

MARISA
MOUSIN
HO
MODA:5
9454024
272

Digitally signed by
MARISA MOUSINHO
MODA:59454024272
DN: c=BR, o=ICP-
Brasil, ou=Secretaria
da Receita Federal do
Brasil - RFB, ou=RFB
e-CPF A3, ou=(EM
BRANCO),



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64

ou=Autenticado por
AR Certa, cn=MARISA
MOUSINHO
MODA:59454024272
Date: 2015.11.23 12:56:39 -02'00'

EDITAL DE LICITAÇÃO - REPETIÇÃO

Processos nº 0017/2015 - PMO

PREGÃO PRESENCIAL Nº 005/2015 - PMO

O Município de Óbidos, através da Secretaria Municipal de Saúde, inscrito no CNPJ: 05.131.180/0001-64, CEP: 68.250-000, com sede à Rua Deputado Raimundo Chaves, nº 338 - Centro, Óbidos - Pará, por intermédio de sua Pregoeira Oficial, constituída pela Portaria nº 019/2015-PMO/SEMAD, de 05 de Janeiro de 2015, torna público para conhecimento de todos os interessados que realizará licitação na modalidade PREGÃO em sua forma PRESENCIAL, do tipo "MENOR PREÇO POR ITEM", conforme descrito neste Edital e seus Anexos.

O procedimento licitatório obedecerá integralmente à legislação que se aplica à modalidade Pregão, Lei Federal nº 10.520/2002, de 17/07/2002, Decreto nº 3.555 de 09/08/2000 e subsidiariamente, pela Lei Federal nº 8.666, de 21/06/93 e Lei Complementar nº 123/2006 de 14/12/06, com as devidas alterações e demais normas pertinentes, bem como as condições estabelecidas neste Edital e seus Anexos.

1 - DO OBJETO:

1.1 - Constitui objeto do presente certame **CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAL GRÁFICO, PARA SUPRIR AS NECESSIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, conforme especificações constantes no Termo de Referência - Anexo I deste Edital.

2 - CONSTITUEM ANEXOS DO EDITAL E DELE FAZEM PARTE INTEGRANTE:

1. Anexo I: Especificações - Termo de Referência
2. Anexo II: Modelo de declaração de pleno atendimento aos requisitos de habilitação
3. Anexo III: Modelo de declaração de fato impeditivo
4. Anexo IV: Modelo de declaração de cumprimento ao inciso XXXIII ao art. 7º da Constituição Federal
5. Anexo V: Modelo de declaração da ME e EPP
6. Anexo VI: Modelo de declaração que não possui vínculo com Servidor Público
7. Anexo VII: Modelo de declaração que tomou conhecimento de todas as informações
8. Anexo VIII: Modelo de Carta de Credenciamento
9. Anexo IX: Minuta do Contrato
10. Anexo X: Modelo de proposta comercial
11. Anexo XI: Modelo de Atestado de Capacidade Técnica
12. Anexo XII: Declaração de Qualidade e Responsabilidade do Produto Ofertado
13. Anexo XIII: Modelos dos formulários.

3 - DO VALOR





ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64

3.1 - O valor estimado para a presente licitação é de R\$ 136.915,22 (Cento e trinta e seis mil, novecentos e quinze reais e vinte e dois).

3.2 - As quantidades máximas, que poderão ser contratadas, são os constantes de Termo de Referência - Anexo I do Edital.

3.3 - O Edital com seus elementos constitutivos poderá ser retirado, após o pagamento da taxa no valor de R\$ 59,22 (Cinquenta e nove reais e vinte e dois centavos), referentes ao valor do custo efetivo da reprodução gráfica da documentação fornecida, no Setor de licitações da Prefeitura Municipal de Óbidos, localizada na Rua Deputado Raimundo Chaves, nº 338 - Centro - CEP: 68.250-000 - Óbidos - Pará.

4 - DO PEDIDO DE ESCLARECIMENTOS E DA IMPUGNAÇÃO DO ATO CONVOCATÓRIO

4.1 - O prazo para apresentação de impugnação ao Edital é de até 48(quarenta e oito) horas completas antes da data fixada para recebimento das propostas. Qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos, providências ou impugnar o ato convocatório deste Pregão, sendo que tais impugnações deverão ser manifestadas por escrito ou e-mail, encaminhadas ao endereço abaixo, com todos os dados para o possível contato, ou esclarecimento por escrito, e-mail, de tais esclarecimentos:

Prefeitura Municipal de Óbidos - Pa

Setor de Licitação

Rua Deputado Raimundo Chaves, nº 338 - Centro, CEP: 68.250-000.

E-mail: cp_licitacao@obidos.pa.gov.br



4.2 - Caberá à Pregoeira decidir sobre a impugnação no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, conforme estabelecido no art. 12, § 1º do Decreto nº 3.555/00;

4.3 - Acolhida a impugnação contra o ato convocatório, será designada nova data para a realização do certame;

4.4 - Os pedidos de informações serão respondidos no máximo em até 24 (vinte e quatro) horas, de acordo com os dados devidamente informados para a resposta, através de ofício ou e-mail, protocolados no máximo em até 48 (quarenta e oito) horas, antes da abertura do certame.

5 - DA ABERTURA, DIA, HORA E LOCAL

5.1 - A abertura do certame ocorrerá no dia **08/05/2015 às 09:00h**, no Setor de Licitação da Prefeitura Municipal de Óbidos - PA, sito à Rua Deputado Raimundo Chaves, nº 338 - Centro, CEP: 68.250-000 - Óbidos - Pará. Os envelopes contendo a proposta e os documentos de habilitação serão recebidos no endereço supracitado, na sessão pública de processamento do Pregão, após o credenciamento dos interessados que se apresentarem para participar do certame.



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64

5.2 - Não havendo expediente na data marcada, a reunião será realizada no primeiro dia útil subsequente, mesma hora e local, salvo por motivo de força maior, ou qualquer outro fator ou fato imprevisível.

6 - DAS CONDIÇÕES GERAIS PARA PARTICIPAÇÃO

6.1 - Poderão participar deste Pregão, os interessados que atenderem a todas as exigências, inclusive quanto à documentação, constantes deste Edital e seus Anexos.

6.2 - A participação na licitação importa em total e irrestrita submissão dos proponentes às condições deste Edital.

6.3 - Cada licitante apresentar-se-á com um representante legal que, devidamente munido de credencial, será o único admitido a intervir em todas as fases do procedimento licitatório, quer por escrito quer oralmente, respondendo assim, para todos os efeitos, por sua representada.

6.4 - É conveniente a presença do licitante ou seu representante legal até o final da sessão pública do Pregão.

6.5 - Nenhuma pessoa física, ainda que credenciada por procuração legal, poderá representar mais de uma empresa.

6.6 - Empresas devem desempenhar atividade pertinente e compatível com o objeto deste pregão, devidamente comprovada através do contrato ou estatuto social.

6.7 - NÃO SERÁ ADMITIDA NESTA LICITAÇÃO A PARTICIPAÇÃO DE:

- a) Consórcio de empresas, sob nenhuma forma;
- b) Empresa declara inidônea por órgão ou entidade pública municipal direta ou indireta;
- c) Empresa que esteja cumprindo suspensão temporária de participação em licitação e/ou impedimento de contratar com a Administração Pública Municipal de Óbidos/Pa;
- d) Empresa em processo de falência ou em recuperação judicial ou extrajudicial;
- e) Empresa que se encontre em processo de dissolução, fusão, cisão ou incorporação;
- f) Empresa que entre os dirigentes, gerentes, acionistas ou detentores de mais de 5% (cinco por cento) do capital com direito de voto ou controladores, responsáveis técnicos ou subcontratados, haja alguém que seja servidor público municipal, ou que tenha sido nos últimos 180 (cento e oitenta) dias anteriores à data da publicação desta licitação;
- g) Empresas Estrangeiras que não tenham autorização para funcionar no País.

7 - DO CREDENCIAMENTO E DA REPRESENTAÇÃO

7.1 - O credenciamento se dará com a entrega dos seguintes documentos fora dos envelopes e somente estes poderão apresentar-se fora dos mesmos:





ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64

- a) Em sendo procurador ou representante, deverá apresentar o Instrumento Público ou Particular de procuração, com firma reconhecida, indicando um único representante legal a manifestar-se em qualquer fase da licitação, em nome da empresa, onde comprove que o interessado ou o seu representante legal possui poderes para formulação de ofertas e lances verbais, bem como praticar todos os demais atos inerentes ao certame, devendo para tanto, juntar fotocópia de sua cédula de identidade, e exibir o original para conferência no caso de não estar autenticada por cartório, ficando a licitante obrigada a acatar as declarações de seu preposto.
- b) Apresentar também fotocópia autenticada em cartório, da cédula de identidade do sócio ou proprietário que tiver assinado a procuração.
- c) Em sendo sócio, proprietário ou dirigente da empresa proponente, deverá ser apresentada cópia do respectivo Estatuto ou Contrato Social e a sua última alteração, no qual estejam expressos seus poderes para exercer direitos e assumir obrigações em decorrência de tal investidura, juntamente com fotocópia da cédula de identidade do mesmo, e exibir o original para conferência no caso de não estar autenticada por cartório.
- d) Declaração exigida pelo Art. 4º, inciso VII da Lei Federal nº 10.520/02, com firma reconhecida, na sua parte exterior (conforme Anexo II).
- e) Carta de Credenciamento, com firma reconhecida, na sua parte exterior (conforme Anexo VIII).
- f) Do envelope, fechado e lacrado, contendo a proposta de preços;
- g) Do envelope, fechado e lacrado, contendo documentação de habilitação;
- h) Os envelopes de propostas e habilitação encaminhados à Entidade de Licitação após a data e horário fixado no presente Edital, serão devolvidos, ainda fechados, aos respectivos remetentes.
- i) Em se tratando de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006 e para que essa possa gozar dos benefícios previstos no capítulo V da referida Lei, é necessário, à época do credenciamento apresentar balanço patrimonial, ou comprovação de optante pelo Simples Nacional, para aferir o enquadramento em "ME" ou "EPP", conforme for o caso.
- j) Declaração de ME e/ou EPP, com firma reconhecida, na sua parte exterior, devidamente assinada pelo representante e pelo contador da empresa. (conforme Anexo V).
- k) Declaração de Me e/ou EPP emitida pela junta comercial.

8 - DA APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE PREÇOS E DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

8.1 - A Proposta de Preços e a Documentação de Habilitação, deverão ser apresentados no local, dia e hora determinados no edital, em envelopes separados, lacrados e rubricados no fecho, assim denominados:

- a) Envelope nº 01: Proposta de Preços
- b) Envelope nº 02: Documentos de Habilitação





ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64

8.1.1 – Os envelopes deverão conter, em suas partes externas, os seguintes dizeres:

ENVELOPE Nº 01 – PROPOSTA DE PREÇOS
ENTIDADE DE LICITAÇÃO
EDITAL DO PREGÃO Nº 005/2015-PMO
RAZÃO SOCIAL DO PROPONENTE
CNPJ Nº
ENDEREÇO COMPLETO DA LICITANTE/FONE
DATA: __/__/__ HORA: _H_MIN

ENVELOPE Nº 02 – DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO
ENTIDADE DE LICITAÇÃO
EDITAL DO PREGÃO Nº 005/2015-PMO
RAZÃO SOCIAL DO PROPONENTE
CNPJ Nº
ENDEREÇO COMPLETO DA LICITANTE/FONE
DATA: __/__/__ HORA: _H_MIN



8.2 – A proposta de preços deverá ser apresentada em 02 (duas) vias, datilografada ou impressa em papel timbrado da licitante, em língua portuguesa, salvo quanto às expressões técnicas de uso corrente, redigidas com clareza, sem emendas, rasuras ou entrelinhas, indicando dia e hora do certame, assinada e rubricada em todas as páginas e antes da abertura da sessão, com firma reconhecida, pelo sócio, ou proprietário, ou representante legal da licitante proponente, contendo:

- Número do pregão, data e horário de abertura;
- Razão social e CNPJ da empresa, endereço completo, telefone, fax e endereço eletrônico (e-mail), este último se houver, para contato, bem como nome do proponente ou de seu representante legal, CPF, RG e cargo na empresa, Banco, agência, número da conta corrente e praça de pagamento;
- Prazo de validade, não inferior a 60(sessenta) dias corridos, a contar da data de sua abertura;
- Especificações do objeto de forma clara, descrevendo detalhadamente as marcas, unidades, e características de todos os itens que, de forma inequívoca, identifiquem e contatem as especificações cotadas;
- Preço total de cada item e da proposta global, de acordo com os lances ofertados, em algarismo e por extenso, expresso em moeda corrente nacional (R\$), com no máximo 02(duas) casas decimais, considerando as quantidades constantes no TERMO DE REFERÊNCIA – ANEXO I do presente Edital;
- Declaração expressa de que nos preços cotados estão incluídas todas as despesas diretas e indiretas, frete, tributos, taxa de administração, encargos sociais, trabalhistas, transporte e seguro até o destino, lucro e demais encargos de qualquer natureza



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64

necessários ao cumprimento integral do objeto deste Edital e seus anexos, nada mais sendo válido pleitear a esse título;

8.3 - A pregoeira poderá, caso julgue necessário, solicitar mais esclarecimentos sobre a composição de preços propostos.

8.4 - A apresentação da proposta implicará plena aceitação, por parte da proponente, das condições estabelecida neste Edital e seus anexos.

8.5 - Após a apresentação da proposta, não caberá desistência, salvo por motivo justo decorrente de fato superveniente e aceito pela Pregoeira.

8.6 - A pregoeira verificará as propostas de preços enviadas, antes da abertura da fase de lances, desclassificando, motivadamente, aqueles que estejam em conformidade com os requisitos estabelecidos no Edital, que forem omissas, capazes de dificultar seu julgamento, e ainda, a proposta que apresente valores unitários simbólicos, ou irrisórios, ou de valor zero, excessivos ou manifestamente inexequíveis.

9 - DO RECEBIMENTO E ABERTURA DOS ENVELOPES

9.1 - A reunião para recebimento e abertura dos envelopes contendo as Propostas de Preços, Documentos de Habilitação, será pública e dirigida pela Pregoeira, na data, horário, local e nos termos determinados neste Edital.

9.2 - Declarada a abertura da sessão pela Pregoeira, não mais serão admitidos novos proponentes, dando-se início ao recebimento dos envelopes, devendo estes serem entregues lacrados da seguinte forma:

a) O Envelope nº 01 (**Proposta de Preços**) juntamente com o credenciamento onde comprove que o interessado ou seu representante legal possui poderes para formulação de ofertas e lances verbais, bem como praticar todos os demais atos inerentes ao certame e dando ciências de que cumprem plenamente os requisitos de habilitação, em conformidade com o Art. 4º, inciso VII da Lei Federal nº 10.520, por meio de declaração (anexo II).

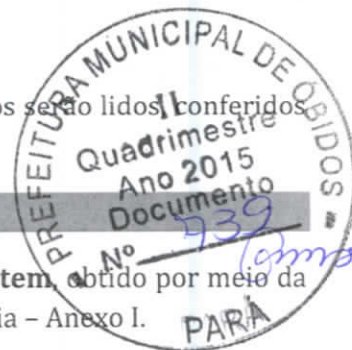
b) O Envelope nº 02 (**Documento de Habilitação**);

9.3 - Serão abertos os envelopes contendo as propostas de preços, cujos preços serão lidos e conferidos e rubricados pela pregoeira e pelos participantes que o desejarem.

10 - DOS CRITÉRIOS DE JULGAMENTO DA PROPOSTA DE PREÇOS

10.1 O julgamento da proposta será efetuado pelo critério **menor preço por item**, obtido por meio da somatória dos valores praticados conforme especificado no Termo de Referência - Anexo I.

10.2 - Após a abertura dos envelopes contendo as propostas de preços, a Pregoeira e sua equipe de apoio classificará o licitante autor da proposta de menor preço do objeto, e aqueles que tenham





ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64

apresentado propostas em valores sucessivos e superiores em até 10 % (dez por cento), relativamente à de menor preço, até o número de três, conforme disposto no inciso VIII do art. 4º da Lei 10.520/02.

10.3 - Caso não seja verificado, no mínimo, 03 (três) propostas escritas de preços nas condições definidas no subitem acima, a Pregoeira classificará as melhores propostas, até o máximo de 03(três), para que seus proponentes participem dos lances verbais e sucessivos, quaisquer que sejam os preços oferecidos nas suas propostas escritas, conforme disposto no inciso IX, do artigo 4º, da Lei 10.520/02.

10.4 - Às licitantes classificadas será dada oportunidade para nova disputa, por meio de lances verbais e sucessivos, de valores distintos e decrescentes, a partir da autora da PROPOSTA classificada de maior preço dos itens.

10.5 - O empate entre dois ou mais licitantes somente ocorrerá quando houver igualdade de preços entre as propostas escritas e quando não houver lances para definir o desempate. Neste caso o desempate ocorrerá por meio de sorteio a ser realizado durante a sessão do presente Pregão.

10.6 - É vedada a oferta de lance verbal com vista ao empate.

10.7 - Será assegurada, como critério de desempate, preferência de contratação para Microempresas e Empresas de Pequeno Porte, previsto na **Lei Complementar 123, de 14/12/2006**.

10.8 - A identificação do PROPONENTE como Microempresa - ME ou Empresa de Pequeno Porte - EPP, deverá ser feita na forma do subitem 7.1.i; 7.1.j e 7.1.k, deste edital;

10.9 - Entende-se por empate aquela situação em que as propostas apresentadas pelas microempresas e empresas de pequeno porte sejam iguais ou até 5% (cinco por cento) superiores à proposta de menor preço;

10.10 - Para efeito do disposto no subitem 10.9 deste edital, ocorrendo empate, proceder-se-á da seguinte forma:

- a) A microempresa ou empresa de pequeno porte mais bem classificada será convocada para apresentar nova proposta no prazo máximo de 05 (cinco) minutos após o encerramento dos lances, sob pena de preclusão do direito. Caso ofereça proposta inferior à melhor classificada, passará à condição de primeira classificada do certame;
- b) Não ocorrendo à contratação da microempresa ou empresa de pequeno porte, na forma da alínea "a" deste item, serão convocadas as remanescentes que porventura se enquadrem na hipótese do subitem 10.9 na ordem de classificatória, para o exercício do mesmo direito; e
- c) No caso de equivalência dos valores apresentados pelas microempresas e empresas de pequeno porte que se encontrem no intervalo estabelecido no subitem 10.9 deste edital, será realizado sorteio entre elas para que se identifique àquela que primeiro poderá apresentar melhor oferta.





ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64

10.11 - Na hipótese da não contratação nos termos previstos no disposto do item 10.9 deste edital, voltará à condição de primeira classificada, a empresa autora da proposta de menor preço originalmente apresentada.

10.12 - O disposto nos itens 10.9 e 10.10 somente se aplicará quando a proposta de menor preço não tiver sido apresentada por microempresa ou empresa de pequeno porte.

10.13 - A desistência do licitante em apresentar lance verbal, quando convocado pela Pregoeira, implicará na sua exclusão da etapa de lances verbais e na manutenção do último preço por ele apresentado, para efeito de ordenação as propostas. Executando-se as empresas beneficiadas pela Lei 123/2006.

10.14 - Caso não se realizem lances verbais, será verificada a conformidade entre a proposta escrita de menor preço e o valor estimado para o objeto/serviço licitado.

10.15 - Declarada encerrada a etapa competitiva e ordenadas às propostas, exclusivamente pelo critério de menor preço por item, a Pregoeira examinará a aceitabilidade da primeira classificada, decidindo motivadamente a respeito.

10.16 - Constatado o atendimento das exigências fixadas no Edital e seus Anexos, será declarada pela Pregoeira preliminarmente a proponente vencedora.

10.17 - Se a proposta classificada em primeiro lugar não seja aceitável ou seu autor não atender aos requisitos de habilitação, a Pregoeira examinará a oferta subsequente, na ordem de classificação, até a apuração do licitante que atenda a todas as exigências do Edital, inclusive quanto à documentação de habilitação, o qual será declarado vencedor, sendo-lhe adjudicado o objeto.

10.18 - Nas situações previstas nos subitens acima, a Pregoeira poderá negociar diretamente com o proponente para tentar obter preço melhor.

10.19 - Não poderá haver desistência dos lances ofertados, sujeitando-se o proponente desistente às penalidades estabelecidas neste Edital.

10.20 - Da reunião lavrar-se-á ata circunstanciada, na qual serão registradas as ocorrências relevantes e que, ao final, deverá obrigatoriamente ser assinada pela Pregoeira, Equipe de Apoio e licitantes presentes.

10.21 - Não será motivo de desclassificação simples omissões que sejam irrelevantes para o entendimento da proposta, que não venham causar prejuízo para a Administração e nem firam os direitos dos demais licitantes.

10.22 - A Pregoeira manterá em seu poder os documentos das demais licitantes pelo prazo de 15 (quinze) dias, após a homologação da licitação, devendo as empresas retirá-los após este período, sob pena de inutilização dos mesmos.





ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64

10.23 – As empresas declaradas vencedoras na sessão ficam intimadas a entregar, no primeiro dia útil subsequente à sessão de abertura, as novas propostas financeiras com os valores dos respectivos itens adjudicados no Pregão.

10.24 – Será publicado no Diário Oficial do Estado – DOE e no Diário Oficial da União – DOU o resultado desta licitação.

11 - DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO (ENVELOPE Nº 02)

A DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO SERÁ ANALISADA ASSIM QUE CADA PARTICIPANTE OBTIVER ÊXITO NO PRIMEIRO ITEM.

11.1 – Os proponentes deverão apresentar no envelope nº 02 – “documentos de habilitação”, que demonstrem atendimento às exigências que são indicadas a seguir:

11.2 – Para fins de habilitação, as licitantes deverão apresentar os seguintes documentos:

a) Alvará de funcionamento;

11.2.1 – RELATIVAMENTE À SITUAÇÃO JURÍDICA;

- a) Registro comercial, no caso de empresa individual;
- b) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado dos documentos de eleição de seus administradores;
- c) Decreto de autorização, devidamente publicado, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;
- d) Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de investidura ou nomeação da diretoria em exercício;

11.2.1.1 - DAS MICROEMPRESAS – ME E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE – EPP

- a) Declaração de Microempresa (Me) ou de Empresa de Pequeno Porte (EPP) de que cumpre os requisitos estabelecidos no artigo 3º da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, que essa empresa está apta a usufruir do tratamento favorecido estabelecido nos artigos 42 ao 49 da referida Lei, assinada por Sócio, Dirigente, Proprietário ou Procurador da licitante, com o número da cédula de identidade do declarante.
- b) Comprovação de enquadramento de ME ou EPP emitido pela Junta Comercial do Estado da sede do licitante.

11.2.1.2 – A condição de Microempresa e Empresa de Pequeno Porte, para efeito de tratamento diferenciado previsto na Lei Complementar nº 123/2006, deverá apresentar a seguinte documentação:





ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64

I - Empresas optantes pelo Sistema Simples de Tributação:

- a) Comprovante de opção pelo Simples obtido através do site da Secretaria da Receita Federal, [hrpp://www.receita.fazenda.gov.br/pessoajuridica/simples/simples.htm](http://www.receita.fazenda.gov.br/pessoajuridica/simples/simples.htm), com endereço eletrônico no rodapé ou cabeçalho da página contendo a data da verificação da informação.
- b) Declaração firmada pelo representante legal da empresa, com assinatura reconhecida em cartório, de não haver nenhum dos impedimentos previstos no § 4º do art. 3º da LC 123/2006.

II - Empresas não optantes pelo Sistema Simples de Tributação:

- a) Balanço Patrimonial e Demonstração do Resultado do Exercício – DRE comprovando ter receita bruta dentro dos limites estabelecidos na LC 123/2006 e suas alterações posteriores.
- b) Comprovante de inscrição e situação cadastral no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.
- c) Cópia do Contrato Social e suas alterações.
- d) Declaração firmada pelo representante legal da empresa, com assinatura reconhecida em cartório, de não haver nenhum dos impedimentos previstos nos incisos do § 4º do art. 3º da LC 123/2006.

11.2.2 – RELATIVAMENTE À REGULARIDADE FISCAL:

- a) Comprovante de inscrição e situação cadastral no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda (CNPJ-MF), vigente na data de abertura desta licitação;
- b) Certidão de Regularidade de situação perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), fornecida pela Caixa Econômica Federal vigente na data da abertura desta licitação;
- c) Prova de regularidade com as Fazendas Federal, Estadual e Municipal, por meio da apresentação da Certidão Negativa ou Certidão Positiva com efeitos de negativa, comprovando sua regularidade com as referidas Fazendas, com domicílio fiscal da Filial, em caso de empresas de outros Estados ou da Matriz em caso de empresas locais ou de empresas de outros Estados sem filial no local da licitação, vigente na data de abertura desta licitação;
 - a. Preferencialmente a Certidão Estadual Tributária e não Tributária deverão vir acompanhadas de suas autenticidades emitidas um dia anterior a licitação pelo site da SEFA a fim de agilizar o andamento, caso contrário a Pregoeira suspenderá o certame até que se verifiquem as devidas autenticidades.
- d) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas emitida pelo TST e TRT 8ª região.

11.2.2.1 - DAS MICROEMPRESAS – ME E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE – EPP

- a) Em cumprimento aos Artigos 42 e 43, da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, para as Microempresas e Empresas de Pequeno Porte, será observado:





ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64

b) As microempresas e empresas de pequeno porte, por ocasião da participação em certames licitatórios, deverão apresentar toda a documentação exigida para efeito de comprovação de regularidade fiscal, mesmo que esta apresente alguma restrição;

c) Havendo alguma restrição na comprovação da regularidade fiscal, será assegurado o prazo de 02 (dois) dias úteis, cujo termo inicial corresponderá ao momento em que o proponente for declarado o vencedor do certame e adjudicado o objeto a seu favor, prorrogáveis por igual período, a critério da Administração Pública, para a regularização da documentação, pagamento ou parcelamento do débito, e emissão de eventuais certidões negativas ou positivas com efeito de negativa.

d) A não regularização da documentação, no prazo previsto no subitem anterior, implicará decadência do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas no art. 81 da Lei 8.666/93, de 21 de junho de 1993, sendo facultado à Administração convocar os licitantes remanescentes, na ordem de classificação, para a assinatura do contrato, ou revogar a licitação.

11.2.3 - RELATIVAMENTE À SITUAÇÃO ECONÔMICA-FINANCEIRA

a) Certidão Negativa de Falência ou Concordata expedida pelo Distribuidor do domicílio fiscal da Filial, em caso de empresas de outros Estados, e da Matriz em caso de empresas locais ou de empresas de outros Estados sem filial no local da licitação.

b) Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social da empresa, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrados a mais de 03 (três) meses da data da apresentação da proposta. O balanço deverá ser registrado na Junta Comercial e vir acompanhado do DHP do contador emitido pela internet na sua devida validade de acordo com a data de apresentação do balanço à junta comercial.

c) Na habilitação em licitações para o fornecimento de bens para pronta entrega ou para a locação de matérias, não será exigida da microempresa ou empresa de pequeno porte a apresentação de balanço patrimonial do último exercício social.

11.2.4 - As licitantes deverão apresentar ainda:

11.2.5 - Todas as Declarações conforme modelos anexos, devidamente assinados, com firma reconhecida em cartório.

11.2.6 - Atestado ou Declaração de Capacidade técnica, fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado, assinado pelo responsável, com firma reconhecida em cartório, comprovando que a empresa licitante forneceu objeto compatível em características, quantidades e prazos, com o objeto da presente licitação.








ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64

11.2.6.1 – Caso seja necessário, a Administração reserva-se ao direito de solicitar a apresentação de cópia da(s) nota(s) fiscal(is) ou do Contrato correspondente ao(s) Atestado(s) de Capacidade Técnica de que trata o subitem 11.2.6.

11.3 – Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitação de documento em substituição aos documentos requeridos no presente Edital e seus anexos.

11.4 – As empresas estrangeiras não estabelecidas no Brasil terão que anexar:

11.4.1 – Comprovação, pelos meios usuais, no país de origem da Licitante, de sua regularidade jurídico/fiscal.

11.4.2 – Demonstrativos financeiros e contábeis, a fim de comprovar que a licitante tem a capacidade financeira necessária para executar o Contrato.

11.4.3 – A entidade de licitação reserva-se o direito de solicitar cópias dos documentos constitutivos da licitante a fim de confirmar a sua nacionalidade.

11.5 – Os documentos apresentados com a validade expirada, acarretarão a inabilitação do proponente. Os documentos que não possuem prazo de validade, somente serão aceitos com data não excedente a 60 (sessenta) dias, data de sua emissão.

11.6 – A licitante que for isenta do cumprimento de alguma das exigências habilitatórias deverá apresentar cópia autenticada do ato ou Decreto ou publicação em imprensa oficial, concedendo a isenção.

11.7 – Os documentos emitidos pela internet somente terão validade se possuírem endereço eletrônico com a data, de emissão, verificação da informação e de validade.

11.8 – Caso não compareça ao ato de abertura o representante legal da empresa, somente o preposto, devidamente credenciado, poderá manifestar-se na licitação.

11.9 – Os envelopes com documentos relativos à habilitação das licitantes não declaradas vencedoras permanecerão em poder da Pregoeira, devidamente lacrados, até que seja formalizada a assinatura da ata pela licitante vencedora. Após este fato, ficarão por 15 (quinze) dias à disposição das licitantes interessadas. Findo este prazo, sem que sejam retirados, serão destruídos.

12 - DOS RECURSOS

12.1 – Depois de declarado o vencedor, qualquer licitante poderá manifestar, motivadamente, sua intenção de recorrer recurso, quando lhe será concedido o prazo de 03 (três) dias úteis para apresentação das razões do recurso, ficando os demais licitantes, desde logo, intimados para apresentar as contra razões, em igual número de dias, que começarão a correr no término do prazo do recorrente, sendo-lhes assegurada vista imediata dos Autos.

[Handwritten signatures in blue ink]





ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64

12.2 - A falta de manifestação imediata e motivada do Licitante importará em decadência do direito de recurso e consequentemente haverá a adjudicação do objeto pela Pregoeira ao vencedor.

12.3 - O acolhimento do recurso importará na invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento. Já o não acolhimento ensejará, de ofício, no duplo grau de revisão pela autoridade máxima.

12.4 - A petição poderá ser feita na própria sessão de recebimento e, se oral, será reduzida a termo de ata.

12.5 - Após decididos os recursos e constatada a regularidade dos atos procedimentais, a autoridade competente homologará a adjudicação do objeto a licitante vencedora.

13 - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

13.1 - Os recursos destinados para custear as despesas resultantes da execução deste procedimento licitatório serão atendidos através da seguinte dotação orçamentária:

2424 - Fundo Municipal de Saúde;

10.122.0200.2047 - Manutenção do Fundo Municipal de Saúde - FUS;

339039 00 - Outros Serviços de Terceiro Pessoa Jurídica;

10.301.0202.2048 - Atenção Básica de Saúde - PAB FIXO e Atenção Primária

339039 00 - Outros Serviços de Terceiro Pessoa Jurídica;

10301 0202 2049 - Programa Saúde da Família - PSF;

339039 00 - Outros Serviços de Terceiro Pessoa Jurídica;

10301 0202 2053 - Manutenção do Programa Agentes Comunitários de Saúde;

339039 00 - Outros Serviços de Terceiro Pessoa Jurídica;

10 302 0201 2056 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial de Média e Alta Complexidade - MAC

339039 00 - Outros Serviços de Terceiro Pessoa Jurídica;

10 304 0235 2057 - Manutenção da Vigilância em Saúde - DIVISA;

339039 00 - Outros Serviços de Terceiro Pessoa Jurídica;

14 - DA ADJUDICAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO

14.1 - A adjudicação do objeto do presente certame será viabilizada pela pregoeira sempre que não houver recurso.

14.2 - A homologação da licitação é de responsabilidade da autoridade competente e só poderá ser realizada depois da adjudicação do objeto à proponente vencedora pela pregoeira.



[Handwritten signatures]



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



14.3 - Quando houver recurso e a Pregoeira mantiver sua decisão, deverá ser submetido à Autoridade Competente para decidir acerca dos atos da Pregoeira.

14.4 - Quando a proposta do licitante vencedor não atender o quantitativo total estimado para a contratação, respeitada a ordem de classificação, poderão ser convocados tantos licitantes quantos forem necessários para alcançar o total estimado, observado o preço da proposta vencedora.

15 - DA FORMALIZAÇÃO DO CONTRATO

15.1 - Homologada a licitação, será formalizado contrato administrativo, documento vinculativo obrigacional, com o fornecedor primeiro classificado para os itens e, se for o caso, com os demais classificados que aceitarem fornecer os objetos pelo preço do primeiro, obedecida a ordem de classificação e os quantitativos propostos.

15.2 - A PMO convocará formalmente o fornecedor, no prazo de até **10 (dez) dias úteis**, para assinatura do Contrato Administrativo, informando o local, data e hora.

15.3 - O prazo previsto no item **15.2** poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, quando, durante o seu transcurso, for solicitado pelo fornecedor convocado, desde que ocorra motivo justificado e aceito pela PMO.

15.4 - Se a (s) licitante (s) vencedora (s) recusar (em)-se a assinar o Contrato Administrativo, sem justificativa por escrito, o (a) Pregoeiro (a), sem prejuízo da aplicação das sanções administrativas previstas neste Edital e no art. 81 da Lei n.º 8.666/93 examinará as ofertas subsequentes e a qualificação dos licitantes, respeitada a ordem de classificação, para, depois de comprovados os requisitos habilitatórios e feita a negociação, declarar o respectivo licitante vencedor, celebrando com ele o compromisso representado pela assinatura do Contrato Administrativo.

16 - DO FORNECIMENTO E OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

16.1 - São obrigações da contratada:

16.1.1 - Manter todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

16.1.2. - Entregar o objeto em conformidade com a especificação/descrição e nas quantidades definidas pela Secretaria Municipal de Saúde, a cada solicitação.

16.1.3 - Corrigir desconformidades do objeto, se assim solicitado pela SEMSA, de forma a adequá-los às exigências dispostas neste instrumento.

16.1.4 - Efetuar a entrega dos objetos e emitir Notas Fiscais em nome da Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com o prazo, as quantidades, especificação/descrição do objeto efetivamente fornecido, apresentando-o (s) à SEMSA, bem como discriminar na mesma o local de entrega, o número deste Instrumento, da Carta de solicitação e/ou Nota de Empenho, de acordo com o estabelecido neste Instrumento.



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64

16.1.5 - Responder, diretamente, por quaisquer perdas, danos ou prejuízos que vier a causar PMO ou a terceiros, decorrentes de sua ação ou omissão, dolosa ou culposa, na execução da ata de registro de preços, independentemente, de outras cominações contratuais ou legais a que estiver sujeita.

16.2 - As despesas de frete/embalagem deverão estar inclusas no preço proposto, em hipótese alguma poderão ser destacadas quando da emissão da nota fiscal/fatura.

16.3 - A garantia contra defeitos de fabricação será o estabelecido pelo Código de Defesa do Consumidor, conforme legislação vigente, bem como daquelas previstas neste Edital.

16.4 - Caso as especificações ou quantidades não estejam de acordo com as exigências editalícias, a contratada deverá substituir ou complementar o objeto em questão, no prazo de **05 (cinco) dias corridos**, após a vistoria que comprove a adequação das especificações e quantidades aos termos deste edital.

16.5 - São de inteira responsabilidade da empresa contratada todas as obrigações pelos encargos previdenciários, fiscais, trabalhistas e comerciais resultantes da execução do objeto do presente Pregão.

16.6 - A entrega do objeto será efetuada conforme especificado no Termo de Referência.

16.7 - A SEMSA será rigorosa na conferência do objeto entregue, reservando-se o direito de conceder a autorização do seu pagamento condicionada à qualidade dos mesmos.

16.8 - A empresa contratada deverá fornecer garantia formal para o objeto, contra qualquer defeito de fabricação, defeito do serviço, fato do produto e vício de utilização, conforme o caso, inclusive com sua substituição quando necessário, sem ônus para a contratante, e/ou garantia a ser considerada será aquela do fabricante ou representante, cabendo-lhe a responsabilidade de solicitar a substituição, quando verificar qualquer defeito de fabricação.

17. DA FISCALIZAÇÃO E DA ENTREGA DO OBJETO

17.1 - Compete a PMO, através do servidor a ser escolhido, pela Secretaria Municipal de Saúde, proceder com o acompanhamento, controle e fiscalização da entregue objeto, para o que fará designação específica, na forma da Lei 8.666/93.

18 - DOS ACRÉSCIMOS E SUPRESSÕES

18.1 - Aceitar, nas mesmas condições contratuais, acréscimos ou supressões que se fizerem necessárias, dentro da vigência do contrato, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do Contrato, facultada a supressão além desse limite, mediante acordo a ser celebrado entre as partes.

19 - DO CONTROLE E DAS ALTERAÇÕES DE PREÇOS





ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



19.1 - Durante a vigência do Contrato Administrativo, os preços serão fixos e irrevogáveis, exceto nas hipóteses, devidamente comprovadas, de ocorrência de situação prevista na alínea "d" do inciso II do art. 65 da Lei n.º 8.666/93 ou de redução dos preços praticados no mercado.

19.2 - Mesmo comprovada a ocorrência de situação prevista na alínea "d" do inciso II do art. 65 da Lei n.º 8.666/93, a Administração, se julgar conveniente, poderá optar por cancelar o certame e iniciar outro processo licitatório.

20 - DO CANCELAMENTO DO CONTRATO DO PROPONENTE

20.1 - O fornecedor terá seu contrato cancelado quando:

20.1.1 - Descumprir as condições do contrato;

20.1.2 - Não retirar a respectiva Nota de Empenho no prazo estabelecido pela Prefeitura Municipal de Óbidos, sem justificativa aceitável;

20.1.3 - Não aceitar reduzir o seu preço, na hipótese de este se tornar superior àqueles praticados no mercado;

20.1.4 - Tiver presentes razões de interesse público e nos demais casos previstos em lei;

20.2 - O cancelamento de contrato, nas hipóteses previstas, assegurados o contraditório e a ampla defesa, serão formalizados por despacho da autoridade competente da Prefeitura Municipal de Óbidos;

20.3 - O fornecedor poderá solicitar o cancelamento do seu contrato na ocorrência de fato superveniente que venha comprometer a perfeita execução do objeto deste edital, decorrente de caso fortuito ou de força maior, devidamente comprovado.

20.4 - O cancelamento será a pedido, quando a empresa fornecedora comprovar:

- a) A impossibilidade de cumprir as exigências do contrato, por ocorrência de casos fortuitos ou de força maior.
- b) Que o seu preço se tornar, comprovadamente, inexequível em função da elevação dos preços de mercado e/ou dos insumos que compõem o custo dos materiais.
- c) A ocorrência de qualquer das hipóteses contidas no art. 78, incisos XIV, XV e XVI, da Lei Federal 8.666/93.

20.5 - Por iniciativa da Prefeitura Municipal de Óbidos, quando:

- a) A empresa fornecedora perder qualquer condição de habilitação ou qualificação técnica exigida no processo licitatório.
- b) A empresa fornecedora não comparecer ou se recusar a retirar, no prazo estabelecido, os pedidos decorrentes do contrato administrativo.
- c) Caracterizada qualquer hipótese de inexecução total ou parcial das condições estabelecidas no contrato ou nos pedidos dele decorrentes.



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



- d) Não for assinada, pela empresa destinatária, a Autorização de Fornecimento no prazo estabelecido;
- e) A fornecedora incorrer nas condutas que ensejem rescisão administrativa, conforme previsão dos incisos de I a XII e XVII do art. 78, da Lei nº 8.666/93 e nos demais casos previstos em lei.
- f) Os preços se apresentarem superiores aos praticados no mercado, e a empresa fornecedora se recusar a reduzi-lo;

20.6 - Em qualquer das hipóteses acima, concluído o processo, a Prefeitura Municipal de Óbidos fará o devido apostilamento no Contrato Administrativo e informará aos Proponentes a nova ordem de classificação ou execução, caso não opte pelo cancelamento total do Contrato quando frustradas as negociações com o licitante registrado remanescente.

21 - DO EMPENHO

21.1 - O fornecedor do objeto licitado incluídos no Contrato Administrativo está obrigado a retirar a Nota de Empenho após o recebimento da convocação pelo órgão, nas condições estabelecidas no ato convocatório, nos respectivos anexos e no próprio contrato.

21.2 - A retirada de que trata o subitem anterior deverá ser atendida no prazo máximo de **01(um) dia útil** contado do recebimento da convocação, prorrogáveis uma única vez, a critério da Administração, sob pena de decair o direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas na legislação vigente.

21.3 - É facultado à Administração, quando o proponente vencedor não apresentar situação regular no ato de retirar a Nota de Empenho no prazo e nas condições estabelecidas, convocar os remanescentes, na ordem de classificação, para fazê-lo em igual prazo, ou revogar a licitação, independentemente das sanções previstas neste edital.

21.4 - A recusa injustificada da licitante vencedora em aceitar ou retirar a Nota de Empenho dentro do prazo estabelecido pela Administração, caracteriza o descumprimento total das obrigações assumidas, sujeitando-se as penalidades legalmente estabelecidas

21.5 - A Prefeitura Municipal de Óbidos poderá considerar extintas as Notas de Empenho, de pleno direito, independente de aviso, interpelação ou notificação judicial ou extrajudicial, sem que, por isso, sejam obrigadas a suportar ônus de indenização, multa ou pagamento extra, a qualquer título, à licitante adjudicatária:

21.5.1 - Deixar de executar o fornecimento empenhado, nos prazos estipulados, ou infringir qualquer disposição contratada.

