE	DN ___/___/___	IDADE	SEXO

NOME DA MÃE	NATURALIDADE

CARTÃO SUS	TELEFONE	ENDEREÇO	CIDADE

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

A (Vias Aéreas): Livre ❑ Obstrução Parcial ❑ Obstrução Total ❑ Corpo estranho ❑ Broncoaspiração ❑ Edema de Glote ❑

B (Respiração):

- Padrão Respiratório: Eupneico ❑ Bradipneico ❑ Ortopneico ❑ Dispneico ❑ Taquipneico ❑ Uso de musculatura acessória ❑ Apneia ❑
- Ausculta pulmonar: MV + ❑ MV - ❑ Estertores ❑ Roncos ❑ Sibilos ❑ Localização: _____
- ambiente ❑ CN ❑ Venturi ❑ Hood ❑ Máscara reinalante ❑ Máscara não-reinalante ❑ Fluxo: ____ L/min
- Entubado ❑ BVM ❑ VM ❑: Modo A/C ❑ Modo Espontâneo ❑ Pressão: _____ cmH_2O VC: _____ mL PEEP: _____ cmH_2O FiO_2: _____%

C (Circulação):

- Pulso: Rítmico ❑ Cheio ❑ Ausente ❑ Filiforme ❑ Arrítmico ❑ Enchimento capilar ≤ 2 seg ❑ > 2 seg ❑ Ausculta: _____
- Coloração da pele: Corada ❑ Cianótica ❑ Hipocorada ❑ Sangramento ativo ❑ Localização: _____

D (Neurológico):

- Nível de consciência: Consciente ❑ Comatoso ❑ Sonolento ❑ Confuso ❑ Torporoso ❑ Sedado
- Pupilas: Isocórica ❑ Fotorreagente ❑ Midríase ❑ Miose ❑ Anisocórica ❑ PD ___ PE
- Déficit Sensitivo à D ❑ à E ❑ Motor à D ❑ à E ❑ Desvio de rima ❑ Afasia ❑

E (Exposição) /Avaliação Secundária:

HORÁRIO	PAS	PAD	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

ENTORNO NORTE E NORDESTE/GO

ALERGIAS:	ANTECEDENTES: HAS ❑ DM ❑ AVE ❑ IAM ❑ DPOC ❑ Asma ❑ Outros ❑: _____	MEDICAÇÃO HABITUAL:
	«Nada é mais importante do que salvar uma vida»	

OLUÇÃO/CONDUTAS:

TIPO: Acidente de Trânsito ❑ Agressão física ❑ Atropelamento ❑ Queda ❑ Trauma Diverso ❑ Convulsões ❑ Hipo/Hipertensão ❑ Desmaio ❑ Dispneia ❑ Suspeita IAM ❑ Suspeita AVE ❑ Pediátrico ❑ Ginecológico ❑ Obstétrico ❑ Psiquiátrico ❑ Outro ❑	Acidente de Trabalho: ❑ Não ❑ Típico ❑ De trajeto CID (S):
GRAVIDADE INICIAL/FINAL: ___/___	**PROCEDIMENTOS:** Guedel ❑ IOT ❑ VM ❑ Oxigênio ❑ Oximetria ❑ Glicosímetro ❑ Acesso Venoso ❑ RCP ❑ DEA ❑ Colar Cervical ❑ Prancha ❑ KED ❑ Contenção Física ❑ Kit Parto ❑ Curativo ❑ Talas ❑ Nebulização ❑ SVD ❑ SVA ❑ SNG ❑Medicação ❑

DESTINO:	RECEPTOR:	EQUIPE SAMU 192:

❑ 01. Mobilidade física prejudicada	❑ 11. Ventilação espontânea prejudicada	❑ 22. Controle familiar ineficaz do regime terapêutico
❑ 02 . Risco de trauma	❑ 12. Desobstrução ineficaz de vias aéreas	❑ 23. Confusão: crônica ( ) aguda ( )
❑ 03. Risco de lesão	❑ 13 Risco de violência direcionada a si mesmo	❑ 24. Risco de Glicemias instáveis: hipoglicemia ( ) hiperglicemia ( )
❑ 04. Integridade da pele prejudicada	❑ 14. Risco de violência direcionado a outros	❑ 25. Volume de líquidos deficiente ( ) excessivo ( )
❑ 05. Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	❑ 15. Risco de suicídio	❑ 26. Náusea.
❑ 06. Débito cardíaco diminuído	❑ 16. Risco de sufocação	❑ 27. Dor ( ) crônica ( ) aguda
❑ 07. Perfusão tissular ineficaz ( ) cerebral ( ) periférica ( ) cardiopulmonar ( ) gastrointestinal ( ) renal	❑ 17. Proc. Familiares disfuncionais.: alcoolismo	❑ 28. Risco de infecção.
❑ 08. Padrão respiratório ineficaz	❑ 18. Síndrome pós-trauma	❑ 29. Risco de envenenamento
❑ 09. Termorregulação ineficaz	❑ 19. Risco de solidão	❑ 30. _____
❑ 10. Risco para broncoaspiração	❑ 20. Sobrecarga de estresse	❑ 31. _____
	❑ 21. Sono prejudicado	

01. ❑ Monitorizar sinais vitais: ❑ Monitorização Cardíaca ❑ PANI ❑ Saturação de O_2 ❑ Demais	10. ❑ Interromper fluxo sanguíneo por meio de clamp no cordão umbilical nos locais protocolados.
02. ❑ Manter cabeceira de ❑ 0º. ❑ 45º. ❑ 90º.	11. ❑ Aspirar RN se necessário.
03. ❑ Manter grades elevadas.	12. ❑ Acomodar RN em tecido próprio prevendo hipotermia.
04. ❑ Manter vítima segura à maca por meio de cinto.	13. ❑ Recolher a placenta, acomodando-a em saco pertinente.
05. ❑ Aplicar oxigênio a _____ litros/min.	14. ❑ Manter vítima em posição de recuperação.
06. ❑ Realizar ações de proteção à integridade da pele.	15. ❑ Realizar medicações conforme [illegible]
07. ❑ Proceder protocolo [illegible]	16. ❑ Contenção ( ) membros inferiores ( ) membros superiores ( ) tórax
08. ❑ Realizar ações multidisciplinares relacionadas ao protocolo de trauma.	17. ❑ Confortar e orientar a família.
09. ❑ Manter cuidados [illegible] e puncionar segundo acesso de segurança	18. ❑ _____ 19. ❑ _____

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/CONDUTA:

SAMU 192

ENTORNO NORTE E NORDESTE/GO

«Nada é mais importante do que salvar uma vida»

Carimbo com assinatura:

TERMO DE CONSENTIMENTO/RECUSA DE ATENDIMENTO/REMOÇÃO:

Eu, _____, CPF ___.___.___-___, RG _____, sabedor que sou da necessidade de atendimento de urgência, permito ❑ / recuso ❑ o atendimento ❑ / remoção ❑ pelo SAMU 192 Entorno Norte e Nordeste em ___/___/_____ às ___:___ horas ao estabelecimento de saúde _____, de caráter público ❑ / privado ❑, situado em _____, e eximo o SAMU 192 de quaisquer ônus financeiros que venham advir da internação nesse estabelecimento.

Ass. _____

REGISTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA – SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV)
SAMU 192 ENTORNO NORTE E NORDESTE/GO

BASE	VEÍCULO	APH ☐ TRANSFERÊNCIA ☐	DATA ___/___/_____	OCORRÊNCIA N.º	MÉDICO REGULADOR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME DO PACIENTE	DN ___/___/_____	IDADE	SEXO