21.5.2 - Tiver decretado sua falência, dissolver-se ou extinguir-se;

21.5.3 - Recusar-se a receber ou executar qualquer solicitação ou instrução para melhor execução do fornecimento;



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



21.5.4 - Atrasar, injustificadamente, o início do fornecimento;

21.5.5 - Cometer faltas durante a execução do fornecimento;

21.5.6 - Promover a alteração social ou a modificação da finalidade ou da estrutura da empresa, que prejudique a execução da Nota de Empenho.

21.6 - Na inexecução do empenho, por culpa da licitante adjudicatária, a Prefeitura Municipal de Óbidos aplicará multa de 10% (dez por cento) sobre o valor correspondente ao total que foi empenhado, calculado na data do respectivo pagamento, reservando-se, ainda, o direito de intentar ação judicial para indenização por perdas e danos.

21.7 - A Nota de Empenho em favor da adjudicatária será emitida após consulta ao CADIN, conforme estabelece o art. 6º da Lei n.º 10.522/02.

22 - DO PAGAMENTO

22.1 - Para fins de pagamento serão observados os procedimentos dispostos no Decreto Estadual n.º 877, de 31 de março de 2008 e a Instrução Normativa n.º: 018, de 21 de maio de 2008, da Secretaria de Estado de Fazenda – SEFA.

22.2 - O pagamento será feito em até **30 (trinta)** dias corridos, após efetiva entrega do objeto, mediante apresentação da Nota de Empenho original e Nota Fiscal devidamente datada e atestada pelo setor competente.

22.3 - As despesas de frete/embalagem, se houver, em hipótese alguma poderão ser destacadas quando da emissão da nota fiscal/fatura.

22.4 - No caso de incorreção nos documentos apresentados, inclusive na Nota Fiscal / Fatura, serão os mesmos restituídos à contratada para as correções necessárias, não respondendo a Prefeitura Municipal de Óbidos por quaisquer encargos resultantes de atrasos na liquidação dos pagamentos correspondentes.

22.5 - Caso a contratada seja optante pelo Sistema Integrado de Pagamento de Impostos e Contribuições das Microempresas e Empresas de Pequeno Porte – SIMPLES, deverá apresentar a devida comprovação de acordo com o disposto na Lei Complementar n.º: 123, de 14 de dezembro de 2006.

22.6 - Para a licitante estrangeira que indicou na proposta de preços o recebimento do pagamento em moeda estrangeira, será utilizada a cotação do último dia útil anterior ao dia do pagamento.

22.7 - A Prefeitura Municipal de Óbidos poderá exigir da empresa vencedora desta licitação, a qualquer tempo, a apresentação de comprovantes originais referentes à efetiva quitação de qualquer encargo ou compromisso para com terceiros, exigidos por força da execução dos fornecimentos



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



contratados. A não apresentação desses comprovantes poderá ensejar a suspensão dos pagamentos devidos pela PMO, a seu critério, até a regularização do assunto.

22.8 - A Prefeitura Municipal de Óbidos procederá à retenção de impostos nas hipóteses previstas em lei.

23 - SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

23.1 - Pela inexecução total ou parcial do objeto deste Pregão, a Prefeitura Municipal de Óbidos poderá, garantida a prévia defesa, aplicar às licitantes vencedoras as seguintes sanções:

23.1.1 - Advertência, que será aplicada através de notificação por meio de ofício, mediante contra recibo do representante legal da empresa, estabelecendo o prazo de **05 (cinco) dias úteis** para que a empresa licitante apresente justificativas para o atraso, que só serão aceitas mediante análise da Administração;

23.1.2 - Multa de 1% (um por cento) até no máximo de 10% (dez por cento) sobre o total do objeto não adimplido, no caso de inexecução total ou parcial, recolhida no prazo de 15 (quinze) dias corridos, contado da comunicação oficial, sem embargo de indenização dos prejuízos porventura causados a Prefeitura Municipal de Óbidos.

23.2 - Ficará impedida de licitar e de empenhar com a Administração Pública municipal, pelo prazo de até **05 (cinco) anos**, garantido o direito prévio da citação e de ampla defesa, enquanto perdurar os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, a licitante que:

23.2.1 - Recusar a Nota de Empenho da Despesa;

23.2.2 - Deixar de entregar a documentação exigida para o certame ou apresentar documentação falsa;

23.2.3 - Ensejar o retardamento da execução do seu objeto;

23.2.4 - Não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução do objeto pactuado;

23.2.5 - Comportar-se de modo inidôneo;

23.2.6 - Cometer fraude fiscal.

23.3 - As sanções previstas nos subitens **23.1.1** e **23.1.2** deste item poderão ser aplicadas juntamente com a do subitem **23.2**, facultada a defesa prévia do interessado, no respectivo processo, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis.

23.4 - O atraso injustificado na execução, conforme estipulado no Edital, por período superior a **30 (trinta) dias**, poderá ensejar a desclassificação da referida empresa.



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



23.5 - As multas aplicadas serão descontadas dos créditos da empresa ou, na impossibilidade, recolhida no prazo de até 15 (quinze) dias, da data da comunicação oficial e, casos não cumpridos, serão cobrados judicialmente.

24 - DA ANULAÇÃO E REVOGAÇÃO

24.1 - A autoridade competente para homologar este certame poderá revogar a licitação em face de razões de Interesse Público, derivado de fato superveniente devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar tal conduta, devendo anulá-la por ilegalidade, de ofício ou por provocação de qualquer pessoa, mediante ato escrito e fundamentado.

24.2 - A anulação do procedimento licitatório induz à do Contrato.

24.3 - Os licitantes não terão direito a indenização em decorrência da anulação do procedimento licitatório, ressalvado o direito do fornecedor de boa-fé de ser ressarcido pelos encargos que tiver suportado no cumprimento do Contrato e das condições deste Edital.

24.4 - No caso de desfazimento de processo licitatório, fica assegurado o direito ao contraditório e ampla defesa nos termos da Lei 8.666/93.

25. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1 - As Licitantes deverão observar os mais altos padrões éticos durante o processo licitatório, estando sujeitas às sanções previstas na legislação brasileira. Aqueles que agirem de má fé estarão sujeitos às penalidades previstas em Lei.

25.1.1 - O objeto deverá ser entregue rigorosamente dentro das especificações estabelecidas neste Edital e seus Anexos, sendo que a inobservância desta condição implicará recusa no recebimento pelo órgão ou entidade.

25.2 - Caso a Licitante se recuse em aceitar ou retirara Nota de Empenho ou tiverem seus objetos reprovados na análise técnica poderá, independentemente de qualquer aviso ou notificação, optar pela convocação dos demais Licitantes na ordem de classificação.

26 - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

26.1 - É facultada ao (a) Pregoeiro (a) ou à Autoridade Superior, em qualquer fase da licitação, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar no ato da Sessão Pública.

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



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



26.3 - Nenhuma indenização será devida às licitantes pela elaboração e/ou apresentação de quaisquer documentos relativos a esta licitação.

26.4 - Os licitantes serão responsáveis pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados em qualquer fase da licitação.

26.5 - O desatendimento de exigências formais não essenciais não importará no afastamento do licitante, desde que seja possível a aferição das suas qualificações e a exata compreensão da sua proposta, durante a realização da Sessão Pública de Pregão.

26.6 - As normas que disciplinam este Pregão serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados.

26.7 - Os casos omissos serão resolvidos pela Pregoeira, com observância das devidas disposições legislativas.

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

26.9 - Só se iniciam e vencem os prazos referidos acima em dia de expediente nesta PMO.

26.9.1 - Se o vencimento cair em dia que não houver expediente ou, **se este for encerrado antes da hora normal**, nesta Secretaria, os prazos de que trata o subitem **26.9** serão prorrogados para o primeiro dia útil seguinte.

26.10 - O horário de funcionamento da Prefeitura Municipal de Óbidos é de 08h00min as 14h00min de segunda à sexta.

26.11 - É vedada a subcontratação para o fornecimento objeto desta licitação.

26.12 - Em caso de discrepância entre os anexos e o Edital, prevalecerá o disposto no instrumento convocatório.

26.13 - Qualquer pedido de esclarecimento em relação a eventuais dúvidas na interpretação do presente Edital e seus Anexos deverá ser realizado pessoalmente a Pregoeira no mesmo endereço de retirada do Edital.

26.14 - Para maiores informações, dirigir-se à sala de Licitações da Prefeitura Municipal de Óbidos, de 08h as 13h de segunda à sexta.

26.15 - Todas as menções a horários feitas neste edital têm como referência o horário local.

26.16 - A homologação do resultado desta licitação não implicará direito ao empenho.



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64

26.17 - As questões decorrentes da execução da Nota de Empenho, que não forem dirimidas administrativamente, serão processadas e julgadas no foro da Justiça Comum da Comarca de Óbidos.

Óbidos(PA), 27 de abril de 2015.


SIMONE ZAILANE LOPES FERREIRA
Pregoeira
Portaria 019/2015





ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO:

- Aquisição de MATERIAIS GRÁFICOS para os serviços da Secretaria municipal de Saúde.

2. OBJETIVO:

- Este termo de referência é a contratação de empresa especializada no fornecimento de MATERIAIS GRÁFICOS, conforme as condições e especificações constantes deste termo de referência, para atender as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde no período de 12 (doze) meses.

3. JUSTIFICATIVA:

- Tendo em vista a necessidade de confecção de material gráfico para os serviços burocráticos, divulgação dos eventos, demandas dos setores e outros serviços a serem realizados pela Secretaria Municipal de Saúde, fazem-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 da Secretaria Municipal de Saúde, que, além de fundamental importância, permite maior transparência e visibilidade das ações e trabalhos realizados na entidade.

4. ESPECIFICAÇÃO:

- Planilha encontra-se discriminada abaixo.

BLOCO 01 - DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	UNID.
1.	Assistência odontológica papel 40k formato 22ax21l frente e verso	2.000	Unid.
2.	Atestado médico de trabalho bloco com 100 folhas papel 75g formato 14ax21l	10	Bloco
3.	Boletim de produção ambulatorial/bpa (consolidado)	20	Bloco



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



	bloco com 100 folhas papel 75g formato a4		
4.	Boletim de produção ambulatorial/bpa-i (individualizado) bloco com 100 folhas frente e verso papel 75g formato a4	20	Bloco
5.	Boletim de produção de enfermagem - bpe frente e verso bloco com 100 folhas frente e verso papel 75g formato a4	30	Bloco
6.	Boletim de produção odontológica-bpo bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	30	Bloco
7.	Cadastro do hipertenso e diabético bloco com 100 folhas frente e verso papel 75g formato a4	15	Bloco
8.	Cartão de prevenção do câncer cérvico uterino papel 40 formato 11x15,5l frente e verso	2.000	Unid.
9.	Cartão da gestante papel 40k formato 28x20,5l frente e verso	3.000	Unid.
10.	Cartão de registro papel 40k formato 12,5x18,5l	15.000	Unid.
11.	Cartão do idoso frente e verso papel 40k formato 30x21,5l	3.000	Unid.
12.	Cartão índice de aprazamento do cliente papel 40k formato 11,5x10,5l frente e verso	8.000	Unid.
13.	Ficha de acompanhamento do bolsa família frente e verso bloco 100 folhas papel 75g formato a4	35	Bloco
14.	Ficha de acompanhamento do desenvolvimento da criança bloco com 100 folhas 75g formato a4	15	Bloco
15.	Ficha de assistência médica e sanitária-fams-continuação papel 40k formato 22x19,5l frente e verso	10.000	Unid.
16.	Ficha de assistência médica e sanitária-farms papel 40k formato 24x22l frente verso	10.000	Unid.
17.	Ficha de cadastramento da gestante frente e verso bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	20	Bloco
18.	Ficha de identificação papel 40k formato 7x11,5l	20.000	Unid.



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



19.	Ficha de registro de acompanhamento das gestantes no sisprenatal papel 75g formato a4	30	Bloco
20.	Ficha de seleção de risco gestacional frente e verso bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	30	Bloco
21.	Ficha perinatal ambulatório papel 40k formato 30ax20,3l frente e verso	20.000	Unid.
22.	Fichas de registro de puérperas no sisprenatal bloco com 100 folhas frente e verso papel 75g formato a4	15	Bloco
23.	Laudo para solicitação o/ autorização de procedimento ambulatorial bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	10	Bloco
24.	Mapa de atendimento complementar diário frente e verso bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	30	Bloco
25.	Mapa municipal mensal de administração de vitamina a bloco com 100 folhas papel 75g formato 15ax21l	7	Bloco
26.	Prontuário do cliente duas vias blocos com 100 folhas papel 75g formato a4	350	Bloco
27.	Receituário médico duas vias bloco com 100 folhas 21ax14,5l	3.000	Bloco
28.	Requisição de exame citopatológico-colo do útero frente e verso bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	20	Bloco
29.	Relatório de educação em saúde bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	5	Bloco
30.	Mapa de acompanhamento do fornecimento de suplementos bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	20	Bloco
31.	Mapa mensal de insulinas bloco com 100 folhas	10	Bloco
32.	Sisvan - blocos com 100 folhas papel 75g formato a4 frente e verso	60	Bloco
33.	Ficha de atendimento odontológico individual bloco com 100 folhas papel 75g formato a4 frente e verso	120	Bloco
34.	Ficha de atendimento individual frente e verso papel 75g	160	Bloco



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



	formato a4		
35.	Ficha de atividade coletiva frente e verso papel 75g formato a4	160	Bloco
36.	Ficha de procedimento frente e verso bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	160	Bloco
37.	Ficha de cadastro domiciliar e-sus bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	160	Bloco
38.	Ficha de cadastro individual e-sus frente e verso bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	120	Bloco
39.	Ficha de visita domiciliar e-sus frente e verso bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	160	Bloco

BLOCO 02 – CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	UNID.
1.	Carteira do programa de controle de dst papel 40k frente e verso formato 30x11l	2.000	Unid.
2.	Centro de testagem e aconselhamento papel 75g formato a4	6	Bloco
3.	Consentimento livre esclarecido bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	25	Bloco
4.	Formulário de atendimento do si-cta papel 75g formato a4	25	Bloco
5.	Laudo de resultado-teste rápido bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	25	Bloco

BLOCO 03 – TRATAMENTO FORA DE DOMICILIO

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	UNID.
	Ficha de referência – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4 frente e verso	20	Bloco



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



	Requisição de mamografia – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4 frente e verso	15	Bloco
	Laudo médico para emissão de aih bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	20	Bloco
	Laudo médico de tratamento fora de domicílio – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4 frente e verso	50	Bloco
	Relatório de evolução do paciente – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	50	Bloco
	Laudo para solicitação/autorização de procedimento ambulatorial bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	15	Bloco
	Pedido de tratamento fora de domicílio (p.t.f.d) bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	50	Bloco
	Termo de responsabilidade – tfd papel 75g formato a4 (bloco com 100 folhas) papel 75g formato a4	5	Bloco

BLOCO 04 – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	UNID.
1.	Atendimento psicológico bloco com 100 folhas papel 75g formato a4 frente e verso	10	Bloco
2.	Atendimento psicológico – continuação bloco com 100 folhas papel 75g formato a4 frente e verso	10	Bloco
3.	Carteira de aprazamento do caps capa com papel 40k, contendo 06 páginas	500	Unid.
4.	Carteira de aprazamento para atendimentos psicológicos frente e verso papel 40k formato 10,5x29,5l	500	Unid.
5.	Encaminhamento do centro de atenção psicossocial bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	5	Bloco
6.	Ficha de acolhimento bloco com 100 folhas papel 75g	10	Bloco



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



	formato a4		
7.	Ficha de notificação e controle de doença mental e epilepsia papel 75g formato a4	20	Bloco
8.	Laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamentos bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	8	Bloco
9.	Prontuário do cliente-caps frente e verso blocos com 100 folhas papel 75g formato a4	10	Bloco
10.	Prontuário do cliente – continuação caps frente e verso blocos com 100 folhas papel 75g formato a4	10	Bloco
11.	Cartão registro papel 40k	500	Unid.

BLOCO 05 – ALMOXARIFADO

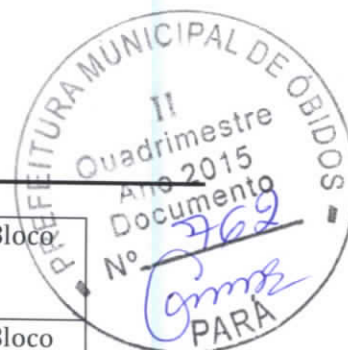
ITEM	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	UNID.
1.	Requisição ao almoxarifado duas vias bloco com 100 folhas papel 75g formato 15x21l	50	Bloco
2.	Solicitação de pedido para o setor de compras e serviços bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	20	Bloco
3.	Requisição duas vias bloco com 100 folhas papel 75g formato 13x21l	50	Bloco

BLOCO 06 – ESTRATÉGIA DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	UNID.
1.	Cartão nº família papel 40k formato 10,5x15l	20.000	Unid.
2.	Comprovante de visita domiciliar bloco com 100 folhas papel 75g formato 13x19l	200	Bloco



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



3.	Dados para declaração de nascido vivo bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	4	Bloco
4.	Declaração – não realizar bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	2	Bloco
5.	Declaração – não receber bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	2	Bloco
6.	Declaração (morador bairro) bloco com 100 folhas 75g formato a4	4	Bloco
7.	Declaração (morador comunidade) bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	10	Bloco
8.	Encaminhamento acs bloco com 100 folhas papel 75g formato 8ax16l	20	Bloco
9.	Envelopes (para arquivo) papel 75g formato 24ax17,5l	20.000	Unid.
10.	Escala de atividade eacs/esf bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	2	Bloco
11.	Ficha b – dia papel 75g formato a4 frente e verso	6	Bloco
12.	Ficha b – ges papel 75g formato a4 frente e verso	6	Bloco
13.	Ficha b – há papel 75g formato a4 frente e verso	6	Bloco
14.	Ficha b – han papel 75g formato a4 frente e verso	4	Bloco
15.	Ficha b – tb papel 75g formato a4 frente e verso	4	Bloco
16.	Notificação de óbito bloco com 100 folhas papel 75g formato 10ax16l	2	Bloco
17.	Perfil da área de atuação eacs/esf 2 páginas frente e verso bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	4	Bloco
18.	Registro de visita domiciliar bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	20	Bloco
19.	Registro de visita domiciliar – continuação bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	60	Bloco
20.	Relatório de idoso cadastrados bloco com 100 folhas	4	Bloco



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



	papel 75g formato a4		
21.	Relatório de produção e de marcadores para avaliação – complementar pma2-c bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	6	Bloco
22.	Relatório de produção e de marcadores para avaliação – pma2 bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	6	Bloco
23.	Relatório ssa – 2 (acs) bloco com 100 folhas papel 75g formato a4 frente e verso	20	Bloco
24.	Relatório ssa – 2 (enfermeiro) bloco com 100 folhas papel 75g formato a4 frente e verso	20	Bloco
25.	Requisição de soro e hipoclorito bloco com 100 folhas papel 75g formato 14x21l	12	Bloco
26.	Requisição para gasolina – acs bloco com 100 folhas papel 75g formato 12,5x19,5l	10	Bloco

BLOCO 07 – DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	UNID.
1.	Resumo mensal de revisão bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	10	Bloco
2.	Boletim diário do laboratório – frente e verso – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	10	Bloco
3.	Resultado da identificação das larvas recebidas	10	Bloco
4.	Registro das localizações dos focos de aedes aegypti – bloco com 100 folhas papel 75g formato 18x21l	10	Bloco
5.	Planilha formus-sispncd – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	5	Bloco
6.	Levantamento de recursos humanos – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	5	Bloco
7.	Ficha de visita – bloco com 100 folhas papel 75g formato	500	Bloco



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



	10ax14,5l		
8.	Boletim de reconhecimento geográfico – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	500	Bloco
9.	Boletim de campo e laboratório do lira – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	500	Bloco
10.	Registro diário do serviço antivetorial – frente e verso – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	500	Bloco
11.	Ficha de domicilio visitado – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	500	Bloco
12.	Cartão do usuário-dengue frente e verso papel 40k formato 8ax19l	500	Unid.
13.	Planilha de casos de diarreia – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	3	Bloco
14.	Ficha de investigação de óbito infantil (13)	2	Bloco
15.	Ficha de investigação de óbito infantil (av1)	2	Bloco
16.	Ficha de investigação de óbito – causa mal definida (av3)	2	Bloco
17.	Comprovante de vacinação antirrábica animal – bloco com 100 folhas papel 75g formato 10ax13l	60	Bloco
18.	Ficha de investigação de dengue – frente e verso – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	3	Bloco
19.	Ficha de investigação de acidente por animais peçonhentos – frente e verso – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	4	Bloco
20.	Ficha de controle da leishmaniose – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	4	Bloco
21.	Ficha de laudo médico para emissão de bpa-i bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	3	Bloco
22.	Fichas gal – frente e verso – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	5	Bloco



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



23.	Ficha de investigação de hepatites virais – frente e verso – bico com 100 folhas papel 75gt formato a4	4	Bloco
24.	Fichas de investigação de atendimento antirrábico – frente e verso – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	4	Bloco
25.	Ficha de vigilância aprimorada das dst em serviço selecionado – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	3	Bloco
26.	Ficha de investigação de leishmaniose tegumentar americana – lta frente e verso – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	4	Bloco
27.	Ficha de solicitação de exames – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	3	Bloco
28.	Ficha de movimento diário de imunobiológico – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	12	Bloco
29.	Ficha de movimento mensal de imunobiológico – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	2	Bloco
30.	Ficha de solicitação de imunobiológicos e insumos – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	15	Bloco
31.	Relação nominal de vacinas – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	5	Bloco
32.	Ficha para controle de geladeira – termômetro – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	5	Bloco
33.	Cartão de aprazamento – papel 40k formato 11ax13l	2.000	Unid.
34.	Carteira de vacinação de adulto papel 40k formato 8ax21l – frente e verso	5.000	Unid.
35.	Ficha de cadastro/departamento de vigilância sanitária – papel 40k formato 14ax21l	300	Unid.
36.	Ficha de cadastro/vigilância sanitária – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	5	Bloco
37.	Termo de apreensão e/ou remoção – bloco com 100 folhas papel copiativo 75g formato a4	2	Bloco



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



38.	Relação de atividades sanitárias – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4	3	Bloco
39.	Termo de notificação – bloco com 100 folhas papel 75g formato a4+b168	2	Bloco

BLOCO 08 – LABORATÓRIO MUNICIPAL

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	UNID.
1.	Etiquetas de identificação do receptor papel 40k frente e verso formato 11,7lx31,9a	1.000	Unid.
2.	Ficha transfusional papel 75g formato	10	Bloco
3.	Etiqueta adesiva para identificação de tubos coletores formato 8lx2,5a	1.000	Unid.
4.	Etiqueta adesiva para identificação de bolsa de sangue formato 9lx5,5a	1.000	Unid.
5.	Solicitação hemonocomponentes/hemoderivados e procedimentos papel 75g formato a4 frente e verso bloco com 100 folhas	10	Bloco

5. DAS CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO E ACEITAÇÃO:

- Os materiais gráficos serão considerados aceitos, quando estiverem de acordo com os modelos solicitados e encaminhados pela SEMSA.
- Em seguida serão conferidos pelo servidor responsável do almoxarifado, da seguinte forma:
- Provisoriamente, para efeito de posterior verificação da conformidade do produto com a especificação. No local de entrega, servidor designado fará o reconhecimento dos materiais limitando-se a verificar a sua conformidade com o discriminado na Nota Fiscal, fazendo constar a data da entrega dos materiais e, se for o caso, as irregularidades observadas;
- Definitivamente, no prazo de até 05 dias úteis, contados do recebimento provisório pelo servidor responsável do almoxarifado que verificará as especificações e as qualificações dos produtos entregues, de conformidade com o exigido neste edital.
- Com a conferência definitiva e a aprovação do servidor responsável pelo almoxarifado a nota será carimbada e encaminhada para processo de pagamento.