REGISTRO DE CONSUMO DE MATERIAL E OXIGÊNIO DURANTE ATENDIMENTO

	MEDICAMENTOS	QTD		MEDICAMENTOS	QTD		MATERIAIS	QTD
1	AAS 100mg (cartela - cp)		30	Midazolan 5 mg/mL - amp. 03 mL		6	Atadura de _____ cm	
2	Adenosina 3mg/mL - amp. 02 mL		31	Midazolan 5 mg/mL - amp. 10 mL		7	Cânula orotraqueal nº _____	
3	Adrenalina 1mg/mL - amp. 01 mL		32	Naloxone 0,4mg/mL - amp. 01 mL		8	Cânula orotraqueal nº _____	
4	Amiodarona 50mg/mL - amp. 03 mL		33	N-butil-escopolamina 20mg - amp. 01 mL		9	Cateter tipo óculos	
5	Atropina 0,25 mg/mL - amp. 01 mL		34	Noradrenalina 4 mg/mL - amp		10	Coletor de urina aberto	
6	Brometo de fenoterol 0,5%		35	Omeprazol 40 mg - frasco ampola		11	Coletor de urina fechado	
7	Brometo de ipratrópio 0,25mg/ml		36	Ondansetrona 2mg/mL - amp. 04 mL		12	Eletrodos ECG (unid)	
8	Captopril 25mg (cartela - cp)		37	Paracetamol 200 mg/ml		13	Equipo bomba de infusão	
9	Clopidogrel 75 mg - cp		38	Prometazina 25 mg/mL - amp. 02 mL		14	Equipo de câmara graduada (microgotas)	
10	Cloreto de sódio 0,9% - 500 mL		39	Propranolol 40 mg (cartela - cp)		15	Equipo simples	
11	Clorid. de Clorpromazina 5mg/mL - amp. 05mL		40	Ranitidina 25 mg/mL - amp. 02 mL		16	Esparadrapo (cm)	
12	Diazepam 5 mg - cp		41	Salbutamol Spray 100 mcg - frasco		17	Fita de Glicemia	
13	Diazepam 5mg/mL - amp. 02 mL		42	SF 0,9% - amp. 10 ml (para nebulização)		18	Fixador de tubo	
14	Diclofenaco de K/Na- 25 mg/ml - amp. 03 mL		43	Solução glicosada 5% - 500 mL		19	Jelco nº _____	
15	Difenidramina 50 mg/mL - amp. 01 mL		44	Solução Ringer com lactato - 500 mL		20	Jelco nº _____	
16	Dimenidrato B6 3 mg/mL - amp. 10 mL		45	Sulfato de Morfina 10 mg/mL - amp. 01 mL		21	Lidocaína gel 2%(bisnaga)	
17	Dinitrato de isossorbida 5mg (cartela - cp)		46	Suxametônio (Succinilcolina) 100mg - FA		22	Luva de procedimento estéril nº _____	
18	Dipirona sódica 500mg/ml - amp. 02 ml		47	Tenoxicam 20 mg - frasco ampola		23	Luva de procedimento não estéril (par)	
19	Fenitoína sódica 50 mg/mL - amp. 05 mL		48	Tramadol 50 mg/mL - amp. 02 mL		24	Luva de procedimento não estéril (par)	
20	Fenobarbital sódico 100 mg/mL - amp. 02 mL		49	Consumo O2 _____ L/min; Tempo: _____ min		25	Máscara de procedimento (unid)	
21	Fentanil 0,05 mg/mL - amp. 02 mL		50			26	Micropore (cm)	
	Flumazenil 0,1 mg/mL - amp. 05 mL		51			27	Polifix _____ vias	
23	Furosemida 10 mg/ml - amp. 02 mL		52			28	Scalp nº _____	
24	Glicose 50% - amp. 10 ml			MATERIAIS	QTD	29	Scalp nº _____	
25	Haloperidol 5mg/mL - amp. 01 mL		1	Agulha _____ X _____ (unidade)		30	Seringa de _____ mL	
26	Hidrocortisona 100mg - frasco-ampola		2	Agulha intra-óssea adulto/infantil		31	Seringa de _____ mL	
27	Hidrocortisona 500mg - frasco-ampola		3	Alcool 70% líquido (mL)		32	Sonda de Foley nº _____	
28	Manitol 200 mg/ml - bolsa ou frasco 250 mL		4	Algodão (bola)		33	Torneira de 3 vias	
29	Metoclopramida 5 mg/ml - amp. 02 mL		5	Atadura de _____ cm		34		

OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS

SAMU 192 ENTORNO NORTE E NORDESTE/GO
«Nada é mais importante do que salvar uma vida»

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

TERMO DE CONSENTIMENTO/RECUSA DE ATENDIMENTO/REMOÇÃO:

Eu, _____, CPF ___.___.___-___, RG _____, sabedor que sou da necessidade de atendimento de urgência, permito ❑ / recuso ❑ o atendimento ❑ / remoção ❑ pelo SAMU 192 Entorno Norte e Nordeste/Go em ___/___/_____ às ___:___ horas ao estabelecimento de saúde _____, de caráter público ❑ / privado ❑, situado em _____, e **eximo** o SAMU 192 de quaisquer ônus financeiros que venham advir da internação nesse estabelecimento.

Ass. _____

Testemunha 1: _____ RG: _____ Parentesco: _____

REGISTRO DE CONSUMO DE MATERIAL E OXIGÊNIO DURANTE ATENDIMENTO

	MEDICAMENTOS	QTD.		MEDICAMENTOS	QTD.		MATERIAIS	QTD.
1	AAS 100mg (cartela - cp)		30	Midazolan 5 mg/mL - amp. 03 mL		6	Atadura de ____ cm	
2	Adenosina 3mg/mL - amp. 02 mL		31	Midazolan 5 mg/mL - amp. 10 mL		7	Cânula orotraqueal nº ____	
3	drenalina 1mg/mL - amp. 01 mL		32	Naloxone 0,4mg/mL - amp. 01 mL		8	Cânula orotraqueal nº ____	
4	Amiodarona 50mg/mL - amp. 03 mL		33	N-butil-escopolamina 20mg - amp. 01 mL		9	Cateter tipo óculos	
5	Atropina 0,25 mg/mL - amp. 01 mL		34	Noradrenalina 4 mg/mL - amp		10	Coletor de urina aberto	
6	Brometo de fenoterol 0,5%		35	Omeprazol 40 mg - frasco ampola		11	Coletor de urina fechado	
7	Brometo de ipratrópio 0,25mg/ml		36	Ondansetrona 2mg/mL - amp. 04 mL		12	Eletrodos ECG (unid)	
8	Captopril 25mg (cartela - cp)		37	Paracetamol 200 mg/ml		13	Equipo bomba de infusão	
9	Clopidogrel 75 mg - cp		38	Prometazina 25 mg/mL - amp. 02 mL		14	Equipo de câmara graduada (microgotas)	
10	Cloreto de sódio 0,9% - 500 mL		39	Propranolol 40 mg (cartela - cp)		15	Equipo simples	
11	Clorid. de Clorpromazina 5mg/mL - amp. 05mL		40	Ranitidina 25 mg/mL - amp. 02 mL		16	Esparadrapo (cm)	
12	Diazepam 5 mg - cp		41	Salbutamol Spray 100 mcg - frasco		17	Fita de Glicemia	
13	Diazepam 5mg/mL - amp. 02 mL		42	SF 0,9% - amp. 10 ml (para nebulização)		18	Fixador de tubo	
14	Diclofenaco de K/Na- 25 mg/ml - amp. 03 ml		43	Solução glicosada 5% - 500 mL		19	Jelco nº ____	
15	Difenidramina 50 mg/mL - amp. 01 mL		44	Solução Ringer com lactato - 500 mL		20	Jelco nº ____	
16	nidrato B6 3 mg/mL - amp. 10 mL		45	Sulfato de Morfina 10 mg/mL - amp. 01 mL		21	Lidocaina gel 2%(bisnaga)	
17	Dinitrato de isossorbida 5mg (cartela - cp)		46	Suxametônio (Succinilcolina) 100mg - FA		22	Luva de procedimento estéril nº ____	
18	Dipirona sódica 500mg/ml - amp. 02 ml		47	Tenoxicam 20 mg - frasco ampola		23	Luva de procedimento não estéril (par)	
19	Fenitoína sódica 50 mg/mL - amp. 05 mL		48	Tramadol 50 mg/mL - amp. 02 mL		24	Luva de procedimento não estéril (par)	
20	Fenobarbital sódico 100 mg/mL - amp. 02 mL		49	Consumo O2 _____ L/min; Tempo: _____ min		25	Máscara de procedimento (unid)	
21	Fentanil 0,05 mg/mL - amp. 02 mL		50			26	Micropore (cm)	
22	Flumazenil 0,1 mg/mL - amp. 05 mL		51			27	Polifix ____ vias	
23	Furosemida 10 mg/ml - amp. 02 mL		52			28	Scalp nº ____	
24	Glicose 50% - amp. 10 ml			MATERIAIS	QTD.	29	Scalp nº ____	
25	Haloperidol 5mg/mL - amp. 01 mL		1	Agulha ____ X ____ (unidade)		30	Seringa de ____ mL	
26	Hidrocortisona 100mg - frasco-ampola		2	Agulha intra-óssea adulto/infantil		31	Seringa de ____ mL	
27	Hidrocortisona 500mg - frasco-ampola		3	Alcool 70% líquido (mL)		32	Sonda de Foley nº _____	
28	Manitol 200 mg/ml - bolsa ou frasco 250 mL		4	Algodão (bola)		33	Torneira de 3 vias	
29	Metoclopramida 5 mg/ml - amp. 02 mL		5	Atadura de ____ cm		34		

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

RESPONSÁVEL PELO CADASTRO

SAMU 192 ENTORNO NORTE E NORDESTE GO «Nada é impossível de mudar uma vida»

REGISTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA – SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV)
SAMU 192 ENTORNO NORTE E NORDESTE/GO

BASE DESCENTRALIZADA	VEÍCULO	APH ☐ TRANSFERÊNCIA ☐	DATA ___/___/___	OCORRÊNCIA N.º	MÉDICO REGULADOR
TRANSMISSÃO	CHEGADA AO LOCAL	SAÍDA DO LOCAL	CHEGADA À US	LIBERAÇÃO DA US	CHEGADA À BASE
LOCAL DA OCORRÊNCIA				CIDADE	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME DO PACIENTE			DN ___/___/___	IDADE	SEXO
NOME DA MÃE			NATURALIDADE		
CARTÃO SUS	TELEFONE	ENDEREÇO		CIDADE	

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

A (Vias Aéreas): Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Broncoaspiração ☐ Edema de Glote ☐

B (Respiração):

- Padrão Respiratório: Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Ortopneico ☐ Dispneico ☐ Taquipneico ☐ Uso de musculatura acessória ☐ Apneia ☐
- Ausculta pulmonar: MV + ☐ MV - ☐ Estertores ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Localização: _____
- ambiente ☐ CN ☐ Venturi ☐ Hood ☐ Máscara reinalante ☐ Máscara não-reinalante ☐ Fluxo: ___ L/min
- Entubado ☐ BVM ☐ VM ☐ Modo A/C ☐ Modo Espontâneo ☐ Pressão: ____ cmH_2O VC: ____ mL PEEP: ____ cmH_2O FiO_2: ____%

C (Circulação):

- Pulso: Rítmico ☐ Cheio ☐ Ausente ☐ Filiforme ☐ Arrítmico ☐ Enchimento capilar < 2 seg ☐ > 2 seg ☐ Au
- Coloração da pele: Corada ☐ Cianótica ☐ Hipocorada ☐ Sangramento ativo ☐ Localização: _____

D (Neurológico):

- Nível de consciência: Comatoso ☐ Sonolento ☐ Confuso ☐ Torporoso ☐ Sedado
- Pupilas: Isocórica ☐ Midríase ☐ Miose ☐ Anis ☐ PE
- Déficit Sensitivo ☐ ☐ Desvio ☐ Ataxia ☐

E (Exposição) /Avaliação Secundária:

SAMU 192

ENTORNO NORTE E NORDESTE/GO

ALERGIAS:	ANTECEDENTES: HAS ☐ DM ☐ AVE ☐ IAM ☐ DPOC ☐ Asma ☐ Outros	MEDICAÇÃO HABITUAL:

«Ajudar é mais importante do que salvar uma vida»

EVOLUÇÃO/CONDUTAS:

TIPO: ☐ Acidente de Trânsito ☐ Agressão física ☐ Atropelamento ☐ Queda ☐ Trauma Diverso ☐ Convulsões ☐ Hipo/Hipertensão ☐ Desmaio ☐ Dispneia ☐ Suspeita de IAM ☐ Suspeita de AVE ☐ Pediátrico ☐ Ginecológico ☐ Obstétrico ☐ Psiquiátrico ☐ Outro	Acidente de Trabalho: ☐ Não ☐ Típico ☐ De trajeto CID (S):
GRAVIDADE INICIAL/FINAL: ___/___	PROCEDIMENTOS: ☐ Guedel ☐ IOT ☐ VM ☐ Oxigênio ☐ Oximetria ☐ Glicosímetro ☐ Acesso Venoso ☐ RCP ☐ DEA ☐ Colar Cervical ☐ Prancha ☐ KED ☐ Contenção Física ☐ Kit Parto ☐ Curativo ☐ Talas ☐ Nebulização ☐ SVD ☐ SVA ☐ SNG

DESTINO:	RECEPTOR:	EQUIPE SAMU 192:

REGISTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA (MÉDICO) – SUPORTE AVANÇADO DE VIDA
SAMU 192 ENTORNO NORTE E NORDESTE/GO

BASE	VEÍCULO	APH ☐ TRANSFERÊNCIA ☐	DATA ___/___/___	OCORRÊNCIA N.º	MÉDICO REGULADOR
TRANSMISSÃO	CHEGADA AO LOCAL	SAÍDA DO LOCAL	CHEGADA À US	LIBERAÇÃO DA US	CHEGADA À BASE

LOCAL DA OCORRÊNCIA	CIDADE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME DO PACIENTE	DN ___/___/___	IDADE	SEXO
NOME DA MÃE	NATURALIDADE		

CARTÃO SUS	TELEFONE	ENDEREÇO	CIDADE

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

A (Vias Aéreas): Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Broncoaspiração ☐ Edema de Glote ☐

B (Respiração):

- Padrão Respiratório: Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Ortopneico ☐ Dispneico ☐ Taquipneico ☐ Uso de musculatura acessória ☐ Apneia ☐
- Ausculta pulmonar: MV + ☐ MV - ☐ Estertores ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Localização: _____
- Ar ambiente ☐ CN ☐ Venturi ☐ Hood ☐ Máscara reinalante ☐ Máscara não-reinalante ☐ Fluxo: ____ L/min
- Entubado ☐ BVM ☐ VM ☐: Modo A/C ☐ Modo Espontâneo ☐ Pressão: _____ cmH_2O VC: _____ mL PEEP: _____ cmH_2O FiO_2: _____%

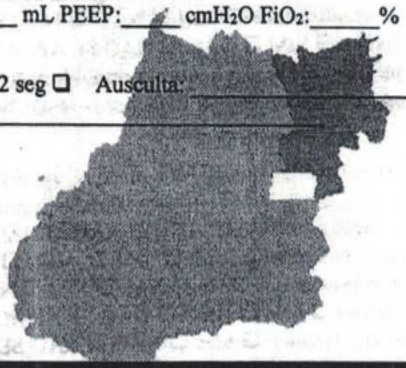
C (Circulação):

- Pulso: Rítmico ☐ Cheio ☐ Ausente ☐ Filiforme ☐ Arrítmico ☐ Enchimento capilar ≤ 2 seg ☐ > 2 seg ☐ Ausculta: _____
- Coloração da pele: Corada ☐ Cianótica ☐ Hipocorada ☐ Sangramento ativo ☐ Localização: _____

D (Neurológico):

- Nível de consciência: Consciente ☐ Comatoso ☐ Sonolento ☐ Confuso ☐ Torporoso ☐ Sedado
- Pupilas: Isocórica ☐ Fotorreagente ☐ Midríase ☐ Miose ☐ Anisocórica ☐ PD ___ PE ___
- Déficit Sensitivo à D ☐ à E ☐ Motor à D ☐ à E ☐ Desvio de rima ☐ Afasia ☐

E (Exposição) /Avaliação Secundária:



ALERGIAS:	ANTECEDENTES: HAS ☐ DM ☐ AVE ☐ IAM ☐ DPOC ☐ Asma ☐ Outros: ☐ _____	MEDICAÇÃO HABITUAL:

«Nada é mais importante do que salvar uma vida»

EVOLUÇÃO/CONDUTAS:

TIPO: Acidente de Trânsito ☐ Agressão física ☐ Atropelamento ☐ Queda ☐ Trauma Diverso ☐ Convulsões ☐ Hipo/Hipertensão ☐ Desmaio ☐ Dispneia ☐ Suspeita IAM ☐ Suspeita AVE ☐ Pediátrico ☐ Ginecológico ☐ Obstétrico ☐ Psiquiátrico ☐ Outro ☐	Acidente de Trabalho: ☐ Não ☐ Típico ☐ De trajeto
	CID (S):

GRAVIDADE INICIAL/FINAL: ___/___	**PROCEDIMENTOS:** Cânula Guedel ☐ IOT ☐ VM ☐ Oxigênio ☐ Oximetria ☐ Glicosímetro ☐ Acesso Venoso ☐ RCP ☐ DEA ☐ Colar Cervical ☐ Prancha ☐ KED ☐ Contenção Psiquiátrica ☐ Kit Parto ☐ Curativo ☐ Talas ☐

UNIDADE DE DESTINO:	RECEPTOR:	EQUIPE SAMU 192:

RMO DE CONSENTIMENTO/RECUSA DE ATENDIMENTO/REMOÇÃO:

_____, CPF ____.____.____-____, RG _____, sabedor que sou da necessidade de atendimento de urgência, permito ❑ / recuso ❑ o atendimento ❑ / remoção ❑ pelo SAMU 192 como Norte e Nordeste em ____/____/____ às ____:____ horas ao estabelecimento de saúde _____, caráter público ❑ / privado ❑, situado em _____, e eximo o SAMU 192 de quaisquer ônus financeiros que venham advir da internação nesse abelecimento.