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



- Não serão aceitos materiais em desacordo com o estabelecido no termo de referência e que não estejam compatíveis com as amostras enviadas.
- A quantidade esteja em conformidade com a solicitação efetuada.
- A especificação esteja em conformidade com a proposta da licitante vencedora.
- O contratante se reserva o direito de devolver, no todo ou em parte, os materiais que não atenderem ao que ficou estabelecido no presente termo e no contrato e/ou que não estejam adequados para o uso.

6. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:

- Executar o fornecimento dos materiais, obedecendo rigorosamente às especificações discriminadas no termo de referência.
- Arcar com qualquer prejuízo causado à Administração ou a terceiros por seus empregados durante a entrega dos materiais.
- Atender prontamente qualquer exigência do representante da SEMSA, inerente ao objeto deste termo de referência.
- Assumir o ônus e responsabilidades pelo recolhimento de todos os tributos federais, estaduais e municipais que incidam ou venham a incidir sobre o objeto deste termo de referência.
- Manter durante a execução do contrato todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na contratação.
- Não transferir a outrem, no todo ou em parte, o objeto do contrato a ser firmado.

7. DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE:

- Permitir acesso dos empregados da contratada às suas dependências para a entrega do material;
- Prestar as informações e os esclarecimentos pertinentes que venham a ser solicitados pelo representante da contratada.
- Comunicar oficialmente à contratada quaisquer falhas ocorridas, consideradas de natureza grave.
- Fornecer o modelo dos impressos e também avisar de eventuais modificações.
- Efetuar os pagamentos nos prazos previstos no edital.

8. FORMA DE FORNECIMENTO E LOCAL DE ENTREGA:

- A entrega do material licitado será na Cidade de Óbidos – PA no seu almoxarifado localizado Hospital Municipal Dr. José Benito Priante, Rua José do Patrocínio nº 158, Bloco 03, Bairro de Fátima, no seguinte horário 07h30min às 13h30min de segunda feira a sexta feira. Exceto aos feriados. Com as despesas relativas ao fornecimento, tais como fretes e/ou transportes, correrão à custa exclusivamente da licitante vencedora. Os produtos serão solicitados de acordo com a necessidade do SEMSA.



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



9. DO PAGAMENTO:

- Após o recebimento da nota fiscal e devidamente certificada pelo responsável de protocolo, o pagamento será efetuado através de transferência bancária em conta corrente pela Secretaria Municipal de Saúde, o qual ocorrerá dentro do prazo de 30 dias, contados do reconhecimento da Nota Fiscal.

10. DO VALOR ESTIMADO:

- O valor estimado para aquisição dos referidos produtos a serem licitados, no valor de R\$ 136.915,22 (Cento e trinta e seis mil, novecentos e quinze reais e vinte e dois centavos).

11. PROGRAMÁTICO:

- As despesas serão custeadas com recursos do FUS, PAB, DIVISA, EACS, MAC, ESF.

Óbidos - Pará, XX de XXXXXXXX de 2015.

506



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



ANEXO II

DECLARAÇÃO PLENO ATENDIMENTO

Declaramos pleno atendimento aos requisitos de habilitação para o **PREGÃO nº 005/2015 - PMO**, na forma **PRESENCIAL**, do tipo "**MENOR PREÇO POR ITEM**", destinado à **CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAL GRÁFICO, PARA SUPRIR AS NECESSIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, conforme especificações contidas no Termo de Referência - anexo I do edital.

Por ser verdade, firmamos a presente declaração.

Local e data

Assinatura

Nome do Representante

(Carimbo com CNPJ da empresa)

Obs: Esta Declaração deverá ser elaborada e assinada pelo representante legal, em folha de papel timbrado. Apresentar fora dos 02(dois) envelopes, no credenciamento

[Handwritten signatures in blue ink]



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



ANEXO III

MODELO DE DECLARAÇÃO DE FATOS IMPEDITIVOS

Declaramos sob pena da Lei, e para fins de participação no Processo Licitatório PREGÃO PRESENCIAL Nº 005/2015 - PMO, junto a Prefeitura Municipal de Óbidos, que a Empresa..... inscrita no CNPJ sob o nº, até a presente data não recebeu deste ou de qualquer outro órgão da Administração Pública SUSPENSÃO ou declaração de INIDONEIDADE, para licitar ou contratar com a Administração Pública Federal, Estadual, ou Municipal e do Distrito Federal, não havendo assim FATO SUPERVENIENTE IMPEDITIVO DA HABILITAÇÃO da mesma, ciente da obrigatoriedade de comunicar ocorrências posteriores.

Por ser verdade, firmamos a presente declaração.

Local e data.

Assinatura

Nome do Representante

(Carimbo com o CNPJ da empresa)

Obs: Esta Declaração deverá ser elaborada e assinada pelo representante legal em folha de papel timbrado. Anexar ao Envelope nº 2 - Documentação para habilitação

506



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



ANEXO IV

MODELO DE DECLARAÇÃO DE ACORDO COM O ART. 7º INCISO XXXIII da CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Declaramos sob a pena lei, e para fins de participação no Processo Licitatório PREGÃO PRESENCIAL Nº 005/2015 – PMO, junto a Prefeitura Municipal de Óbidos, sob as penalidades cabíveis, que não mantemos em nosso quadro de pessoal menor de 18 anos em horário noturno de trabalho ou em serviços perigosos ou insalubres, não possuindo ainda, qualquer trabalho de menor de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos, conforme determina a Constituição Federal no seu artigo 7º, Inciso XXXIII.

Por ser verdade, firmamos a presente declaração.

Local e data.

Assinatura

Nome do Representante

(Carimbo com CNPJ da empresa)

Obs: Esta Declaração deverá ser elaborada e assinada pelo representante legal em folha de papel timbrado. Anexar ao Envelope n.º 2 – Documentação para habilitação

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



ANEXO V

MODELO DE DECLARAÇÃO PARA ME ou EPP

(nome/razão social) _____ inscrita
no CNPJ nº _____, por intermédio de seu representante legal, o(a)
Sr(a) _____, portador(a) do RG
nº _____ e inscrito(a) no CPF sob nº _____-DECLARA, para fins do disposto no
Edital do PREGÃO PRESENCIAL Nº 005/2015 - PMO, sob pena de aplicação das sanções
administrativas cabíveis e as penas da lei, ser Microempresa ou empresa de pequeno porte nos
termos da legislação vigente, não possuindo nenhum dos impedimentos previstos no §4 do
artigo 3º da Lei Complementar nº 123/06, e tendo interesse em se beneficiar dos benefícios nela
contidos para efeitos de licitação, quando e no que couber.

Por ser verdade, firmamos a presente declaração.

Local e data

Assinatura

Nome do Representante

(Carimbo com CNPJ da empresa)

Obs: Esta Declaração deverá ser elaborada e assinada pelo representante legal em folha de papel
timbrado. Apresentar fora dos 02(dois) envelopes, no credenciamento.

[Handwritten signatures and initials]



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



ANEXO VI

MODELO DE DECLARAÇÃO DE ACORDO COM O ART. 9º DA LEI 8.666/93

Declaramos sob a pena lei, e para fins de participação no PREGÃO PRESENCIAL Nº 005/2015 – PMO, junto a Prefeitura Municipal de Óbidos, que a Empresa.....inscrita no CNPJ sob o n.º....., NÃO POSSUI EM SEU QUADRO DE PESSOAL, SERVIDORES PÚBLICOS OU DIRIGENTE DE ÓRGÃO OU ENTIDADE contratante responsável pela licitação, nos termos do inciso III, do artigo 9º da lei 8.666/93.

Por ser verdade, firmamos a presente declaração.

Local e data

Assinatura

Nome do Representante

Obs: Esta Declaração deverá ser elaborada e assinada pelo representante legal.

Anexar ao Envelope n.º 2 – Documentação para habilitação

50



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



ANEXO VII

MODELO DE DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DE INFORMAÇÕES

Declaramos sob as penas da Lei, e para fins de participação no Processo Licitatório, PREGÃO PRESENCIAL Nº 005/2015 – PMO, junto a Prefeitura Municipal de Óbidos, que tomamos conhecimento de todas as informações, para cumprimento das obrigações, inteirando-se das condições técnicas e da complexidade do objeto da licitação.

Por ser verdade, assinamos a presente declaração.

Local e data.

Assinatura

Nome do Representante Legal

Anexar ao Envelope n.º 2 – Documentação

[Handwritten signatures in blue ink]



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



ANEXO VIII

MODELO DE CARTA DE CREDENCIAMENTO

Pela presente, credenciamos o (a) Sr (a) (nome do representante), portador (a) de Cédula de Identidade nº (número), e do CPF nº (número) a participar do PREGÃO PRESENCIAL nº 005/2015 – PMO, instaurado pela Prefeitura Municipal de Óbidos, na qualidade de representante da empresa _____(nome da empresa) inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica nº /..... -, outorgando à pessoa acima qualificada, amplos e gerais poderes para formular propostas verbais, acordar, discordar, transigir, receber em devolução documentos pertencentes a esta empresa, recorrer ou renunciar ao direito de recurso, em todas as fases, podendo, ainda, praticar todos os outros atos pertinentes ao presente certame licitatório, inclusive a interposição de recursos administrativos. Declaro, também, estar ciente de que esta empresa responderá, tanto na esfera administrativa como na judicial, por todos os atos que venham a ser praticados pelo (a) representante ora nomeado (a).

Óbidos (PA),de de 2015.

Nome e Assinatura do Representante Legal

Obs.: Este documento deverá ter o reconhecimento de firma do subscritor em Cartório

Apresentar fora dos 02(dois) envelopes, no credenciamento.

[Handwritten signatures in blue ink]



PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS

CNPJ: 05.131.180/0001-64



CERTIDÃO

Certifico para os devidos fins de direito que na **página 776** termina a **Pasta 02** do procedimento **licitatório nº 05/2015**, na modalidade **Pregão Presencial** que tem como objeto a aquisição de material gráfico, para suprir as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, para o exercício de 2015.


ALINE DA SILVA FERREIRA
Presidente da CPL



PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS

CNPJ: 05.131.180/0001-64



CERTIDÃO

Certifico para os devidos fins de direito que na **página 777** começa a **Pasta 03** do procedimento **licitatório nº 05/2015**, na modalidade **Pregão Presencial** que tem como objeto a aquisição de material gráfico, para suprir as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, para o exercício de 2015.


ALINE DA SILVA FERREIRA
Presidente da CPL



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64

ANEXO IX

MINUTA DE CONTRATO ADMINISTRATIVO nº. XXX/2015

PREGÃO PRESENCIAL Nº. 005/2015-PMO



CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE ÓBIDOS, ATRAVÉS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, E A EMPRESA XXXXXXXXXXXXXXXX, NA FORMA ABAIXO.

I. PARTES

CONTRATANTE

O MUNICÍPIO DE ÓBIDOS, através da Secretaria Municipal de Saúde, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o nº 05.131.180/0001-64, sediado à Rua Deputado Raimundo Chaves, nº 338 – Centro – CEP: 68.250-000, doravante simplesmente denominado **CONTRATANTE**, neste ato representado pelo Sr., prefeito.

CONTRATADA

XXXXXXXXXXXXXXXXXX, com sede na XXXXXXXX – Bairro XXXXXXXX – CEP: XXXXXX – XXXXXXXX, inscrita no CNPJ sob o nº XXXXXXXXXXXX, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato, representada por seu Sócio o Sr. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (Representante Legal), portador da Carteira de Identidade nº XXXXXXXX – XXX/XX e CPF. Nº XXX.XXX.XXX-XX.

II. DISPOSIÇÕES CONTRATUAIS

Pelo presente instrumento, e na melhor forma de direito, as partes anteriormente individuadas e devidamente qualificadas, resolvem, consoante a autorização exarada nos autos do PREGÃO PRESENCIAL nº 005/2015 – PMO, pactuar o presente instrumento contratual que será em tudo regido pelas cláusulas que aceitam e mutuamente se outorgam:

[Handwritten signatures]



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



1- DA LEGISLAÇÃO

O Contrato obedecerá integralmente à legislação que se aplica à modalidade Pregão Lei Federal nº 10.520/2002, de 17/07/2002, Decreto nº 3.555 de 09/08/2000 e subsidiariamente, pela Lei Federal nº 8.666, de 21/06/93 e Lei Complementar nº 123/2006 de 14/12/06, com as devidas alterações e demais normas pertinentes, bem como as condições estabelecidas no Edital e seus Anexos.

2- DO OBJETO

Constitui objeto do presente contrato a **CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAL GRÁFICO, PARA SUPRIR AS NECESSIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, conforme especificações contidas no Termo de Referência – anexo I do edital.

2.1 - É vedado à **CONTRATADA** a subcontratação total ou parcial do objeto desta licitação, bem como sua associação com outrem, a cessão ou transferência, total ou parcial, fusão, cisão ou incorporação.

3 - DO REGIME DE EXECUÇÃO

A execução do fornecimento observará o previsto no Art. 66 da Lei Federal 8.666/93.

4 - DO PREÇO

O valor total do presente contrato é de R\$ X.XXX,XX (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX), referentes ao quantitativo, solicitados pela Secretaria em epígrafe, para o exercício de 2015.

5 - DA DISCRIMINAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes para a presente contratação, objeto desta licitação, correrão à conta das dotações orçamentárias a seguir:

2424 – Fundo Municipal de Saúde;

10.122.0200.2047 – Manutenção do Fundo Municipal de Saúde – FUS;

339039 00 – Outros Serviços de Terceiro Pessoa Jurídica;

10.301.0202.2048 – Atenção Básica de Saúde – PAB FIXO e Atenção Primária

339039 00 – Outros Serviços de Terceiro Pessoa Jurídica;

10301 0202 2049 – Programa Saúde da Família – PSF;

339039 00 – Outros Serviços de Terceiro Pessoa Jurídica;

10301 0202 2053 – Manutenção do Programa Agentes Comunitários de Saúde;



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



339039 00 – Outros Serviços de Terceiro Pessoa Jurídica;

10 302 0201 2056 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial de Média e Alta Complexidade – MAC

339039 00 – Outros Serviços de Terceiro Pessoa Jurídica;

10 304 0235 2057 – Manutenção da Vigilância em Saúde – DIVISA;

339039 00 – Outros Serviços de Terceiro Pessoa Jurídica;

6 - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Os pagamentos devidos pelo **CONTRATANTE** ocorrerão somente em decorrência das obrigações assumidas por emissões de requisições dos produtos e serão efetuados em até 30 dias após a apresentação da Nota Fiscal.

6.1 - A CONTRATADA apresentará ao **GESTOR** documento fiscal específico referente ao objeto do certame, sendo que estes deverão ser entregues até o dia 20 de cada mês.

6.2 - O GESTOR terá o prazo de 3 (três) dias úteis, a contar da apresentação do documento fiscal, para aprová-lo ou rejeitá-lo.

6.3 - O documento fiscal não aprovado pelo **GESTOR** será devolvido à **CONTRATADA** para as necessárias correções, com as informações que motivaram sua rejeição, contando-se o prazo estabelecido para pagamento a partir da data de sua reapresentação.

6.4 - A devolução do documento fiscal não aprovado pelo **GESTOR**, em hipótese alguma, servirá de pretexto para que a **CONTRATADA** suspenda a execução do contrato.

6.5 - O CONTRATANTE poderá sustar o pagamento de qualquer fatura, no todo ou em parte, nos seguintes casos:

- a) execução do objeto contratual em desacordo com o avençado;
- b) existência de qualquer débito para com o **CONTRATANTE**.

7 - DA REVISÃO

O presente contrato poderá ser revisto, nos termos do Art. 65, da Lei nº 8.666/93.

8 - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Na execução do presente contrato, obriga-se a **CONTRATADA** a emendar todo o empenho e dedicação necessária ao seu fiel e adequado cumprimento, obrigando-se ainda a:

- a) comunicar, formal e imediatamente, ao **GESTOR** eventuais ocorrências anormais verificada na execução do fornecimento, no menor espaço de tempo possível;



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



- b) recrutar em seu nome, e sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, os empregados necessários à perfeita execução do fornecimento, cabendo-lhe efetuar todos os pagamentos, inclusive dos encargos previstos na legislação trabalhista, previdenciária e fiscal e quaisquer outros decorrentes da sua condição de empregadora;
- c) atender, com a diligência possível, as determinações do **GESTOR**, adotando todas as providências necessárias à regularização de faltas e irregularidades verificadas;
- d) indenizar o **CONTRATANTE** por quaisquer danos causados às instalações, móveis, utensílios, equipamentos e acessórios, por seus empregados, ficando este autorizado a descontar o valor correspondente dos pagamentos devidos à **CONTRATADA**.
- e) cumprir todas as exigências do Edital e seus anexos.
- f) Entregar os produtos

9 - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

Na execução do objeto do presente contrato, caberá ao **CONTRATANTE**:

- a) notificar, por escrito, à **CONTRATADA** quaisquer irregularidades encontradas na execução do fornecimento;
- b) efetuar os pagamentos devidos, nas condições estabelecidas;
- c) participar ativamente das sistemáticas de supervisão, acompanhamento e controle de qualidade no momento da entrega.

10 - DA RESPONSABILIDADE POR ENCARGOS

A **CONTRATADA** é responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes, direta ou indiretamente, da execução do presente contrato e ainda por multas que vierem a ser aplicadas por infração aos dispositivos legais, regulamentares e contratuais, por parte da **CONTRATADA**, ou em virtude de qualquer ato ou omissão de seus prepostos subcontratados.

10.1 - A inadimplência da **CONTRATADA**, com referência aos encargos especificados nesta cláusula, não transfere ao **CONTRATANTE** a responsabilidade por seu pagamento, nem poderá onerar o objeto do contrato ou restringir a apropriação do resultado alcançado.

11- DA EMISSÃO DE REQUISIÇÕES E FISCALIZAÇÃO DA ENTREGA:

A emissão de requisições e fiscalização na entrega será expressamente acompanhada e fiscalizada pelo gestor da Secretária Municipal de Saúde, pelo ordenador de despesa, designados pelo **GESTOR** do contrato, cabendo a eles:

- a) emitir as requisições para a retirada do objeto desta licitação.



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



b) solicitar à **CONTRATADA** e seus prepostos, tempestivamente, todas as providências necessárias ao bom andamento da entrega.

c) documentar as ocorrências havidas, em registro próprio, firmado juntamente com o preposto da **CONTRATADA**.

d) emitir pareceres em todos os atos do **CONTRATANTE** relativos à execução do contrato, em especial aplicação de sanções ou revisão do contrato.

e) sustar os pagamentos das faturas, no caso de inobservância pela **CONTRATADA** de qualquer exigência sua relativa às obrigações contratuais.

11.1 - É vedado ao CONTRATANTE e a seu representante, exercer poder de mando sobre os empregados da CONTRATADA, reportando-se somente aos prepostos e responsáveis por ela indicados.

11.2 - A fiscalização exercida pelo CONTRATANTE não excluirá ou reduzirá a responsabilidade da CONTRATADA pelos danos causados diretamente ao CONTRATANTE ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato.

11.3 - A CONTRATADA é obrigada a reparar, corrigir ou substituir, no total ou em parte, o objeto do contrato em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou de materiais empregados.

12 - DO RECEBIMENTO DO OBJETO CONTRATUAL

O local, prazo e condições de entrega do produto serão os mesmos previstos no instrumento convocatório e no anexo I – Termo de Referência do Pregão Presencial nº 005/2015 – PMO.

13 - DA RESCISÃO

Constituem motivo para a rescisão do presente contrato as hipóteses previstas no Art. 78, da Lei nº 8.666/93.

14 - DOS DIREITOS DO CONTRATANTE EM CASO DE RESCISÃO

Na hipótese de rescisão administrativa do presente contrato, a **CONTRATADA** reconhece, de logo, o direito do **CONTRATANTE** de adotar, no que couber, a seu exclusivo critério, as medidas prevista no Art. 80, da Lei nº 8.666/93.

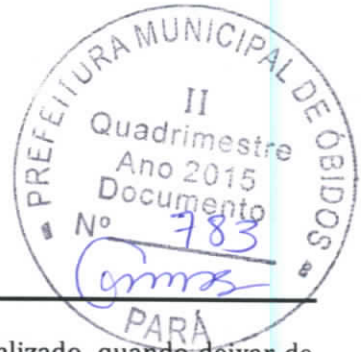
15 - DAS SANÇÕES:

Na hipótese de descumprimento por parte da **CONTRATADA** das obrigações contratuais assumidas, ou a infringência de preceitos legais pertinentes, serão a ela aplicadas, segundo a gravidade da falta cometida, as seguintes penalidades:

a) advertência, sempre que forem constatadas falhas de pouca gravidade, para as quais tenha a **CONTRATADA** concorrido diretamente;



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



b) multa de 15% (quinze por cento) do valor do contrato devidamente atualizado, quando deixar de cumprir, no todo ou em parte qualquer das obrigações assumidas;

c) multa de 20% (vinte por cento) do valor do contrato, na hipótese de, já tendo a **CONTRATADA** sofrido punição na forma prevista na alínea anterior, vir ela a cometer nova infração, sem prejuízo da imediata rescisão do contrato e aplicação das demais sanções cabíveis;

d) suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com o **CONTRATANTE** por até 05 (cinco) anos;

e) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a União, Estados, Distrito Federal ou Municípios quando a **CONTRATADA** deixar de cumprir as obrigações assumidas, praticando falta grave, dolosa ou revestida de má-fé.

15.1 - As sanções de natureza pecuniária serão diretamente descontadas de créditos que eventualmente detenha a **CONTRATADA**.

15.2 - As sanções previstas não poderão ser relevadas, salvo quando ficar comprovada a ocorrência de situações que se enquadrem no conceito jurídico de força maior ou caso fortuito, devida e formalmente justificadas e comprovadas.

16 - DA LICITAÇÃO

Para a presente contratação, foi realizada licitação na modalidade Pregão Presencial registrado sob o nº 005/2015 – PMO.

17 - DA VIGÊNCIA

A vigência do presente contrato e o início do fornecimento do produto serão de XX/XX/2015 à XX/XX/2015, podendo ser prorrogado após manifestação das partes envolvidas, mediante Termo Aditivo, de acordo com o disposto na Lei Federal nº 8.666/93.

18 - DAS CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO DA CONTRATADA

A **CONTRATADA** declara, no ato de celebração do presente contrato, estar plenamente habilitada à assunção dos encargos contratuais e assume o compromisso de manter, durante a execução do contrato, todas as condições de qualificação, habilitação e idoneidade necessárias ao perfeito cumprimento do seu objeto.

19 - DO FORO

As partes elegem o foro da Comarca de Óbidos - Pará, com renúncia a qualquer outro, para dirimir dúvida ou questões não resolvidas administrativamente.

E por estarem, assim, justas e contratadas, firmam as partes o presente contrato em 03 (três) vias de igual teor e forma, para todos os efeitos legais.



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64

Óbidos/PA, XX de XXXXX de 2015.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CONTRATANTE

CONTRATADA



TESTEMUNHAS:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64

ANEXO X

MODELO DE PROPOSTA COMERCIAL



À PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS

PREGÃO PRESENCIAL Nº 005/2015 – PMO

OBJETO: **PREGÃO**, na forma **PRESENCIAL**, do tipo “**MENOR PREÇO GLOBAL**”, destinado à **CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAL GRÁFICO, PARA SUPRIR AS NECESSIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, conforme especificações contidas no Termo de Referência – anexo I do edital.

A Empresa _____ CNPJ nº _____, apresenta PROPOSTA COMERCIAL, para a licitação em epígrafe, de acordo com o estabelecido no Edital e seus anexos, conforme segue:

(Formular Tabela)

ITEM / DESCRIÇÃO / ESPECIFICAÇÃO/ UND. DEMEDIDA / QUANT. / VR. UNIT.(\$)/ VALOR TOTAL(\$)

Declaramos, sob as penas da lei, que esta proposta atende a todos os requisitos constantes do Edital de Pregão Presencial nº 005/2015 – PMO e ainda que:

a) O prazo de validade de 60 (sessenta) dias;

b) Os dados bancários são:

Banco _____

Agencia _____

Conta _____

c) O prazo de entrega do objeto proposto será de 05 (cinco) dias, após o recebimento da ordem de fornecimento, acompanhada da Nota de Empenho.

d) estão inclusos no preço todos os encargos tributários, trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, assim como fretes, seguros e embalagens.

..... de de

Nome e Assinatura do Representante Legal



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64



ANEXO XI

SUGESTÃO MODELO DE ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para fins de participação em licitações, a quem possa interessar, que a empresa....., inscrita no CNPJ....., localizada à Rua....., nº....., bairro....., neste município, já forneceu os produtos objeto do presente edital..... (especificar o material ou serviço), atendendo as especificações exigidas, onde cumpriu com todos os compromissos assumidos, inclusive, quanto ao prazo e à qualidade dos produtos fornecidos, e que até esta data não consta em nossos Registros, nenhum ato que macule ou desabone sua idoneidade.

Local e data

Assinatura do Representante

Nome do Representante

Nome da empresa/CNPJ

Obs: Esta Declaração deverá ser elaborada e assinada pelo representante legal.

Anexar ao Envelope n.º 2 – Documentação

50





ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64

ANEXO XIII

MODELOS DOS FORMULÁRIOS





ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64

ANEXO XII



DECLARAÇÃO DE QUALIDADE E RESPONSABILIDADE DO PRODUTO OFERTADO

_____ (empresa) CNPJ/MF _____, situada à _____, por meio de seu representante legal ao final assinado, declara assumir inteira responsabilidade do produto ofertado descrito em nossa proposta de preços ao Pregão Presencial nº _____.

Declaramos ainda, que por motivo de força maior e caso fortuito, ou ausência de culpa de nossa parte, devidamente comprovada, em fornecer o produto ofertado, submeteremos a apreciação do Setor competente, novo produto igual ou equivalente, atendendo aos preços contratados, desde que aceito pela Administração.

Por derradeiro, que pelo descumprimento total ou parcial da execução do objeto do Pregão, suportaremos todas as consequências legais, inclusive com a inexecução do Contrato.

Localidade, _____ de _____ de _____.

Representante.



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
CNPJ: 05.131.180/0001-64

ANEXO XIII

MODELOS DOS FORMULÁRIOS



BLOCO 03 – TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

01	FICHA DE REFERÊNCIA - BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4 FRENTE E VERSO
02	REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA - BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4 FRENTE E VERSO
03	LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
04	LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO - BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4 FRENTE E VERSO
05	RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE - BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
06	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBUATORIAL BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
07	PEDIDO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO (P.T.F.D) BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
08	TERMO DE RESPONSABILIDADE - TFD PAPEL 75G FORMATO A4 (BLOCO COM 100 FOLHAS) PAPEL 75G FORMATO A4



111

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FICHA DE REFERÊNCIA

CONSULTA MARCADA

MÉDICO: _____
ESPECIALIDADE: _____
DATA: ____/____/____ HORA: ____
RESP. P/ MARCAÇÃO DA CONSULTA: _____

DE: Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento de Óbidos

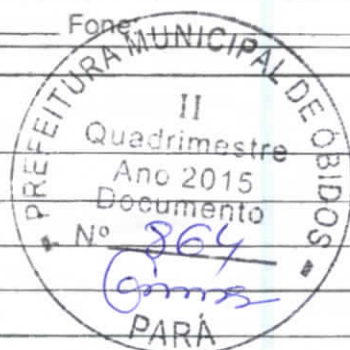
PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Matricula: _____
Idade: _____ Sexo: Masc. Fem. Estado Civil: _____
Ocupação: _____ Natural _____
Residência: _____ Zona: Urb. Rur.
Responsável: _____ Parentesco: _____
Endereço: _____ Fone: _____

MOTIVO

Motivo de Encaminhamento _____



CONTRA REFERÊNCIA

DO: _____

PARA: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Matricula: _____
Idade: _____ Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem. Estado Civil: _____ Ocupação: _____
Residência: _____ Zona: ☐ Urb. ☐ Rur.
(MUNICÍPIO, RUA Nº E BAIRRO OU LOCALIDADE)
Responsável: _____ Parentesco: _____
Endereço: _____ Fone: _____

NA UNIDADE DE ORIGEM

ENTRADA

Data: ____/____/____ Hora: ____ Responsável Assinatura: _____
Condições de Chegada do Paciente: ☐ Acompanhado ☐ Desacompanhado
☐ Acompanhado ☐ Andando Apoiado ☐ Carregado ☐ Consciente
☐ Inconsciente ☐ Semi-Consciente ☐ Morto - Sintomas e Sinais
Presente ao Chegar: _____

OBSERVAÇÃO

NÃO OBSERVADO

MOTIVO: _____

DADOS CLÍNICOS

Queixa Principal: _____
 Tempo de Doença Dias Data de início: ____/____/____ Forma de início ☐ Súbito ☐ Insidioso Evolução ☐ Rápido ☐ Lenta
 História de Contágio: ☐ Domiciliar ☐ Extradomiciliar ☐ Ignorado ☐ Pré-Natal ☐ Sim ☐ Não
 Ordem de Gestão _____ Ignorado N° de Abortos: _____ Toxemia Presente ☐ Sim ☐ Não
 Análise Tetânica: ☐ Dose Completa ☐ Dose Incompleta ☐ Nenhuma Tratamento para Sífilis ☐ Sim ☐ Não
 Hemorragia: ☐ Sim ☐ Não Tempo de Gestação _____ Semanas Altura do fundo do Útero Em BCF/min. _____
 Situação do Feto: ☐ Longitudinal ☐ Transversal Apresentação do Feto ☐ Cefálica ☐ Córquica ☐ Pélvica
 Sintomas e Sinais iniciais e ou atuais: _____

4

Tratamento já Realizado: Em domicílio: _____

Na Unid. de Saúde: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Diagnóstico Referencial: _____



EXAMES COMPLEMENTARES

Tipagem Sanguínea RH: _____ ABO _____ Hemácias _____ mm³
 HB _____ g% Leucócitos _____ mm³ Hematócrito: _____ %
 VDRL: _____ Pesquisa de BAAR (escarro): _____ Fezes (DIR): _____
 Urina: _____ Proteínas: _____ Subs. Redutoras: _____ Sedimentos: _____

5

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

NOME DO CARIMBO _____

CRM _____

DATA _____

ATENÇÃO PRESTADA

Exames complementares Realizados _____

Confirma Diagnóstica: _____

Tratamento (s) Instituído (s): _____

Intercorrências: _____

Sugestões para Continuidade do Tratamento _____

5

INTERNAÇÃO

Admissão: Data ____/____/____ Hora ____ Leito ____ Clínica ☐ Gineco-Obstétrica ☐ Psiquiátrica ☐ Cirúrgica ☐ Médica ☐ Tipo de Gestação: ☐ Única ☐ Dupla ☐ Múltipla
 Tipo de Parto: ☐ Normal ☐ Com Episiotomia ☐ Sem Episiotomia ☐ Laceração ☐ Distócico ☐ Central ☐ Indicação ☐ Laceração
 Complicações: ☐ Eclampsia ☐ Hemorragia ☐ Infecção Puerperal ☐ Outros
 Condições do Feto: ☐ Vivo ☐ Natimorto ☐ Neomorto Alta: Data ____/____/____ Hora ____
 Tipo de Alta: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Óbito ☐ Transferência ☐ A pedido ☐ Fuga ☐ Outro

6

ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE _____

CARIMBO SAM _____

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL _____

7

[Handwritten signature]

MINISTÉRIO DA SAÚDE



REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama

(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

UF CNES da Unidade de Saúde
 Unidade de Saúde
 Código Município Município
 Prontuário

Cartão SUS*

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino
 Nome Completo do(a) paciente*

Apelido do(a) paciente

Nome Completo da Mãe*

CPF

Data de Nascimento* Idade*

Dados Residenciais
 Logradouro

Número Complemento

Código Município Município Bairro UF

CEP DDD Telefone

Ponto de Referência

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

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

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
- Mulheres com história pessoal de câncer de mama

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

- ☐ Sim
☐ Nunca foram examinadas anteriormente
☐ Não sabe

4- Fez mamografia alguma vez?*

- ☐ Sim. Quando fez a última mamografia? Ano
☐ Não
☐ Não sabe

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

- ☐ Sim, mama direita
☐ Sim, mama esquerda
☐ Não
☐ Não sabe

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

Mama direita		Mama esquerda
	Biópsia cirúrgica incisional	
	Biópsia cirúrgica extensiva	
	Centroleptomia	
	Segmentectomia	
	Ductectomia	
	Mastectomia	
	Mastectomia poupadora pele	
	Mastectomia poupadora de pele e complexo aréola-papilar	
	Linfadenectomia axilar	
	Biópsia de linfonodo sentinela	
	Reconstrução mamária	
	Mastoplastia redutora	
	Inclusão de implantes	
☐	Não fez cirurgia	



PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LAUDO MÉDICO PARA EMIÇÃO DE AIH



01 - NÚMERO DO LAUDO

02 - NÚMERO DO PEDIDO DE VAGA

03 - UNIDADE DE SAÚDE DE ORIGEM

DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE

04 - CÓDIGO

04 - CGC/MF

06 - UNIDADE DE SAÚDE DE DESTINO

07 - CÓDIGO

08 - CGC/MF

DADOS DO PACIENTE

09 - NOME DO PACIENTE

12 - ENDEREÇO

15 - MUNICÍPIO DE ORIGEM

16 - BAIRRO

10 - DATA DO NASCIMENTO

11 - SEXO

M () F ()

13 - CEP

14 - NACIONALIDADE

17 - UF

18 - C.P.F.

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

20 - MÉDICO AUTORIZADOR (Carimbo e Assinatura)

DADOS DA INTERNAÇÃO

21 - CPF DO MÉDICO SOLICITANTE

22 - LEITO Nº

23 - ENFERMARIA Nº

24 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

25 - DATA DA INTERNAÇÃO

26 - CPF DO DIRETOR CLÍNICO

27 - FUNCIONÁRIO DE CONTATO DO HOSPITAL

28 - NÚMERO DO PRONTUÁRIO

29 - AIH ANTERIOR

30 - AIH POSTERIOR

ACIDENTE
DE
TRÂNSITO

31 - CAUSA EXTERNA

32 - CGC/MF DA SEGURADORA

33 - NÚMERO DO BILHETE

34 - SÉRIE

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

35 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

36 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

37 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

38 - DIAGNÓSTICO INICIAL

39 - CLÍNICAS

1() CIRÚRGICA 2() OBSTÉTRICA 3() CLÍNICAS MÉDICAS 4() PFT 5() PSIQUIÁTRICA
6() TISIOPIEUM 7() PEDIATRIA 8() REABILITAÇÃO 9() Outras

40 - CID DO DIAGNÓSTICO INICIAL

41 - CÓDIGO PROCEDIMENTO SOLICITADO

42 - PROCEDIMENTO

43 - DATA DA EMISSÃO

44 - MÉDICO SOLICITANTE (Carimbo e Assinatura)

45 - DIRETOR CLÍNICO OU GERENTE (CARIMBO E ASSINATURA)

46 - DATA DA ALTA

47 - SITUAÇÃO DO LAUDO

48 - ANESTESIA

1() GERAL 2() RAQUÍDICA 3() LOCAL

4() PERIDURAL 5() NÃO

52 - PROCEDIMENTO

1() LIMPO 2() POT. CONTAMINADO
3() CONTAMINADO 4() INFECTADO

49 - ACIDENTE DE TRABALHO

1() C/ÓBITO 2() C/SEQUELA
3() S/SEQUELA 4() NÃO

53 - SUPURAÇÃO

1() SIM 2() NÃO

50 - INFECÇÃO

1() HOSP 2() COMUNIT 3() NÃO

54 - ÓBITO P/ INFECÇÃO

1() SIM 2() NÃO

51 - ANTIMICROBIANO

1() PROFIÁTICO 2() TERAPÊUTICO 3() NÃO

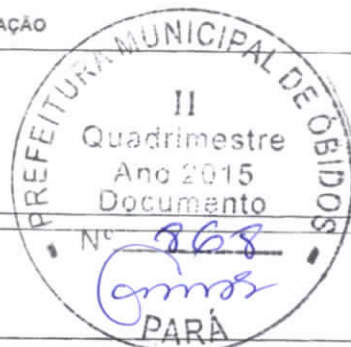
55 - GESTANTE ALTO RISCO

1() SIM 2() NÃO

56 - MÉDICO(S) AUTORIZADOR(ES) (Carimbo e Assinatura)

57 - MÉDICO(S) AUTORIZADOR(ES) (Carimbo e Assinatura)

JUNTA DE AUTORIZAÇÃO DE
LAUDOS DE AIH ELETIVA





PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
RUA ALMIRANTE BARROSO, Nº 330

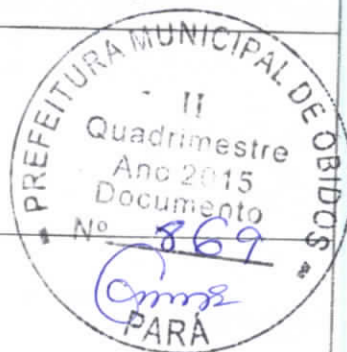
LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO (L.M.)

ANEXO AO PEDIDO Nº

PACIENTE	NOME		
	RESIDÊNCIA		
	TELEFONE		
	PROFISSÃO		DATA DE NASCIMENTO
ACOMPANHAMENTO	NOME	DOC. IDENTIDADE	
	RESIDÊNCIA	RELAÇÃO C/ PACIENTE	

1 - Histórico da doença atual:

2 - Exame Físico:



- Diagnóstico provável:

CID

- Exame(s) complementar(es) realizado(s). Anexar cópias.