s. _____

stemunha 1: _____ RG: _____ Parentesco: _____

HECK-LIST TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR

ecagem pré-transferência:

Equipamentos checados e funcionantes:
- Vaga confirmada com unidade de destino: ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA
- Alarme e Carga bateria (bomba de infusão contínua; monitor multiparamétrico; ventilador de transporte; oxímetro de pulso, incubadora de transporte aquecida UMA hora antes do transporte) ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA
- Funcionamento do BVM, tamanho e calibragem do esfigmomanômetro, maleta de transporte (medicamentos e materiais para atendimento das eventualidades), laringoscópio (com lâmpadas e pilhas sobressalentes), quantidade excedente no cilindro de oxigênio (autonomia para pelo menos 2 horas adicionais ao tempo previsto de transporte) ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA

: Via aérea
Vias aéreas seguras ou protegidas por intubação ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA
Posição do tubo traqueal confirmada na radiografia de tórax ou ausculta pulmonar ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA
Insuflação do *Cuff* satisfatória ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA
Aspiração secreções ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA
Cabeceira no mínimo 30° se não houver contraindicação ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA
Coxim em região interescapular em RN e bebês se não houver contraindicação ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA

B: Ventilação
- Respiração ou ventilação [illegible] adequada no ventilador de transporte ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA
- Troca de gás adequada [illegible] gasometria arterial ou [illegible] ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA
- Sedação e paralisação [illegible] ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA
- Padrão ventilatório pós-conexão VM ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA
- Expansibilidade pulmonar pós-conexão VM ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA
- FR, SatO2 adequados ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA
- Cuidados com dreno torácico ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA

C: Circulação
- Sinais de sangramento ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA
- Sinais de obstrução ou desposicionamento dos acessos (CVC, AVP, PAI) ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA
- Fixação das linhas de acesso ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA
- Presença de segundo acesso de segurança ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA
- Identificação da(s) linhas(s) de acesso da(s) droga(s) em infusão

D: Neurológico
- Nível de consciência: ❑ consciente/ orientado ❑ agitado ❑ confuso ❑ sedado
- Sinais de dor ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA
- Estabilidade coluna cervical ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA
- Paciente com mais de 2 horas em prancha rígida, avaliar retirada ou proteção de proeminências ósseas ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA
- Sinais de obstrução dreno craniano / Sinais de desposicionamento dreno craniano ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA

E: Sistema Digestivo, Genitourinário e Outros
- Esvaziamento da bolsa coletora urina ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA / Esvaziamento do coletor SNG/SNE/GTT ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA
- Checagem dos sinais vitais (PA, SatO2, FC, FR, GCS, Temp, Glicemia, RTS/PTS, Diurese, Dor, RASS, MEWS, TRIPS) ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA
- Documentação do paciente e relatório médico do médico solicitante: ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA
- Monitorização contínua dos sinais vitais e dos equipamentos (verificar se estão em pleno funcionamento): ❑ SIM ❑ NÃO ❑ NÃO SE APLICA

OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS

SAMU 192
ENTORNO NORTE E NORDESTE GO
«Vida é mais importante do que salvar uma vida»

REGISTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA (ENFERMAGEM) – SUPORTE AVANÇADO DE VIDA
SAMU 192 ENTORNO NORTE E NORDESTE/GO

BASE DESCENTRALIZADA	VEÍCULO	APH ☐ TRANSFERÊNCIA ☐	DATA ___/___/___	OCORRÊNCIA N.º	MÉDICO REGULADOR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME DO PACIENTE	DN ___/___/___	IDADE	SEXO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE

Tipo de ocorrência: ☐ Acidente de Trânsito ☐ Agressão física ☐ Atropelamento ☐ Queda ☐ Trauma Diverso ☐ Convulsões ☐ Hipo/Hipertensão ☐ Desmaio ☐ Dispneia ☐ Suspeita de IAM ☐ Suspeita de AVE ☐ Pediátrico ☐ Ginecológico ☐ Obstétrico ☐ Psiquiátrico ☐Outro _____

Acidente de trabalho: Não ☐ Típico ☐ De trajeto ☐

DIAGNÓSTICOS INICIAIS DE ENFERMAGEM

☐ 01. Mobilidade física prejudicada
☐ 02 . Risco de trauma
☐ 03. Risco de lesão
☐ 04. Integridade da pele prejudicada
☐ 05. Risco de desequilíbrio na temperatura corporal
☐ 06. Débito cardíaco diminuído
☐ 07. Perfusão tissular ineficaz ( ) cerebral ( ) periférica ( ) cardiopulmonar ( ) gastrointestinal ( ) renal
☐ 08. Padrão respiratório ineficaz
☐ 09. Termorregulação ineficaz
☐ 10. Risco para broncoaspiração
☐ 11. Ventilação espontâneo prejudicada
☐ 12. Desobstrução ineficaz de vias aéreas
☐ 13 Risco de violência direcionada a si mesmo
☐ 14. Risco de violência direcionado a outros
☐ 15. Risco de suicídio
☐ 16. Risco de sufocação
☐ 17. Proc. Familiares disfuncionais.: alcoolismo
☐ 18. Síndrome pós-trauma
☐ 19. Risco de solidão
☐ 20. Sobrecarga de estresse
☐ 21. Sono prejudicado
☐ 22. Controle familiar ineficaz do regime terapêutico
☐ 23. Confusão: crônica ( ) aguda ( )
☐ 24. Risco de Glicemias instáveis: hipoglicemia ( ) hiperglicemia ( )
☐ 25. Volume de líquidos deficiente ( ) excessivo ( )
☐ 26. Náusea.
☐ 27. Dor ( ) crônica ( ) aguda
☐ 28. Risco de infecção
☐ 29. Risco de envenenamento
☐ 30. _____
☐ 31. _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

01. ☐ Monitorizar sinais vitais
☐ Monitorização Cardíaca ☐ PANI ☐ Saturação de O_2 ☐ Demais
02. ☐ Manter cabeceira de ☐ 0° ☐ 45° ☐ 90°
03. ☐ Manter grades elevadas
04. ☐ Manter vítima segura à maca por meio de cinto.
05. ☐ Aplicar oxigênio a _____ litros/min.
06. ☐ Realizar ações de proteção a integridade da pele.
07. ☐ Proceder protocolo de RCP.
08. ☐ Realizar ações multidisciplinares relacionadas ao protocolo de trauma.
09. ☐ Manter cuidados com acesso venoso e puncionar segundo acesso de segurança
10. ☐ Interromper fluxo sanguíneo por meio de clamp no cordão umbilical nos locais protocolados.
11. ☐ Aspirar RN se necessário
12. ☐ Acomodar RN em tecido próprio prevendo hipotermia
13. ☐ Recolher a placenta, acomodando-a em saco pertinente
14. ☐ Manter vítima em posição de recuperação.
15. ☐ Realizar medicações conforme a prescrição médica;
16. ☐ Contenção ( ) membros inferior ( ) membros superior ( ) tórax
17. ☐ Confortar e orientar a família
18. ☐ _____
19. ☐ _____

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO	PAS	PAD	$SatO_2$	FC	FR	GCS	Temp	Glicemia	RTS/PTS	Diurese	Dor (0-10)	RASS	MEWS	TRIPS

«Nada é mais importante do que salvar uma vida»

ALERGIAS	ANTECEDENTES: HAS ☐ DM ☐ AVE ☐ IAM ☐ DPOC ☐ Asma ☐ Outros: _____	MEDICAÇÃO HABITUAL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM / CONDUTA

PROCEDIMENTOS: ☐ Cânula Guedel ☐ IOT ☐ VM ☐ Oxigênio ☐ Oximetria ☐ Glicosímetro ☐ Acesso Venoso ☐ RCP ☐ DEA ☐ Colar Cervical ☐ Prancha ☐ KED ☐ Contensão Psiquiátrica ☐ Kit Parto ☐ Curativo ☐ Talas	CID (S):

DESTINO:	RECEPTOR:	EQUIPE SAMU 192:

OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS

REGISTRO DE CONSUMO DE MATERIAL E OXIGÊNIO DURANTE ATENDIMENTO

1	AAS 100mg (cartela - cp)		30	Midazolan 5 mg/mL - amp. 03 mL		6	Atadura de _____ cm	
2	Adenosina 3mg/mL - amp. 02 mL		31	Midazolan 5 mg/mL - amp. 10 mL		7	Cânula orotraqueal nº _____	
3	Adrenalina 1mg/mL - amp. 01 mL		32	Naloxone 0,4mg/mL - amp. 01 mL		8	Cânula orotraqueal nº _____	
4	Amiodarona 50mg/mL - amp. 03 mL		33	N-butil-escopolamina 20mg - amp. 01 mL		9	Cateter tipo óculos	
5	Atropina 0,25 mg/mL - amp. 01 mL		34	Noradrenalina 4 mg/mL - amp		10	Coletor de urina aberto	
6	Brometo de fenoterol 0,5%		35	Omeprazol 40 mg - frasco ampola		11	Coletor de urina fechado	
7	Brometo de ipratrópio 0,25mg/ml		36	Ondansetrona 2mg/mL - amp. 04 mL		12	Eletrodos ECG (unid)	
8	Captopril 25mg (cartela - cp)		37	Paracetamol 200 mg/ml		13	Equipo bomba de [illegible]	
9	Clopidogrel 75 mg - cp		38	Prometazina 25 mg/mL - amp. 02 mL		14	Equipo [illegible] graduada (microgotas)	
10	Cloreto de sódio 0,9% [illegible]		39	Propranolol 40 mg (cartela - cp)		15	Equipo simples	
11	Clorid. de Clorpro[illegible]		40	[illegible]tidi[illegible] 25 mg/mL - amp. [illegible] mL		16	[illegible]	
12	Diazepan 5 mg - cp		41	Salbutamol Sp[illegible] 100 mcg - frasco		17	Fita de Glicemia	
13	Diazepan 5mg/mL - amp. 02 mL		42	SF 0,9% - amp. 10 ml (para nebulização)		18	Fixador de tubo	
14	Diclofenaco de K/Na- 25 mg/ml - amp. 03 ml		43	Solução glicosada 5% - 500 mL		19	Jelco nº _____	
15	Difenidramina 50 mg/mL - amp. 01 mL		44	Solução Ringer com lactato - 500 mL		20	Jelco nº _____	
16	Dimenidrato B6 3 mg/mL - amp. 10 mL		45	Sulfato de Morfina 10 mg/mL - amp. 01 mL		21	Lidocaina gel 2%(bisnaga)	
17	Dinitrato de isossorbida 5mg (cartela - cp)		46	Suxametônio (Succinilcolina) 100mg - FA		22	Luva de procedimento estéril nº _____	
18	Dipirona sódica 500mg/ml - amp. 02 ml		47	Tenoxicam 20 mg - frasco ampola		23	Luva de procedimento não estéril (pa[illegible]	
19	Fenitoína sódica 50 mg/mL - amp. 05 mL		48	Tramadol 50 mg/mL - amp. 02 mL		24	Luva de procedimento não estéril (par)	
20	Fenobarbital sódico 100 mg/mL - amp. 02 mL		49	Consumo O2 _____ L/min; Tempo: _____ min		25	Máscara de procedimento (unid)	
21	Fentanil 0,05 mg/mL - amp. 02 mL		50			26	Micropore (cm)	
22	Flumazenil 0,1 mg/mL - amp. 05 mL		51			27	Polifix _____ vias	
23	Furosemida 10 mg/ml - amp. 02 mL		52			28	Scalp nº _____	
24	Glicose 50% - amp. 10 ml					29	Scalp nº _____	
25	Haloperidol 5mg/mL - amp. 01 mL		1	Agulha _____ X _____ (unidade)		30	Seringa de _____ mL	
26	Hidrocortisona 100mg - frasco-ampola		2	Agulha intra-óssea adulto/infantil		31	Seringa de _____ mL	
27	Hidrocortisona 500mg - frasco-ampola		3	Alcool 70% líquido (mL)		32	Sonda de Foley nº _____	
28	Manitol 200 mg/ml - bolsa ou frasco 250 mL		4	Algodão (bola)		33	Torneira de 3 vias	
29	Metoclopramida 5 mg/ml - amp. 02 mL		5	Atadura de _____ cm		34		

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: **RESPONSÁVEL PELO CADASTRO:**

SAMU 192
ENTORNO NORTE E NORDESTE/GO
«Nada é mais importante do que salvar uma vida»

MODELOS DE FORMULÁRIOS

CONTROLE DE ENDEMIAS

FICHA RESIDENCIAL	RISCO ENCONTRADO: TAREFAS AO MORADOR/PROPRIETARIO									Morador adequou? Se sim colocar ok e assinar Se não adequado, informar ao morador que Orientações não atendidas serão encaminhadas a fiscalização
Caixa d'água, cisterna ou fossa destampada ou mal coberta, com fresta e outras aberturas	Lixo, entulhos, pneus, recipientes de pequeno porte expostos, ou acumulando água	Calhas, grelas, vasos sanitários em desuso, ralos de banheiro com larvas	Vasos de plantas, aparadores, bebedouros, bromélias, recipiente de degelo	Tambores, baldes, bacias, caixas d'água no solo, piscinas sem a devida cobertura e tratamento	Outros riscos (qual)	Dados do Agente e da visita				
						NOME	DIA	HORA		
								:		
								:		
								:		
								:		
								:		
								:		
								:		
								:		
								:		
								:		
								:		
								:		
								:		

RESP. P/ EXAME

DATA ____/____/____

ESPÉCIE DE TRIATOMÍNEO

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

CAPTURAS		ESTÁDIO			RESULTADO		
INTRA	PERI	NINFA	A.M.	A.F.	POS	NEG	N.EX
1	P				+	–	N.F.

ESPÉCIE DE TRIATOMÍNEO

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

CAPTURAS		ESTÁDIO			RESULTADO		
INTRA	PERI	NINFA	A.M.	A.F.	POS	NEG	N.EX
1	P				+	–	N.F.

ESPÉCIE DE TRIATOMÍNEO

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

CAPTURAS		ESTÁDIO			RESULTADO		
INTRA	PERI	NINFA	A.M.	A.F.	POS	NEG	N.EX
1	P				+	–	N.F.

ESPÉCIE DE TRIATOMÍNEO

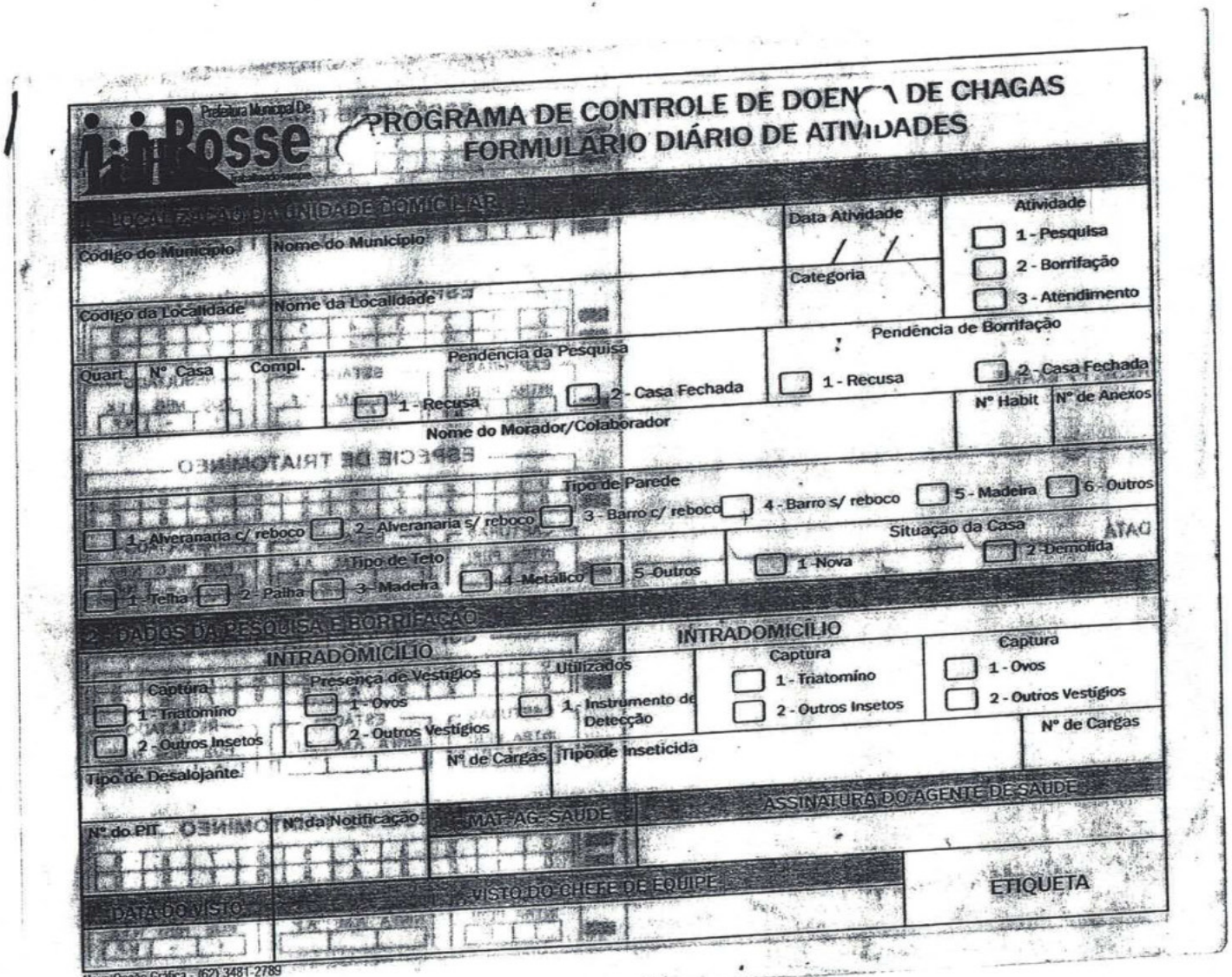
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

CAPTURAS		ESTÁDIO			RESULTADO		
INTRA	PERI	NINFA	A.M.	A.F.	POS	NEG	N.EX
1	P				+	–	N.F.

ESPÉCIE DE TRIATOMÍNEO

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

CAPTURAS		ESTÁDIO			RESULTADO		
INTRA	PERI	NINFA	A.M.	A.F.	POS	NEG	N.EX
1	P				+	–	N.F.



Prefeitura Municipal De Rosse

PROGRAMA DE CONTROLE DE DOENÇA DE CHAGAS
FORMULÁRIO DIÁRIO DE ATIVIDADES

1 - LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE DOMICILIAR

Código do Município | Nome do Município | Data Atividade / / | Atividade: 1 - Pesquisa; 2 - Borrifação; 3 - Atendimento

Código da Localidade | Nome da Localidade | Categoria

Quart. | Nº Casa | Compl. | Pendência da Pesquisa: 1 - Recusa; 2 - Casa Fechada | Pendência de Borrifação: 1 - Recusa; 2 - Casa Fechada

Nome do Morador/Colaborador | Nº Habit | Nº de Anexos

Tipo de Parede: 1 - Alvenaria c/ reboco; 2 - Alvenaria s/ reboco; 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

2 - DADOS DA PESQUISA E BORRIFAÇÃO

INTRADOMICÍLIO			PERIDOMICÍLIO	
Captura: 1 - Triatomíno; 2 - Outros Insetos	Presença de Vestígios: 1 - Ovos; 2 - Outros Vestígios	Utilizados: 1 - Instrumento de Detecção	Captura: 1 - Triatomíno; 2 - Outros Insetos	Captura: 1 - Ovos; 2 - Outros Vestígios

Tipo de Desalojante | Nº de Cargas | Tipo de Inseticida | Nº de Cargas

Nº do PIT | Nº da Notificação | MAT. AG. SAÚDE | ASSINATURA DO AGENTE DE SAÚDE

DATA DO VISTO | VISTO DO CHEFE DE EQUIPE | ETIQUETA

Nova Opção Gráfica - (62) 3481-2789

SUS Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS

GOIÁS CONTRA O *AEDES* – Ficha de Campo versão 1.1

Data: ____/____/____

Município: _____

Bairro: _____ **Quadra:** _____ **Quarteirão de Endemias:** _____

Referência ou Rua: _____

	Tipo de Imóvel				Situação						
	Casa	Comércio	Lote Baldio	Outros (Igreja, Praças, Cemitérios)	Imóveis trabalhados	Imóveis fechados	Imóveis recusados	Imóveis com foco	Uso de larvicidas (gramas)	Imóveis recuperados	Uso de larvicidas (gramas) Recuperados
Rascunhar											
Total											
	TOTAL:				TOTAL:						

Obs: Os totais desta linha devem ser iguais!

QUADRA _____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

GOIÁS CONTRA O *AEDES* – Ficha de Campo versão 1.1

Município: _____ **Data:** ____/____/_____

Bairro: _____ **Quadra:** _____ **Quarteirão de Endemias:** _____

Referência ou Rua: _____

	Tipo de Imóvel				Situação						
	Casa	Comércio	Lote Baldio	Outros (Igreja, Praças, Cemitérios)	Imóveis trabalhados	Imóveis fechados	Imóveis recusados	Imóveis com foco	Uso de larvicidas (gramas)	Imóveis recuperados	Uso de larvicidas (gramas) Recuperados
Rascunhar											
Total											
	TOTAL:				TOTAL:						

Obs: Os totais desta linha devem ser iguais!

QUADRA _____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

LT:____ Nº:____ RUA:_____ PENDÊNCIA:_____

DENGUE / ENTOMOLOGIA

Nº amostra: _____

Município: _____

Bairro: _____

Estado: _____

Quart.: _____ Casa nº: _____

Rua: _____

Depósito: _____

Código do depósito: _____

Nº de Larva: _____ Pupas: _____

Agente: _____

Data: ____ de _____ de 20____

Laboratório: nº de larvas/pupas

Ae aegyptu : Larva _____

Pupas: _____

Ae.: _____

Alb tus: Larvas ____ Pupas _____

Outros: Larvas ____ Pupas _____

Primeira Impressão Gráfica - Tel.:(62)3481-4288

PREFEITURA MUNICIPAL DE
Posse
Compromisso com o povo.
ADM 2013 / 2016

PROGRAMA DE CONTROLE DA FEBRE AMARELA E DENGUE - FCFAD

BOLETIM DE RECONHECIMENTO

RESPONSÁVEL			
Inspetor Geral		Inspetor	
Chefe de Equipe		Agente	

UF	

DISTRITO		SUBDISTR	
MUNICÍPIO		SUBLOCAL	
LOCALIDADE		CATEGORIA	
		QUART. Nº.	

Rua ou Lagradouro	Número	Lado	Tipo do Imóvel	Rua ou Lagradouro	Número	Lado	Tipo do Imóvel

Gráfica Central (62) 3481-1822

FAD-05

Fechamento					
Residencial	R		Ponto Estratégico	PE	
Comercial	C		Outros	O	
Terreno Baldio	T B		Total Geral		

PREGÃO PRESENCIAL/ N.º 012/2018

ANEXO II

MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS

Prezados Senhores,

Apresentamos e submetemos à apreciação desta Comissão de Licitação a nossa proposta de preços relativa ao Edital Pregão Presencial em epigrafe cujo objeto é a **CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA CONFECÇÃO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO FMS-FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE,** que serão utilizados de acordo com as necessidades, através do Pregão Presencial/ N.º 012/2018, Processo nº 3146/2017, constantes no Anexo I que contêm as especificações técnicas e comerciais que possibilitarão o preparo das propostas.

Discriminar o objeto, conforme relação do Anexo I, CONSTANDO, necessariamente: **item, quantidade, descrição, Unid., marca; R$/unidade e R$/Total. (COM NO MÁXIMO DUAS CASAS APÓS A VÍRGULA).**

• O prazo de aquisição do objeto é de 12 (doze) meses, se houver interesse de ambas as partes este Contrato poderá ser prorrogado por igual ou superior período mediante termo aditivo ao contrato.

• Prazo mínimo da validade da proposta de preços é de 60 (sessenta) dias, que será contado a partir da data da entrega da proposta. Na contagem do prazo excluir-se-á o dia de inicio e incluir-se-á o dia do vencimento.

• O pagamento será efetuado conforme requisição, em até 30 (trinta) dias após a emissão da nota fiscal, devidamente vistada pelo órgão interessado.

Declaro ainda estar de acordo e ciente com todas as exigências estipulada em Edital.

_____, em _____ de _____

Atenciosamente,
Nome e Assinatura do Representante Legal da Empresa

PREGÃO PRESENCIAL/ N.º 012/2018

ANEXO III

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DE EDITAL E ANEXOS

EMPRESA:_____

CNPJ/MF:_____

CIDADE:_____ **ESTADO:** _____

E-MAIL: _____

FONE:(____)_____

OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA CONFECÇÃO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO FMS-FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, que serão utilizados de acordo com as necessidades, através do Pregão Presencial/ N.º 012/2018, constantes no Anexo I que contêm as especificações técnicas e comerciais que possibilitarão o preparo das propostas.

Obtivemos, nesta data, através da Divisão de Compras e Licitações desta municipalidade, cópia do instrumento convocatório da licitação supramencionada.
Visando a comunicação futura entre esta Prefeitura e a sua empresa, solicitamos a Vossa Senhoria preencher o recibo de retirada do Edital e remete-lo ao Setor de Licitação por meio de telefones: 62 ou ser entregue diretamente à Divisão de Licitações desta Prefeitura Municipal.

A não remessa do recibo exime a Prefeitura Municipal de POSSEGO à responsabilidade de comunicação de eventuais esclarecimentos e retificações ocorridas no instrumento convocatório, bem como de quaisquer informações adicionais, não cabendo posteriormente qualquer reclamação.