- Tratamento(s) realizado(s)

- Tratamento/exame indicado:

- Duração provável do tratamento:

115

[Handwritten signatures and initials]

[Handwritten signature]

LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

- Justificar as razões que impossibilitam a realização do tratamento/exame na localidade:

- Justificar em caso de necessidade de encaminhamento urgente:



- Justificar em caso de necessidade de acompanhante:

- Transporte recomendável:

Justificar:

- Outras orientações:

Local e Data

Médico - Assistente
Junta Médica - Carimbo - CRM

- Parecer de Divisão/Serviço Local de Medicina Social/Serv. de Med. Social

Local e Data

Assinatura - Carimbo - Matrícula

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE _____ 4 - N° DO PRONTUÁRIO _____

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

9 - NOME DA MÃE _____ 10 - TELEFONE DE CONTATO _____

11 - NOME DO RESPONSÁVEL _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO _____

13 - ENDEREÇO (RUA, N°, 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 _____

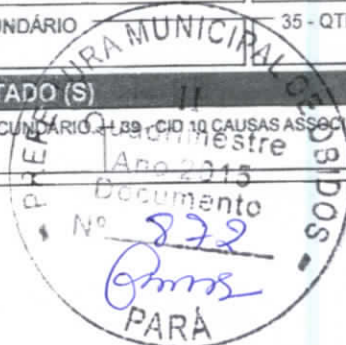
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 32 - QTDE _____

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 (N° REGISTRO DO CONSELHO) _____

43 - DOCUMENTO _____ 44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____

48 - DOCUMENTO _____ 49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ 51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) _____ 53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ 55 - CNES _____

117

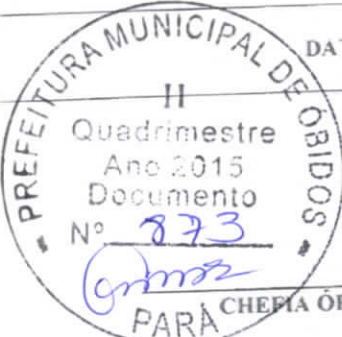
[Handwritten signatures and initials]



PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA ALMIRANTE BARROSO, Nº 330

PEDIDO Nº

**PEDIDO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICILIO
(PTFD)**

PACIENTE	NOME	DOC. IDENT.	
	RESIDÊNCIA		
	TELEFONE PARA CONTATO	CARTÃO SUS PACIENTE	DATA NASCIMENTO
ACOMPANHANTE	NOME	DOC. IDENT.	
	RESIDÊNCIA	RELAÇÃO C/ PACIENTE	
PARA USO DO ÓRGÃO DE ORIGEM	CODIGO DE ORIGEM	CARTÃO SUS ACOMPANHANTE	DATA: / /
	1- Encaminha-se a original deste pedido, juntamente com a 1ª e 2ª vias do laudo médico à 512-044.54		
	2- Aguarda-se resposta		
PARA USO DO ÓRGÃO DE DESTINO	CODIGO DESTINO	CHEFIA DO ÓRGÃO EMISSOR	DATA: / /
	1-Em face dos nossos recursos médico-assistenciais <u>É EXEQUIVEL</u> o tratamento solicitado NÃO É EXEQUIVEL		
	2-Providencie-se na forma da OS/Nº		
	CODIGO DO SETOR	DATA: / /	
	DESCREVER PROVIDÊNCIAS		
À _____			

118

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Bloco 01 100

05 blocos



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS
TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Nº STFD _____

Eu, _____

Residente à _____

Domiciliando no município de _____

Portador do RG Nº _____, venho de livre e espontânea vontade assumir o compromisso de acompanhar o paciente _____



Comprometo-me a prestar completa assistência durante todo o seu tratamento, assim como, não desistir deste compromisso em hipótese nenhuma.

Deveria também comparecer ao Serviço de TFD do município _____ munido do processo, para receber orientações quanto ao tratamento do paciente e quando ocorre qualquer intercorrência.

MUNICÍPIO

DATA

ASSINATURA DO ACOMPANHANTE

TESTEMUNHA



SAÚDE COM RESPEITO E RESPONSABILIDADE

119

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



MODELO

BLOCO 04

120

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



BLOCO 04 - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

01	ATENDIMENTO PSICOLÓGICO BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4 FRENTE E VERSO
02	ATENDIMENTO PSICOLÓGICO-CONTINUAÇÃO BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4 FRENTE E VERSO
03	CARTEIRA DE APRAZAMENTO DO CAPS CAPA COM PAPEL 40K, CONTENDO 06 PÁGINAS
04	CARTEIRA DE APRAZAMENTO PARA ATENDIMENTOS PSICOLÓGICOS FRENTE VERSO PAPEL 40 K FORMATO 10,5X29,5L
05	ENCAMINHAMENTO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
06	FICHA DE ACOLHIMENTO BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
07	FICHA DE NOTIFICAÇÃO E CONTROLE DE DOENÇA MENTAL E EPILEPSIA PAPEL 75G FORMATO A4
08	LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S) BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
09	PRONTUÁRIO DO CLIENTE - CAPS FRENTE E VERSO BLOCOS COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
10	PRONTUÁRIO DO CLIENTE - CONTINUAÇÃO CAPS FRENTE E VERSO BLOCOS COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
11	CARTÃO REGISTRO PAPEL 40K

122

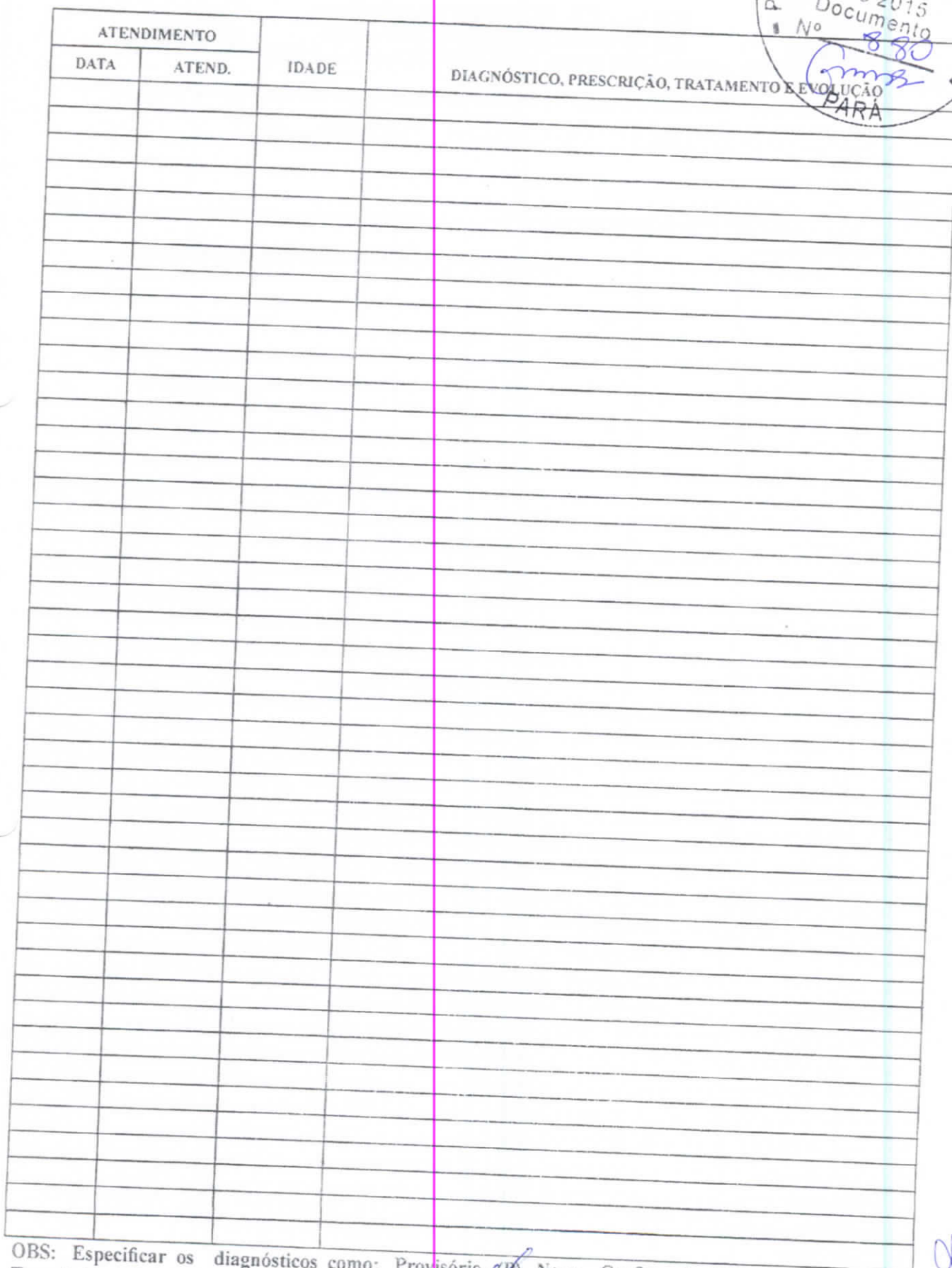
[illegible]



II
Quadrimestre
Ano 2015
Documento
Nº 879
MENTO E EVOLUÇÃO
PARA

[illegible]

123



OBS: Especificar os diagnósticos como: Provisório (P), Novo Confirmado (NC), Readmitido (R), Transferido (T), Sub-Sequente (SS) e as classificações requeridos por cada programa



ATENDIMENTOS PSICOLÓGICOS				
DATA	HORÁRIO	PRESENÇA	FALTA	PSICÓLOGA

ATENDIMENTOS PSICOLÓGICOS				
DATA	HORÁRIO	PRESENÇA	FALTA	PSICÓLOGA

[Handwritten signatures and initials]



PSICOLOGIA

Nome do Paciente: _____

Idade: _____ D.N.: _____

Endereço: _____

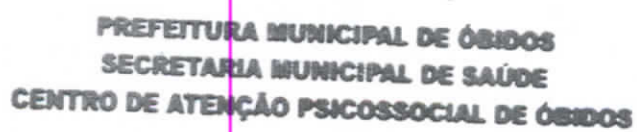
Tel.: _____

Responsável: _____

PSICOLOGIA: _____

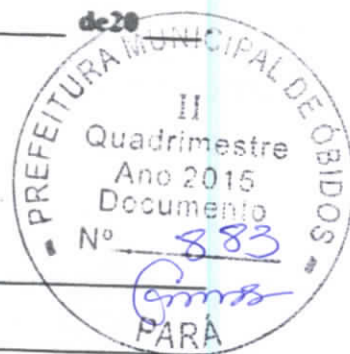
Psicólogo Responsável

Onde existe fé sempre brilha a esperança



Óbidos, ____ de ____ de 20__

ENCAMINHAMENTO



This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. A vertical red margin line runs down the left side of the page. In the top right corner, there is a circular stamp containing the word "PAR" and some illegible handwritten marks. The rest of the page is blank.

123

gb



OBS: Especificar os diagnósticos como: Provisório (P), Novo Confirmado (NC), Readmitido (R), Transferido (T), Sub-Sequente (SS) e as classificações requeridos por cada programa

[illegible]

OBS: Especificar os diagnósticos como: Provisório (P), Novo Confirmado (NC), Readmitido (R), Transferido (T), Sub-Sequente (SS) e as classificações requeridos por cada programa

provisório (P), Novo Confirmado (NC), Readmitido (R),
ações requeridos por cada programa



CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I -CAPS



PRONTUÁRIO DO CLIENTE - Continuação

Nome:

[illegible]

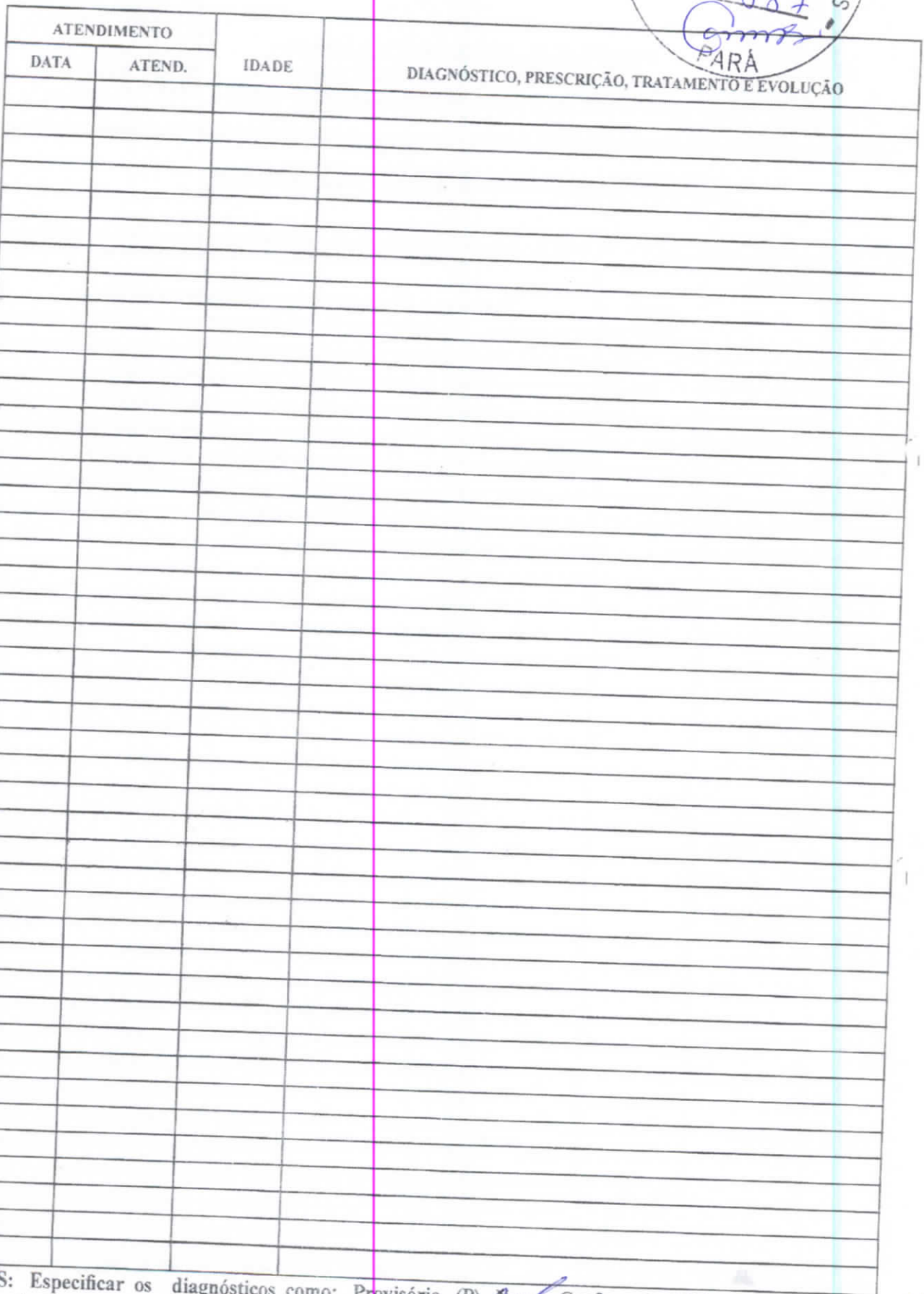
OBS: Especificar os diagnósticos como: Provisório (P), Novo Confirmado (NC), Readmitido (R), Transferido (T), Sub-Sequente (SS) e as classificações requeridos por cada programa

127

86



Shahid



OBS: Especificar os diagnósticos como: Provisório (P), Novo Confirmado (NC), Readmitido (R), Transferido (T), Sub-Sequente (SS) e as classificações requeridas por cada programa



MODELO

BLOCO 05

128 

96  

BLOCO 05 - ALMOXARIFADO

01	REQUISIÇÃO AO ALMOXARIFADO DUAS VIAS BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORAMTO 15AX21L
02	SOLICITAÇÃO DE PEDIDO PARA O SETOR DE COMPRAS E SERVIÇOS BLOCO COM 100 BLOCOS PAPEL 75G FORMATO A4
03	REQUISIÇÃO DUAS VIAS BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO 13AX21L



129

[Signature]

[Signature]

[Signature]



gt



[Signature]

Óbidos, ____/____/____

DO SETOR: _____
À
SEMSA



SOLICITO:

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. Equipamentos | ☐ 13. Mat. de Processamentos de Dados |
| ☐ 2. Material técnico | ☐ 14. Equipamento de Processamentos de Dados |
| ☐ 3. Material de Expediente | ☐ 15. Mat. d]Manutenção de Bens Imóveis |
| ☐ 4. Medicamento | ☐ 16. Mat. Manutenção e Cons. Veículos |
| ☐ 5. Mat. Laboratorial | ☐ 17. Mat. Elétrico e eletrônico |
| ☐ 6. Mat. Odontológico | ☐ 18. Mat. de Acondicionamento e Embalagem |
| ☐ 7. Mat. de Higiene e Limpeza | ☐ 19. Fornecimento de Alimentação |
| ☐ 8. Gêneros Alimentícios | ☐ 20. Mobiliário em Geral |
| ☐ 9. Combustíveis e Lubrificantes Automotivos | ☐ 21. Aparelhos e Utensílios Domésticos |
| ☐ 10. Diárias | ☐ 22. Serv. Terceiros-Pessoa Física |
| ☐ 11. Passagens | ☐ 23. Serv. Terceiros-Pessoa Jurídica |
| ☐ 12. Aparelhos e Equip. de Comunicação | ☐ 24. Outros |

Outros: _____

DISCRIMINAÇÃO DO PEDIDO:

Destino do Material: _____

Assinatura do Requisitante

432

MODELO

BLOCO 06



33

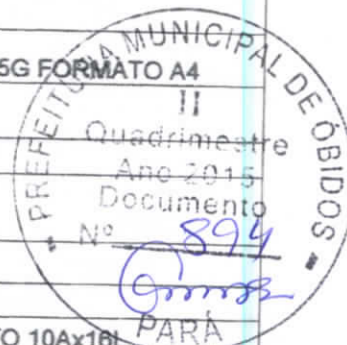
A large, stylized handwritten signature in blue ink.

ob J.

A handwritten signature in blue ink.

Bloco 06 - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde - EACS

01	CARTÃO Nº FAMILIA PAPEL 40K FORMATO 10,5Ax15L
02	COMPROVANTE DE VISITA DOMICILIAR BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO 13Ax19L
03	DADOS PARA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
04	DECLARAÇÃO - NÃO REALIZAR BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
05	DECLARAÇÃO - NÃO RECEBER BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
06	DECLARAÇÃO (MORADOR BAIRRO) BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMAYTO A4
07	DECLARAÇÃO (MORADOR COMUNIDADE) BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
08	ENCAMINHAMENTO ACS BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO 8Ax16L
09	ENVELOPES (PARA ARQUIVO) PAPEL 75G FORMATO 24Ax17,5L
10	ESCALA DE ATIVIDADE EACS/ESF BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
11	FICHA B - DIA PAPEL 75G FORMATO A4 FRENTE E VERSO
12	FICHA B - GES PAPEL 75G FORMATO A4 FRENTE E VERSO
13	FICHA B - HÁ PAPEL 75G FORMATO A4 FRENTE E VERSO
14	FICHA B - HAN PAPEL 75G FORMATO A4 FRENTE E VERSO
15	FICHA B - TB PAPEL 75G FORMATO A4 FRENTE E VERSO
16	NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO 10Ax10L
17	PERFIL DA ÁREA DE ATUAÇÃO EACS/ESF 2 PÁGINAS FRENTE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
18	REGISTRO DE VISITA DOMICILIAR BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
19	REGISTRO DE VISITA DOMICILIAR-CONTINUAÇÃO BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
20	RELATÓRIO DE IDOSO CADASTRADOS BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
21	RELATORIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO - COMPLEMENTAR PMA2-C BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75 G FORMATO A4
22	RELATORIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO - PMA2 BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4
23	RELATÓRIO SSA - 2 (ACS) BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4 FRENTE E VERSO
24	RELATÓRIO SSA - 2 (ENFERMEIRO) BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO A4 FRENTE E VERSO
25	REQUISIÇÃO DE SORO E HIPOCLORITO BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 754G FORMATO 14Ax21L
26	REQUISIÇÃO PARA GASOLINA - ACS BLOCO COM 100 FOLHAS PAPEL 75G FORMATO 12,5Ax19,5L



134

[Handwritten signatures and initials]



527



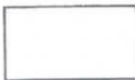
PREFEITURA MUNICIPAL DE OBIDOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Sede: 01/00000000

U. S. F.
A. C. S.

Nº FAMÍLIA

MEMBROS: ENDEREÇO:





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTRATÉGIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
Rua Almirante Barroso, 338 – Cep. 68.250-000
COMPROVANTE DE VISTA DOMICILIAR



Estado do Pará
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ Nº 05.131.180/0004-07 – Fone: (91) 3547-2979
Rua Almirante Barroso, 330, Centro – CEP: 68.250-000
E-mail: semsaobidos@yahoo.com.br

DADOS PARA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

Nome da mãe:

Data de Nasc.:/...../..... Idade: Naturalidade:

Cartão do SUS:

Escolaridade (estudou até que série?): Ocupação:

Situação conjugal: () Solteira () Casada () Viúva

() Separada/divorciada () União Estável () Ignorada

Raça/Cor da mãe: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena

Residência da mãe/ENDEREÇO:

Bairro: Município: UF:

Nome do Pai:



Idade do Pai:

Recém-nascido:

Data de nascimento:/...../..... Hora: () Manhã () Noite

Sexo: () Masculino () Feminino Peso ao nascer:

Detectado algum defeito congênito ao nascer? () SIM () Não

Local da Ocorrência:

Endereço:

Bairro: Município: UF:

Gestações Anteriores:

- Nº de gestações anteriores:
- Nº de partos vaginais:
- Nº de cesáreas:
- Nº de nascidos vivos:
- Nº de perdas fetais / abortos:

Gestação Atual:

Data da última Menstruação (DUM):/...../..... Semanas de gestação:

Método utilizado para estimar Semana de Gestação () Exame físico () Outro () Ignorado

Número de consultas de Pré-natal:

Mês de gestação que iniciou o Pré-natal:

Tipo de Gravidez: () Única () Dupla () Tripla ou + () Ignorado

Parto:

Apresentação: () Cefálica () Pélvica () Transversais () Ignorado

Trabalho de parto foi induzido? () Sim () Não () Ignorado

Tipo de Parto: () Vaginal () Cesáreo () Ignorado

Nascimento assistido por: () médico () Enfermeiro () Parteira () Outros () Ignorado

Assinatura A.C.S.:

RG:

Data do preenchimento:/...../.....