Local: _____, _____ **de** _____ **de 2018.**

_____
ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL
E CARIMBO DA EMPRESA

PREGÃO PRESENCIAL/ N.º 012/2018

ANEXO IV

MODELO DE PROCURAÇÃO

LOGOTIPO DA EMPRESA.....

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração e pela melhor forma de direito, a EMPRESA _____, com sede na Rua _____, nº _____, devidamente inscrita no CNPJ/MF, sob nº _____, representada, neste ato, por seu sócio-gerente (ou gerente) Sr. _____, brasileiro, estado civil, profissão, residente e domiciliado nesta cidade, **nomeia e constitui seu representante**, o Sr._____, estado civil, profissão, portador da cédula de identidade, R.G. nº _____ e do CPF/MF, sob nº _____, a quem são conferidos poderes para representar a empresa outorgante no Pregão nº XX/2018, instaurado pelo Município de POSSE/GO, em especial para firmar declarações e atas, formular lances, negociar preço, interpor recursos e desistir de sua interposição e praticar todos os demais atos pertinentes ao certame acima indicado.

(local e data) _____, ___ de _____ de 2018.

_____
Nome do Responsável Legal
Outorgante

ANEXO V

MINUTA DE CONTRATO

QUE ENTRE SI CELEBRAM O FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE POSSE E A EMPRESA _____

I – PREÂMBULO

O FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE POSSE, Estado de Goiás, sediado na Rua Robson Ricardo R Barbosa, Qd.26, lt.02, Setor Augusto José Valente, Posse-Go, devidamente inscrita no CNPJ nº ....., neste ato legalmente representado pelo seu Gestor Municipal o Sr. **EDGAR HENRIQUE DOS SANTOS**, brasileiro, casado, residente e domiciliado à Rua .....n°....., centro, nesta cidade, portador do CPF n. º ..... e da Carteira de Identidade n.º ...., doravante denominada **CONTRATANTE**;

A empresa _____, inscrita no CNPJ sob nº _____, estabelecida à _____, Nº ___, Bairro _____, na cidade de _____, Estado de _____, neste ato representada por _____, _____, _____, profissão, portador (a) da CI RG nº _____ SSP/___, e CPF nº _____, residente e domiciliado na _____, Bairro _____ na cidade de _____, Estado de _____, doravante denominada **CONTRATADA**.

DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

O presente contrato decorre da Licitação modalidade Pregão nº **012/2018** e tem sua fundamentação na Lei Federal n° 8.666, de 21 de junho de 1.993, e suas alterações posteriores, homologado pelo GESTOR MUNICIPAL DE SAUDE DE POSSE.

DO LOCAL E DATA

Lavrado e assinado aos _____ **dias do mês de** _____ **do ano de dois mil e dezessete**, na sede do **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE POSSE**, Goiás.

I - CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 - Constitui objeto deste instrumento de contrato para a **CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA CONFECÇÃO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO FMS-FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**,conforme ata de julgamento do Pregão Presencial n° 012/2018, nas quantidades especificadas no anexo I, Termo de referência do presente, que fazem parte integrante deste objeto.

II - CLÁUSULA SEGUNDA - DAS CONDIÇÕES DA AQUISIÇÃO.

2.1 - A **CONTRATADA** irá fornecer os produtos, descritos na cláusula primeira deste, de acordo com a solicitação escrita do **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE POSSE**, que fiscalizará e manterá controle da aquisição.

2.2 – Nenhum fornecimento de produtos a mais ou a menos sem autorização do **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE POSSE**, responsabilizando-se a **CONTRATADA** pela entrega irregular.

2.3 – A **CONTRATADA** não poderá transferir a responsabilidade dos serviços.

III - CLÁUSULA TERCEIRA - DO PREÇO

3.1 – O valor total deste Contrato é estimado em R$._____ (_____), conforme Termo de homologação do **Pregão nº 012/2018.**

IV - CLÁUSULA QUARTA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

4.1 - O pagamento à empresa a ser contratada será efetuado em até 30 (trinta) dias após a entrega do objeto, mediante apresentação de Nota Fiscal na quantidade solicitada pelo Departamento de Compras desta Municipalidade devidamente atestado pelo responsável pelo recebimento dos produtos e, prova de regularidade relativa à Seguridade Social (INSS) e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e Certidão Municipal, demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais.

1. – O pagamento, mediante a emissão de qualquer modalidade de ordem bancária, será realizada desde que a CONTRATADA efetue a cobrança de forma a permitir o cumprimento das exigências legais, principalmente no que se refere às retenções tributárias.

2. - A CONTRATADA, optante pelo SIMPLES, deverá apresentar, juntamente com a nota fiscal/fatura, declaração, (conforme modelo constante do ANEXO IX deste Edital). Caso não o faça, sofrerá retenção de imposto e contribuições, de acordo com a legislação vigente.

3. - A nota fiscal/fatura que contiver erro será devolvida à CONTRATADA para retificação e reapresentação, interrompendo-se a contagem do prazo fixado no subitem 9.1.

4. - Os pagamentos não realizados dentro do prazo, motivados pela empresa a ser contratada, não serão geradores de direito a reajustamento de preços ou a atualização monetária.

5. - Fica expressamente vedada qualquer pretensão de pagamento antecipado.

V - CLÁUSULA QUINTA – DO REAJUSTE DE PREÇOS

5.1 – O objeto deste contrato será irreajustável.

VI - CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO

6.1 – O presente contrato terá vigência de _____ a _____ de _____ ( ) de dois mil e ____, podendo ser prorrogado nos termos do Art. 57 da Lei nº 8666/93, mediante a edição de termo aditivo.

VII - CLÁUSULA SÉTIMA - DOS RECURSOS

7.1 – O objetos deste Instrumento de Contrato terão seus custos cobertos com os recursos provenientes da Lei Orçamentária para o exercício de 2.018, assim classificados.

UNIDADE ORÇAMENTARIA	**SECRETARIA DE SAUDE**
FUNÇÃO PROGRAMÁTICA	
ELEMENTO DA DESPESA	:
FICHA	:
FONTE DE RECURSOS	:

VIII – CLAUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES PENALIDADES E MULTAS

8.1 - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE.

8.1.2) Prestar à Contratada todos os esclarecimentos necessários para a execução do contrato.

8.1.3) Promover o apontamento no dia do recebimento dos produtos, bem como efetuar os pagamentos devidos, nos prazos determinados.

8.1.4) Elaborar e manter atualizada listagem de preços que contemple a relação de produtos para os fins previstos nesta Ata e na Autorização de Fornecimento.

8.1.5) Indicar o responsável pela fiscalização e acompanhamento do Contrato.

8.2 - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

8.2.1) Comunicar a Divisão de Compras, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas a qualquer anormalidade que impeça o fornecimento dos produtos contratados.

8.2.2) Manter as mesmas condições de habilitação.

8.2.3) Indicar o responsável que a responderá perante a Administração por todos os atos e comunicações formais.

8.2.4) Arcar com o pagamento de todos os tributos e encargos que incidam sobre o produto fornecido, bem como pelo seu transporte, até o local determinado para a sua entrega.

8.2.5) Paralisar, por determinação da administração, qualquer fornecimento de produtos que estejam sob suspeita de contaminação, condenado por autoridade.

8.3 - DAS PENALIDADES E MULTAS

8.3.1 – A adjudicatária que se recusar, sem motivo justificado e aceito pela Administração, a assinar a Ata de , dentro do prazo previsto no item 26.2 do Edital, caracterizando o descumprimento total da obrigação, ficará sujeita à multa de 10% (dez por cento) sobre o valor estimado dos itens cujos preços foram registrados, além das demais sanções cabíveis e previstas no artigo 87 da Lei nº 8.666/93.

8.3.2 – Sem prejuízo das sanções previstas no artigo 87 da Lei nº 8.666/93 e artigo 5º, "caput" da Lei nº 10.520/02, a licitante vencedora do certame ficará sujeita, garantida a defesa prévia, **à multa diária** de 1% (um por cento) do valor de cada entrega, por dia corrido de atraso, por atraso injustificado na entrega dos produtos, até que seja efetivada a entrega total.

8.4 – Pela inexecução total ou parcial do contrato, por parte da **COMPROMISSÁRIA,** de quaisquer das obrigações decorrentes dos eventuais ajustes a serem firmados, a Administração poderá, garantida a defesa prévia, aplicar à Contratada as sanções previstas nos incisos I, III e IV do artigo 87 da Lei nº 8.666/93, além de multa de 10% (dez por cento) sobre o valor dos produtos não entregues. Caso a empresa pratique preços realinhados sem a devida aprovação da PREFEITURA ou não efetue a entrega dos objetos desta licitação durante o período de análise de eventual pedido de realinhamento, a mesma estará sujeita a aplicação de multa de 10% (dez por cento) do valor global do fornecimento e/ou cancelamento do preço registrado.