137
sb
J
J

PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
EACS - ESTRATÉGIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE



Saúde da Família

Através do presente documento verificamos que o (a) Senhor (a)
_____, residente e domiciliado na microarea
_____, comunidade _____, no meio rural e/ ou
urbano, no município de Óbidos, assume inteira responsabilidade em NÃO REALIZAR o (a)
_____ na unidade de saúde no município de Óbidos, ficando em
sua inteira responsabilidade qualquer intercorrência que venha a ocorrer mediante essa recusa.

Como testemunhas do presente assinam:

Moradora do domicílio ou testemunha

Agente Comunitário de Saúde

Coordenadora da Eacs

Óbidos - Pará



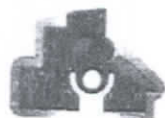
138

86

87

88

PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
EACS – ESTRATÉGIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE



Saúde da Família

Através do presente documento verificamos que o Srº (a),
_____, residente e domiciliado na
microarea_____, comunidade_____, no meio rural, no
município de Óbidos, assume inteira responsabilidade em NÃO RECEBER o atendimento do
Agente Comunitário de Saúde _____

Como testemunhas do presente assinam:

Morador do domicílio

Agente Comunitário de Saúde

Coordenadora da Eacs

Óbidos – Pará



____/____/____

439

[Signature]

86

[Signature]

[Signature]



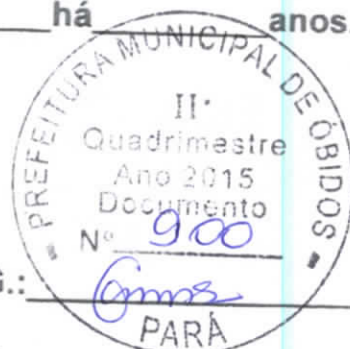
ESTRATÉGIA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) senhor
(a) _____,
portador(a) do CPF nº _____ e documento de identidade
nº _____, é morador(a) da
Comunidade _____ há _____ anos.

Testemunhas:

01. _____ RG.: _____
02. _____ RG.: _____
03. _____ RG.: _____



Agente Comunitário de Saúde

Coordenadora do ESF/EACS

Óbidos (PA), _____ de _____ de 20____.

140


PREFEITURA MUNICIPAL DE OBIDOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTRATÉGIA DE AGENTES COMUNITARIOS DE SAÚDE

A.U.S. _____
 Encaminhado o(a) Sr.(a) _____
 comunidade _____
 que necessita de atendimento de Saúde. _____
 A.C.S. _____
 Comunidade/Bairro: _____
 Data: ____/____/____

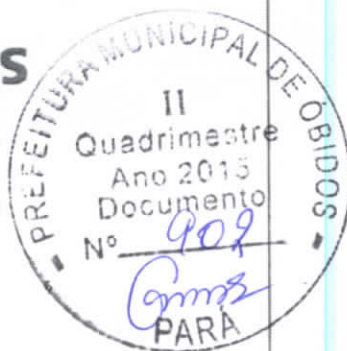


141





Saúde da Família



FAMÍLIA
Nº

PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF

UNIDADE DE SAÚDE _____

END: _____

PERÍMETRO: _____

ACS: _____

Handwritten signatures and initials in blue ink at the bottom of the page.

END.: _____
 PERÍMETRO: _____
 ACS: _____

UNIDADE DE SAÚDE: St. Bairro Correas P. João

Saúde da Família

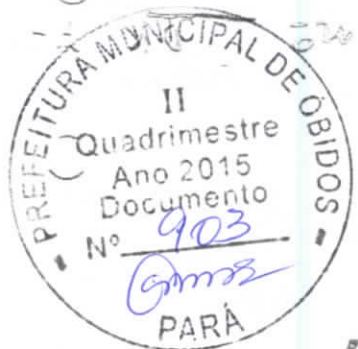


FAMÍLIA
 Nº 05

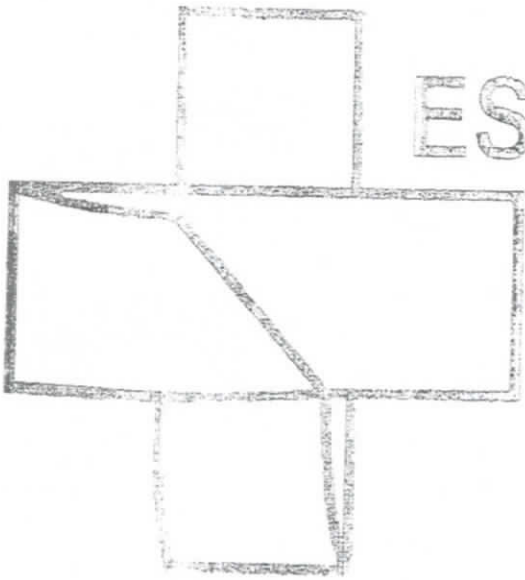


ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF

PREFEITURA MUNICIPAL DE OBIDOS
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ESTADO DO PARÁ



SUS

Sistema
 Único de
 Saúde

[Handwritten signature]

86

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



Estado do Pará
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ Nº. 05.131.180/0004-07 – Fone: (93) 3547 - 1593/2979
Rua Almirante Barroso, 330, Centro - CEP: 68.250-000
E-mail: semsaobidos@yahoo.com.br

ESCALA DE ATIVIDADES EACS / ESF



PROFISSIONAL: _____

MÊS: _____

ANO: _____

BAIRRO/COMUNIDADE: _____

17/7									

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

[Handwritten initials]

[Handwritten signature]



FICHA B - DIA		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA										ANO					
MUNICÍPIO		SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS:											
ACOMPANHAMENTO DE DIABÉTICOS																	
Identificação		Sexo	Idade	Meses												Observações	
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
Nome	Endereço			Data da visita do ACS													
				Faz dieta													
				Faz exercícios físicos													
				Usa insulina													
				Toma hipoglicemiante oral													
				Data da última consulta													
Nome	Endereço			Data da visita do ACS													
				Faz dieta													
				Faz exercícios físicos													
				Usa insulina													
				Toma hipoglicemiante oral													
				Data da última consulta													
Nome	Endereço			Data da visita do ACS													
				Faz dieta													
				Faz exercícios físicos													
				Usa insulina													
				Toma hipoglicemiante oral													
				Data da última consulta													
Nome	Endereço			Data da visita do ACS													
				Faz dieta													
				Faz exercícios físicos													
				Usa insulina													
				Toma hipoglicemiante oral													
				Data da última consulta													

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.



FICHA B - DIA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA					ANO
MUNICÍPIO 	SEGMENTO 	UNIDADE 	ÁREA 	MICROÁREA 	NOME DO ACS:	

ACOMPANHAMENTO DE DIABÉTICOS

Identificação	Sexo	Idade		Meses												Observações
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Nome Endereço			Data da visita do ACS													
			Faz dieta													
			Faz exercícios físicos													
			Usa insulina													
			Toma hipoglicemiante oral													
			Data da última consulta													
Nome Endereço			Data da visita do ACS													
			Faz dieta													
			Faz exercícios físicos													
			Usa insulina													
			Toma hipoglicemiante oral													
			Data da última consulta													
Nome Endereço			Data da visita do ACS													
			Faz dieta													
			Faz exercícios físicos													
			Usa insulina													
			Toma hipoglicemiante oral													
			Data da última consulta													
Nome Endereço			Data da visita do ACS													
			Faz dieta													
			Faz exercícios físicos													
			Usa insulina													
			Toma hipoglicemiante oral													
			Data da última consulta													

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

[Handwritten initials]

[Handwritten signature]



Identificação da gestante	Data da última regra	Data provável do parto	Data da Vacina	Estado Nutricional : D - Desnutrida N - Nutrida																Data da consulta de pré-natal	Fatores de risco	Resultado da gestação atual			Data da consulta de puerpério			
				Mês de gestação										Mês de gestação														
				1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3			4	5	6	7	8	9	
Nome:																												
Endereço:																							6 ou mais gestações					
																							Natimorto/Aborto					
																							36 anos e mais					
																							Menos de 20 anos					
	OBS:																						Sangramento					
																						Edema						
																						Diabetes						
																						Pressão Alta						
Nome:																												
Endereço:																							6 ou mais gestações					
																							Natimorto/Aborto					
																							36 anos e mais					
																							Menos de 20 anos					
	OBS:																						Sangramento					
																						Edema						
																						Diabetes						
																						Pressão Alta						
Nome:																												
Endereço:																							6 ou mais gestações					
																							Natimorto/Aborto					
																							36 anos e mais					
																							Menos de 20 anos					
	OBS:																						Sangramento					
																						Edema						
																						Diabetes						
																						Pressão Alta						
Nome:																												
Endereço:																												



FICHA B-GES		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA										ANO [] [] [] []																				
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE			ÁREA			MICROÁREA		NOME DO ACS:																						
ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES																																
Identificação da gestante	Data da última regra	Data provável do parto	Data da Vacina				Estado Nutricional : D - Desnutrida N - Nutrida				Data da consulta de pré-natal				Fatores de risco	Resultado da gestação atual			Data da consulta de puerpério													
			1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8		9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NV	NM	AB	1	2		
Nome:																									6 ou mais gestações							
Endereço:																									Natimorto/Aborto							
																									36 anos e mais							
																									Menos de 20 anos							
																									Sangramento							
																									Edema							
																									Diabetes							
																									Pressão Alta							
Nome:																									6 ou mais gestações							
Endereço:																									Natimorto/Aborto							
																									36 anos e mais							
																									Menos de 20 anos							
																									Sangramento							
																									Edema							
																									Diabetes							
																									Pressão Alta							
Nome:																									6 ou mais gestações							
Endereço:																									Natimorto/Aborto							
																									36 anos e mais							
																									Menos de 20 anos							
																									Sangramento							
																									Edema							
																									Diabetes							
																									Pressão Alta							

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

[Handwritten signature]



FICHA B - HA		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE																
MUNICÍPIO		SEGMENTO	SIST	DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA						ANO								
				UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA				NOME DO ACS								
ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS																		
Identificação		Sexo	Idade	Fumante		Meses												Observações
				Sim	Não	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Nome						Data da visita do ACS												
Endereço						Faz dieta												
						Toma a medicação												
						Faz exercícios físicos												
						Pressão arterial												
						Data da última consulta												
Identificação		Sexo	Idade	Fumante		Meses												Observações
				Sim	Não	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Nome						Data da visita do ACS												
Endereço						Faz dieta												
						Toma a medicação												
						Faz exercícios físicos												
						Pressão arterial												
						Data da última consulta												
Identificação		Sexo	Idade	Fumante		Meses												Observações
				Sim	Não	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Nome						Data da visita do ACS												
Endereço						Faz dieta												
						Toma a medicação												
						Faz exercícios físicos												
						Pressão arterial												
						Data da última consulta												

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

[Handwritten initials]



ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS

Identificação		Sexo	Idade	Fumante		Meses												Observações	
				Sim	Não	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
Nome	Endereço					Data da visita do ACS													
						Faz dieta													
						Toma a medicação													
						Faz exercícios físicos													
						Pressão arterial													
						Data da última consulta													
Nome	Endereço					Data da visita do ACS													
						Faz dieta													
						Toma a medicação													
						Faz exercícios físicos													
						Pressão arterial													
						Data da última consulta													
Nome	Endereço					Data da visita do ACS													
						Faz dieta													
						Toma a medicação													
						Faz exercícios físicos													
						Pressão arterial													
						Data da última consulta													

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]



FICHA		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE										ANO					
B - HAN		MA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA															
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS												
ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HANSENIASE																	
Identificação		Sexo	Idade	Meses												Outras Informações	
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
Nome: Endereço:			Data da Visita do ACS													Nº de Comunicantes	
			Toma Medicação Diária														
			Data da Última Dose Supervisionada														
			Faz Auto-cuidado														
			Data da Última Consulta														
			Comunicantes Examinados														
			Comunicantes que Receberam BCG														
Nome: Endereço:			Data da Visita do ACS												Nº de Comunicantes		
			Toma Medicação Diária														
			Data da Última Dose Supervisionada														
			Faz Auto-cuidado														
			Data da Última Consulta														
			Comunicantes Examinados														
			Comunicantes que Receberam BCG														
Nome: Endereço:			Data da Visita do ACS												Nº de Comunicantes		
			Toma Medicação Diária														
			Data da Última Dose Supervisionada														
			Faz Auto-cuidado														
			Data da Última Consulta														
			Comunicantes Examinados														
			Comunicantes que Receberam BCG														



ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HANSENÍASE																	
Identificação	Sexo	Idade		Meses												Outras informações	
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
Nome: Endereço:			Data da Visita do ACS													Nº de Comunicantes	
			Toma Medicação Diária														
			Data da Última Dose Supervisionada														
			Faz Auto-cuidados														
			Data da Última Consulta														
			Comunicantes Examinados														
			Comunicantes que Receberam BCG														
Nome: Endereço:			Data da Visita do ACS												Nº de Comunicantes		
			Toma Medicação Diária														
			Data da Última Dose Supervisionada														
			Faz Auto-cuidados														
			Data da Última Consulta														
			Comunicantes Examinados														
			Comunicantes que Receberam BCG														
Nome: Endereço:			Data da Visita do ACS												Nº de Comunicantes		
			Toma Medicação Diária														
			Data da Última Dose Supervisionada														
			Faz Auto-cuidados														
			Data da Última Consulta														
			Comunicantes Examinados														
			Comunicantes que Receberam BCG														
Nome: Endereço:			Data da Visita do ACS												Nº de Comunicantes		
			Toma Medicação Diária														
			Data da Última Dose Supervisionada														
			Faz Auto-cuidados														
			Data da Última Consulta														
			Comunicantes Examinados														
			Comunicantes que Receberam BCG														



FICHA B - TB		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE										SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA		ANO			
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS												
ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE																	
Identificação	Sexo	Idade		Meses												Outras Informações	
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
Nome: Endereço:			Data da Visita do ACS													Nº de Comunicantes	
			Toma Medicação Diária													Comunicantes < 5 Anos	
			Reações Indesejáveis														
			Data da Última Consulta														
			Exame de Escarro														
			Comunicantes Examinados														
			< 5 Anos com BCG														
Nome: 64f Endereço:			Data da Visita do ACS												Nº de Comunicantes		
			Toma Medicação Diária													Comunicantes < 5 Anos	
			Reações Indesejáveis														
			Data da Última Consulta														
			Exame de Escarro														
			Comunicantes Examinados														
			< 5 Anos com BCG														
Nome: Endereço:			Data da Visita do ACS												Nº de Comunicantes		
			Toma Medicação Diária													Comunicantes < 5 Anos	
			Reações Indesejáveis														
			Data da Última Consulta														
			Exame de Escarro														
			Comunicantes Examinados														
			< 5 Anos com BCG														



ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE

Identificação	Sexo	Idade	Meses												Outras Informações	
			Jan	Feb	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
Nome: Endereço:			Data da Visita do ACS													Nº de Comunicantes Comunicantes < 5 Anos
			Toma Medicação Diária													
			Reações Indesejáveis													
			Data da Última Consulta													
			Exame de Escarro													
			Comunicantes Examinados													
			< 5 Anos com BCG													
Nome: Endereço:			Data da Visita do ACS												Nº de Comunicantes Comunicantes < 5 Anos	
			Toma Medicação Diária													
			Reações Indesejáveis													
			Data da Última Consulta													
			Exame de Escarro													
			Comunicantes Examinados													
			< 5 Anos com BCG													
Nome: Endereço:			Data da Visita do ACS												Nº de Comunicantes Comunicantes < 5 Anos	
			Toma Medicação Diária													
			Reações Indesejáveis													
			Data da Última Consulta													
			Exame de Escarro													
			Comunicantes Examinados													
			< 5 Anos com BCG													
Nome: Endereço:			Data da Visita do ACS												Nº de Comunicantes Comunicantes < 5 Anos	
			Toma Medicação Diária													
			Reações Indesejáveis													
			Data da Última Consulta													
			Exame de Escarro													
			Comunicantes Examinados													
			< 5 Anos com BCG													



Estado do Pará
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO

Nome do Morto: _____
Nome da Comunidade: _____
Idade: _____ Sexo: ☐ M ☐ F
Data de nascimento: ____/____/____
Data do óbito: ____/____/____
Nome da mãe: _____
Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Outros
Morreu Onde? ☐ Domicílio ☐ Hospital ☐ Outros
Tipo de Morte: ☐ Natural ☐ Acidente
Causa da Morte: _____
De Onde Veio: _____

150



Estado do Pará

PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ Nº. 05.131.180/0004-07 - Fone: (93) 3547-1593/2979

Rua Almirante Barroso, 330, Centro - CEP: 68.250-000

E-mail: semsaobidos@yahoo.com.br

PERFIL DA ÁREA DE ATUAÇÃO EACS / ESE



Enfermeiro (a): _____

Agente Comunitário de Saúde: _____

Bairro/Comunidade: _____

Zona: _____

Nº de Famílias: _____

Ano: _____

POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA:

Grupo Etário	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
> 1 Ano			
1 Ano			
2 Anos			
3 Anos			
4 Anos			
5 Anos			
6 Anos			
7 Anos			
8 Anos			
9 Anos			
10 Anos			
11 Anos			
12 Anos			
13 Anos			
14 Anos			
14 a 19 Anos			
20 a 24 Anos			
25 a 29 Anos			
30 a 34 Anos			
35 a 39 Anos			
40 a 44 Anos			
45 a 49 Anos			
50 a 54 Anos			
55 a 59 Anos			
60 Anos +			
TOTAL			

ESCOLARIDADE:

Faixa Etária	Analfabeto	1º GRAU		2º GRAU		3º GRAU	
		Completo	Incompleto	Completo	Incompleto	Completo	Incompleto
7 A 14 Anos							
15 A 19 Anos							
20 A 24 Anos							
25 A 29 Anos							
30 A 34 Anos							
35 A 39 Anos							
40 A 44 Anos							
45 A 49 Anos							
50 A 54 Anos							
TOTAL							

151

gb

J.