8.5 – O valor da multa poderá, a critério da **PREFEITURA,** ser cobrado de imediato ou será descontado no primeiro pagamento após a sua imposição, respondendo por ela os pagamentos futuros e pela diferença, se houver, independentemente de qualquer notificação.

8.6 – As multas previstas não têm caráter compensatório, mas sim, **moratório.** Consequentemente, o pagamento delas não exime a Contratada da reparação dos eventuais danos, perdas ou prejuízos que seu ato punível venha a acarretar à Administração.

IX - CLÁUSULA NONA - DOS CASOS DE RESCISÃO

9.1 – O FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE POSSE, poderá rescindir o presente contrato, por motivo de:

9.1.1 - A **CONTRATADA** não cumprir as disposições contratuais.

9.1.2 – Sub-contratação total ou parcial do fornecimento.

9.1.3 – A entrega sem autorização do órgão encarregado do controle, com o respectivo visto da autoridade competente para autorização da Empresa;

9.1.4 - Dissolução da sociedade ou falecimento dos proprietários ou responsáveis;

9.1.5 - Decretação de falência da Empresa ou a instauração de insolvência civil dos proprietários;

9.1.6 - Razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificado e homologado pelo **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE POSSE**;

9.2 - A **CONTRATADA** poderá ter seu contrato rescindido por motivo de:

9.2.1 - Atraso no pagamento das faturas.

9.3 - A rescisão poderá ser feita por acordo entre as partes, ou judicial nos termos da Legislação.

X- CLÁUSULA DÉCIMA - DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

10.1 – O presente contrato poderá ser alterado unilateralmente pela **PREFEITURA MUNICIPAL DE POSSE**, ou por acordo, na forma da Lei;

10.2 – As alterações serão processadas através de Termo Aditivo, nos limites permitidos em Lei.

XI - CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA FISCALIZAÇÃO

11.1 - A fiscalização da aquisição ficará a cargo da **SECRETARIA DE SAUDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE POSSE**.

XII – CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA INADIMPLÊNCIA

12.1 - Aplicam-se no caso de inadimplência da **CONTRATADA**, com referência aos encargos sociais, fiscais e comerciais o disposto no Artigo 71, da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993, e suas alterações.

XIII - CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA

13.1 - O presente instrumento de contrato terá vigência da assinatura de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por igual período, nos termos do Artigo 57 da Lei 8.666/1993;

13.2 - O presente Contrato poderá ser acréscimos ou supressões de até 25% (vinte e cinco) por cento do valor total do contrato.

XIV - CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO

14.1 - Fica eleito o FORO da Comarca de POSSE, Estado de Goiás, com renúncia de qualquer outra por mais privilegiada que seja para dirimir as causas resultantes deste instrumento.

14.2 - As partes declaram estar de pleno acordo com as condições do contrato, firmando-o em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas que abaixo identificam-se e assinam.

Posse - GO, _____ de _____ de _____.

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE POSSE
Gestor Municipal do FMS
Contratante

_____
Contratado

T E S T E M U N H A S:

NOME:
CPF:

NOME:

PREGÃO PRESENCIAL/ N.º 012/2018

ANEXO VII

Ao redigir a presente Declaração, o Proponente deverá utilizar formulário com timbre da proponente.

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

O
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE POSSE.
Comissão Municipal de Licitação
PREGÃO PRESENCIAL/ N.º 012/2018: _____- (nome da empresa)

A empresa ....., inscrita no CNPJ nº ....., por intermédio de seu representante legal o Sr....., portador da carteira de identidade nº..... e do CPF nº ....., DECLARA não ter recebido do Município de ..... ou de qualquer outra entidade da Administração direta ou indireta, em âmbito Federal, Estadual e Municipal, SUSPENSÃO TEMPORÁRIA de participação em licitação e ou impedimento de contratar com a Administração, assim como não ter recebido declaração de INIDONEIDADE para licitar e ou contratar com a Administração Federal, Estadual e Municipal.

_____ em, ___ de _____ de 2018.

(Assinatura do Responsável)

PREGÃO PRESENCIAL/ N.º 012/2018

ANEXO VIII

Ao redigir a presente Declaração, o Proponente deverá utilizar formulário com timbre da proponente.

DECLARAÇÃO DE SUJEIÇÃO ÀS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NO EDITAL E DE INEXISTÊNCIA DE FATOS SUPERVENIENTES IMPEDITIVOS DA HABILITAÇÃO

O
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE POSSE.
Comissão Municipal de Licitação
PREGÃO PRESENCIAL/ N.º 012/2018: _____- _____- (nome da empresa)

_____ , portador do RG _____ , abaixo assinado, na qualidade de responsável legal da proponente, _____, CNPJ _____, DECLARA expressamente que se sujeita às condições estabelecidas no Edital acima citado e que acatará integralmente qualquer decisão que venha a ser tomada pelo licitador quanto à qualificação apenas das proponentes que tenham atendido às condições estabelecidas no Edital e que demonstrem integral capacidade de executar o fornecimento do bem previsto.
DECLARA, ainda, para todos os fins de direito, a inexistência de fatos supervenientes impeditivos da habilitação ou que comprometa a idoneidade da proponente nos termos do Artigo 32, parágrafo 2º, e artigo 97 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e alterações subseqüentes.

_____ em, ___ de _____ de 2018

(Assinatura do Responsável)

PREGÃO PRESENCIAL/ N.º 012/2018

ANEXO IX

Ao redigir a presente Declaração, o Proponente deverá utilizar formulário com timbre da proponente.

DECLARAÇÃO DE NÃO EXISTÊNCIA DE TRABALHADORES MENORES

À
PREFEITURA MUNICIPAL DE POSSE.
Comissão Municipal de Licitação
PREGÃO PRESENCIAL/ N.º 012/2018: _____- _____- (nome da empresa)

Declaramos para os devidos fins e especialmente para o Edital . (razão social), inscrito no CNPJ/MF sob n.º ....., com sede na cidade de ....., Estado ....., à Rua/Av. ..... (endereço completo), não mantém em seu quadro de pessoal trabalhadores menores de 18 (dezoito) anos em horário noturno de trabalho, ou em serviços perigosos ou insalubres, não mantendo ainda, em qualquer trabalho, trabalhadores menores de 16 (dezesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

_____ em, ___ de _____ de 2018.

(Assinatura do Responsável)

PREGÃO PRESENCIAL/ N.º 012/2018

ANEXO X

MODELO

(FORA DOS ENVELOPES DE HABILITAÇÃO E PROPOSTA, JUNTO COM O CREDENCIAMENTO)

DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA DE ENQUADRAMENTO COMO MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE PARA FRUIÇÃO DOS BENEFÍCIOS DA LEI COMPLEMENTAR Nº 123/2006

A empresa..... estabelecida ..... inscrita no CNPJ nº....., através do seu Representante legal Sr.....inscrito no CPF nº.....RG nº.....DECLARA, para os fins do disposto na Lei Complementar nº 123/2006, sob as sanções administrativas cabíveis e sob as penas da lei, que esta Empresa, na presente data, enquadra-se como:

( ) - MICROEMPRESA, conforme inc. I do art. 3º da Lei Complementar nº 123, de 14/12/2006;

( ) - EMPRESA DE PEQUENO PORTE, conforme inc. II do art. 3º da Lei Complementar nº 123, de 14/12/2006.

( ) – COOPERATIVA, conforme disposto nos arts. 42 ao 45 da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006 e art. 34, da Lei nº 11.488, de 15 de junho de 2007.

Declara, ainda, que a empresa está excluída das vedações constantes do § 4º do art. 3º da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006.

Por ser expressão da verdade, firmamos o presente.

, de de 2018.

Assinatura

PREGÃO PRESENCIAL/ N.º 012/2018

ANEXO XI

Ao redigir a presente Declaração, o Proponente deverá utilizar formulário com timbre da proponente.

(Esta declaração deverá ser entregue no momento do Credenciamento, a falta da mesma acarretará na desclassificação da proponente)

DECLARAÇÃO DE QUE CUMPRE OS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO

O
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE POSSE.
Comissão Municipal de Licitação
PREGÃO PRESENCIAL/ N.º 012/2018: _____- _____- (nome da empresa)

Pela presente, declaro (amos) que, nos termos do art. 4º, VII da Lei 10.520/2002, a empresa_____ , cumpre plenamente os requisitos de habilitação para o PREGÃO PRESENCIAL N.º 012/2018, cujo objeto é _____, conforme descrição constante do Anexo I.

_____ em, ___ de _____ de 2018.

(Assinatura do Responsável)