ESTRUTURA DAS ÁREAS:

PREFEITURA MUNICIPAL DE PABOIS

II

Quadrimestre

Ano 2015

Documento

Nº 917

Comiss

PARÁ

QUALIFICAÇÃO DA ÁREA

TIPO DE CASA		QUANTIDADE
Tijolo / Avenaria		
Taipa Revestida		

REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARES NO MUNICÍPIO DE ÓBIDOS

Periodo:

ACS:

Comunidade:

PREFEITURA MUNICIPAL DE OBIDOS

II

Quadrimestre

Ano 2015

Documento

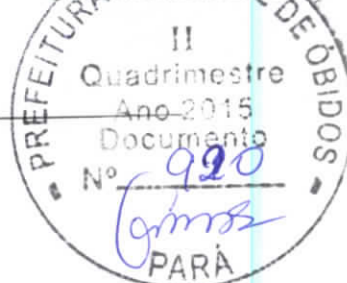
Nº 918

PARÁ

Estado do Pará
 Prefeitura Municipal de Óbidos
 Secretaria Municipal de Saúde
 CNPJ N.º 05.131.180/0004-07 – Fone: (93) 3547-1593
 Rua Almirante Barroso, 338, Centro – CEP: 68.250-000



Saúde da Família



MUNICÍPIO: _____ CRS: _____
 UNIDADE DE SAÚDE: _____
 MÊS: _____
 TOTAL DE IDOSOS CADASTRADOS: _____
 TOTAL DE IDOSOS CADASTRADOS NO MÊS: _____

IDOSOS CADASTRADOS		MASC	FEM	TOTAL
IDADE	60 a 65 anos			
	66 a 70 anos			
	71 a 75 anos			
	76 a 80 anos			
	+ 80 anos			
	TOTAL			
ANOS DE ESTUDO	ANALFABETO			
	Até 4 anos			
	De 4 a 8 anos			
	+ 8 anos			
BEBE	SIM			
	NÃO			
FUMA	SIM			
	NÃO			
MORA SÓ	SIM			
	NÃO			
VACINA	SIM			
	NÃO			
CAPACIDADE FUNCIONAL	I			
	D.P			
	D.I			
	D.T			
REFERE-SE 05 OU + REMÉDIOS	SIM			
	NÃO			
USA 05 OU + REMÉDIOS	SIM			
	NÃO			
QUEDAS	SIM			
	NÃO			
ATIVIDADE FÍSICA	SIM			
	NÃO			
OCUPAÇÃO	ATIVO			
	INATIVO			
PESO	BAIXO PESO			
	ADEQUADO			
	ELEVADO			

Responsável pela Informação: _____

154

[Handwritten signature]

[Handwritten initials and signature]

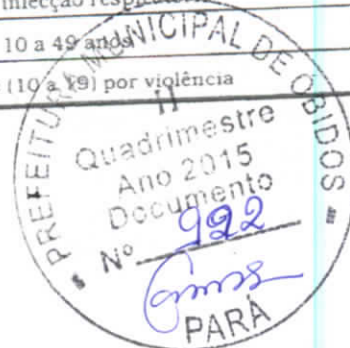
Relatório PMA 2		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				
MUNICÍPIO	ZONA	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MÊS	ANO
	URBANA ☐ RURAL ☐					
RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO						

ATIVIDADES/PRODUÇÃO		
CONSULTAS MÉDICAS	residentes em outro município	
	< 1	
	1-4	
	5-9	
	10-14	
	15-19	
	20-39	
	40-49	
	50-59	
	Total	
Total geral de consultas		

Tipo de Atendimento de Médico e Enfermeiro	Puericultura	
	Pré-Natal	
	Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino	
	DST/AIDS	
	Diabetes	
	Hipertensão Arterial	
	Hanseníase	
	Tuberculose	
Solicitação médica de exames complementares	Patologia Clínica	
	Radiodiagnóstico	
	Citopatológico Cérvico-Vaginal	
	Ultrassonografia Obstétrica	
	Outros	
Encaminhamentos médicos	Atend. Especializado	
	Internação Hospitalar	
	Urgência/Emergência	

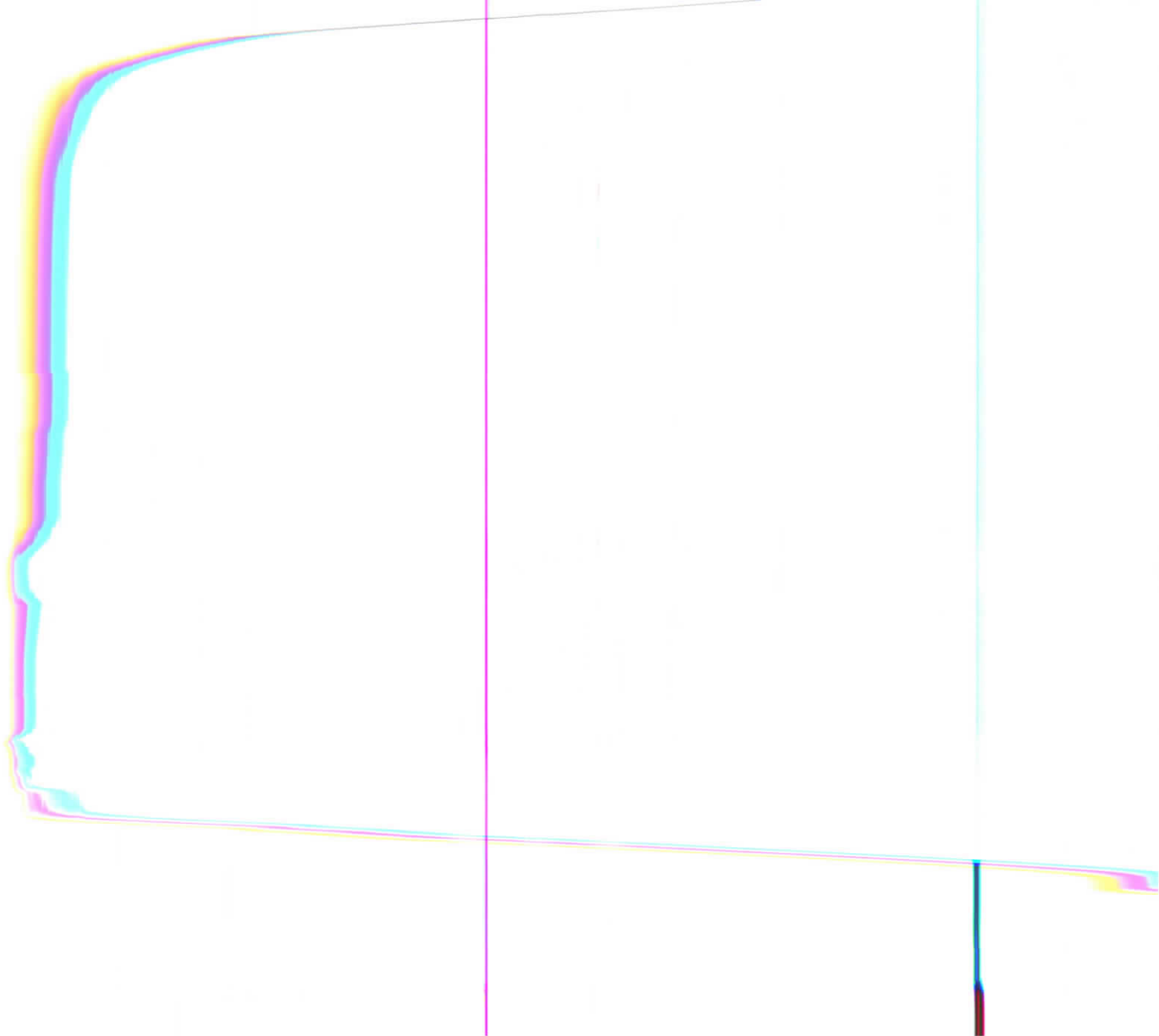
Internação Domiciliar		
PRODUTOS	Atendimento específico para AT	
	Visita de Inspeção Sanitária	
	Atend. Individual Enfermeiro	
	Atend. Individual outros prof. nível superior	
	Curativos	
	Inalações	
	Injeções	
	Retirada de pontos	
	Terapia da Reidratação Oral	
	Sutura	
	Atend. Grupo - Educação em Saúde	
	Procedimentos Coletivos 1 (PC 1)	
	Reuniões	

MARCADORES	
Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 11 anos	
Acidente Vascular Cerebral	
Infarto Agudo do Miocárdio	
DHEG (forma grave)	
Doença Hemolítica Perinatal	
Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos	
Meningite tuberculosa em menores de 5 anos	
Hanseníase com grau de incapacidade II e III	
Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)	
RN com peso < 2500g	
Gravidez em < 20 anos	
Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia	
Hospitalizações em < 5 anos por desidratação	
Hospitalizações por abuso de álcool	
Hospitalizações por complicações do Diabetes	
Hospitalizações por qualquer causa	
Internações em Hospital Psiquiátrico	
Óbitos em < 1 ano por todas as causas	
Óbitos em < 1 ano por diarreia	
Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória	
Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos	
Óbitos de adolescentes (10 a 19) por violência	



VISITAS DOMICILIARES	
Médico	
Enfermeiro	
Outros profissionais de nível superior	
Profissionais de nível médio	
ACS	
Total	

96





Relatório SSA - 2

PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS - PA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
ESTRATÉGIA DE AGENTES COMUNITÁRIO DE SAÚDE - EACS / ESF



Saúde da Família

NOME DO A.C.S.: _____ NOME DO INST. / SUPERVISOR: _____
COMUNIDADE/BAIRRO: _____ SEG.: _____ ÁREA: _____ MICROÁREA: _____ MÊS: _____ ANO: _____

DIAS DO MÊS	TOTAL REAL	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	TOTAL VISITAS
Nascidos vivos no mês																																	
RN pesados ao nascer																																	
RN pesados ao nascer, com peso < 2500g																																	
Criança De 0 a 3 meses e 29 dias																																	
Aleitamento exclusivo																																	
Aleitamento misto																																	
Criança De 0 a 11 meses e 29 dias																																	
Com vacinas em dia																																	
Pesadas																																	
Desnutridas																																	
Crianças De 12 a 23 meses e 29 dias																																	
Com as vacinas em dia																																	
Pesadas																																	
Desnutridas																																	
Criança Menores de 2 anos																																	
Que tiveram diarreia																																	
Que tiveram Diarreia e usaram TRO																																	
Que tiveram IRA																																	
GESTANTES Cadastradas																																	
acompanhadas																																	
Com vacinas em dia																																	
Fez consulta de pré-natal no mês																																	
Com pré-natal iniciado no 1º TR																																	
< 20 anos cadastrados																																	
TOTAL DE VISITAS																																	
FAMILIARES CADASTRADAS																																	



[Signature]

[Signature]



Relatório SSA - 2

PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS - PA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
ESTRATÉGIA DE AGENTES COMUNITÁRIO DE SAÚDE - EACS / ESF



Saúde da Família



DIAS DO MÊS		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	TOTAL VISITAS
Diabéticos	Cadastrados																																
	Acompanhados																																
Hipertensos	Cadastrados																																
	Acompanhados																																
Pessoas com Tuberculose	Cadastrados																																
	Acompanhados																																
Pessoas com Hanseníase	Cadastrados																																
	Acompanhados																																
R O S P I T A L	Menores de 5 anos por pneumonia																																
	Menores de 5 anos por desidratação																																
	Por abuso de álcool																																
	Por Complicações do Diabetes																																
	Por outras causas																																
Ó B I T O S	em < 1 ano por todas as causas																																
	em < 1 ano por diarreia																																
	em < 1 ano por IRA																																
	Mulheres de 10 - 49 anos																																
Outros óbitos	Adolescentes de 10 - 19 anos por violência																																
	Outros óbitos																																
Palestras no mês																																	
Número de mulheres de 25 a 59 anos que tiveram PCCU no mês																																	
Epilepticos																																	
Doentes Mentais																																	

Dia da Palestra: _____ Assunto: _____

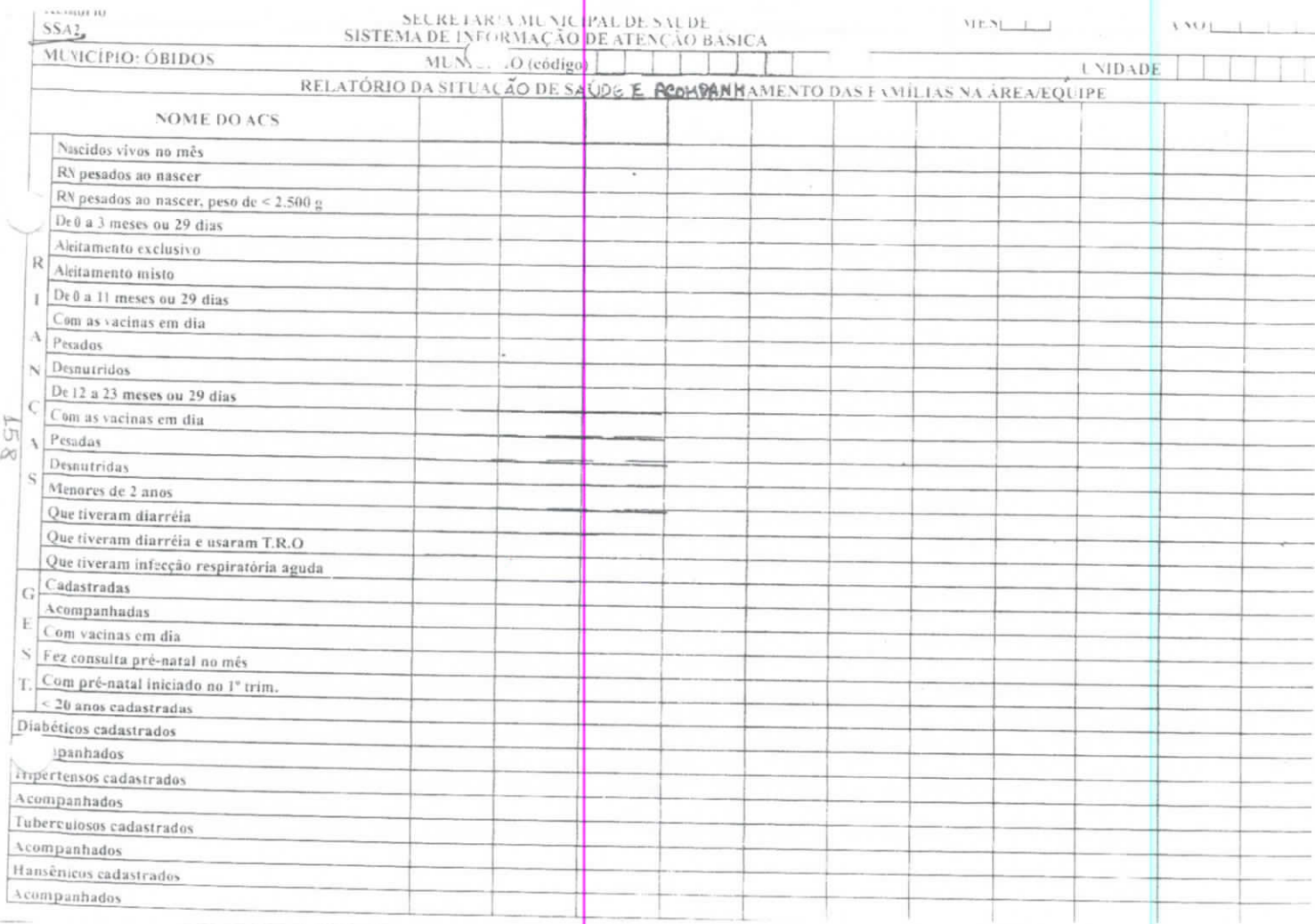
Dia da Palestra: _____ Assunto: _____

Dia da Palestra: _____ Assunto: _____

Dia da Palestra: _____ Assunto: _____

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBIDOS
ESTRATÉGIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE-EACS
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA



REQUISIÇÃO DE SORO E HIPOCLORITO

HIPOCLORITO	SORO DE REIDRATAÇÃO
Frascos	Envelopes

Recebi do Almojarifado Central da Secretária Municipal de Saúde de Óbidos o material supra mencionado

Ass. do ACS: _____

Data: _____



[Handwritten signatures and marks at the bottom of the page]



PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde - EACS

Autorizo _____ ACS (Agentes comunitários de Saúde)
da Comunidade _____ a receber _____ Litros
de Gasolina no _____ para fazer visitas domiciliares do Eacs,
referente ao mês de _____

Secretaria Municipal de Saúde

Agente Comunitário de Saúde

Coordenação Municipal do EACS

Óbidos, _____ de 20 _____

160

[Signature]

[Signature]

506

[Signature]

MODELO

BLOCO 07



168

S.

929

929

OK!

BLOCO 07 - DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

1 ✓	RESUMO MENSAL DE REVISÃO BLOCO COM 100 FOLHAS
2 ✓	BOLETIM DIÁRIO DO LABORATÓRIO - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100 FOLHAS
3 ✓	RESULTADO DA IDENTIFICAÇÃO DAS LARVAS RECEBIDAS - BLOCO COM 100 FOLHAS
4 ✓	REGISTRO DAS LOCALIZAÇÕES DOS FOCOS DE AEDES AEGYPTI - BLOCO COM 100 FOLHAS
5 ✓	PLANILHA FORMUS-SISPNCB - BLOCO COM 100 FOLHAS
6 ✓	LEVANTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS - BLOCO COM 100 FOLHAS
7 ✓	FICHA DE VISITA - BLOCO COM 100 FOLHAS
8 ✓	BOLETIM DE RECONHECIMENTO GEOGRÁFICO - BLOCO COM 100 FOLHAS
9 ✓	BOLETIM DE CAMPO E LABORATÓRIO DO LIRA - BLOCO COM 100 FOLHAS
10 ✓	REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100 FOLHAS
11 ✓	FICHA DE DOMICÍLIO VISITADO - BLOCO COM 100 FOLHAS
12 ✓	CARTÃO DO USUÁRIO-DENGUE FRENTE E VERSO
13 ✓	PLANILHA DE CASOS DE DIARRÉIA - BLOCO COM 100 FOLHAS
14 ✓	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL (I3)
15 ✓	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL (AV1)
16 ✓	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO - CAUSA MAL DEFINIDA (AV3)
17 ✓	COMPROVANTE DE VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA ANIMAL - BLOCO COM 100 FOLHAS
18 ✓	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE DENGUE - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100 FOLHAS
19 ✓	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE POR ANIMAIS PEÇONHENTOS - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100 FOLHAS
20 ✓	FICHA DE CONTROLE DA LEISHMANIOSE - BLOCO COM 100 FOLHAS
21 ✓	FICHA DE LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DO BPA-I BLOCO COM 100 FOLHAS
22 ✓	FICHAS GAL - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100 FOLHAS



23	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE HEPATITES VIRAIS - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100 FOLHAS
24	FICHAS DE INVESTIGAÇÃO DE ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO - FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100 FOLHAS
25	FICHA DE VIGILÂNCIA APRIMORADA DAS DST EM SEVIÇO SELECIONADO - BLOCO COM 100 FOLHAS
26	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA - LTA FRENTE E VERSO - BLOCO COM 100 FOLHAS
27	FICHA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES - BLOCO COM 100 FOLHAS
28	FICHA DE MOVIMENTO DIÁRIO DE IMUNOBIOLOGICO - BLOCO COM 100 FOLHAS
29	FICHA DE MOVIMENTO MENSAL DE IMUNOBIOLOGICO - BLOCO COM 100 FOLHAS
30	FICHA DE SOLICITAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS E INSUMOS - BLOCO COM 100 FOLHAS
31	RELAÇÃO NOMINAL DE VACINAS - BLOCO COM 100 FOLHAS
32	FICHA DE TERMÔMETRO - BLOCO COM 100 FOLHAS
33	CARTÃO DE APRAZAMENTO - FRENTE E VERSO
34	CARTEIRA DE VACINAÇÃO DE ADULTO
35	FICHA DE VISITA/DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
36	FICHA DE CADASTRO/VIGILÂNCIA SANITÁRIA - BLOCO COM 100 FOLHAS
37	TERMO DE APREENSÃO E/OU REMOÇÃO - BLOCO COM 100 FOLHAS
38	RELAÇÃO DE ATIVIDADES SANITÁRIAS - BLOCO COM 100 FOLHAS
39	TERMO DE NOTIFICAÇÃO - BLOCO COM 100 FOLHAS



[Handwritten signature]

163

[Handwritten initials]

[Handwritten signature]



ESTADO: _____ MUNICÍPIO: _____ LOCAL DO LABORATÓRIO: _____ MÊS: _____ ANO: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do Laborantista

Laboratório de Revisão: _____

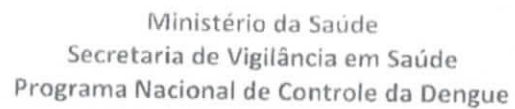
Data: ____/____/____

Assinatura do Revisor

Dr. J. H.

Handwritten signature

[illegible][illegible]



Data da identificação: ____/____/____

Assinatura do Laboratorista

01 – Resultado da identificação das larvas recebidas no laboratório. 3

MESES	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL
Tubitos com larvas													
Nº de larvas examinadas													
Nº de larvas de <i>Aedes aegypti</i>													
Nº de larvas de outros mosquitos													
Nº de imóveis com <i>Aedes aegypti</i>													
Tipos de imóveis	R – Residencial												
	C – Comercial												
	TB – Terreno Baldio												
	PE – Ponto Estratégico												
	O – Outros Imóveis												
Nº de focos com <i>Aedes aegypti</i>													
Tipos de depósitos	A1 – Caixa d'água (elevado)												
	A2 – Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)												
	B – Pequenos depósitos móveis												
	C – Depósitos fixos												
	D1 – Pneus e outros materiais rodantes												
	D2 – Lixo (recipientes plásticos, latas, sucatas e entulhos)												
	E – Depósitos naturais												



466

96

Handwritten signature



9º CENTRO REGIONAL DE SAÚDE



PLANILHA - FORMSUS - SISPNCD - BIIMESTRAL

PERÍODO: _____ E _____ 2014

Nome dos Municípios	Marque com um "X" se o município NÃO for infestado	Nº de Imóveis RG (última atualização): (número de imóveis elegíveis para as ações de controle vetorial da dengue)	Data da última atualização do RG	Ciclo 1	Data Início	Data Final	Número de Imóveis visitados: (Todos os imóveis visitados incluindo pendências)	Número de imóveis trabalhados: (imóveis visitados, exceto pendências)
ALENQUER								
ALMEIRIM								
AVEIRO								
BELTERRA								
CURUÁ								
FARO								
ITAITUBA								
JACAREACANGA								
JURUTI								
MOJUI DOS CAMPOS								
MONTE-ALEGRE								
NOVO-PROGRESSO								
ÓBIDOS								
ORIXIMINÁ								
PLACAS								
PRAINHA								
RURÓPOLIS								
SANTARÉM								
TERRA-SANTA								
TRAIRÃO								

OBS: _____

DATA: ____/____/____

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



Levantamento de Recursos Humanos que atuam no Programa de Controle do Dengue

Trimestre: Ano: Estado:
Município:

Agentes de Controle de Endemias da FUNASA

ITEM		
1	Total de agentes de controle de epidemias cedidos pela FUNASA para a Secretaria Municipal de Saúde:	
1.1	Nº de Agentes Trabalhando EXCLUSIVAMENTE no controle da dengue	
1.2	Nº de Agentes Trabalhando no controle do dengue e outras epidemias:	

Agentes de Controle de Endemias Municipais (somente municipal)

ITEM		Permanente	Temporário até 6 meses	Temporário até 1 ano	Total
2	Total de agentes de controle de epidemias contratados pela Secretaria Municipal de Saúde:				
2.1	Nº de Agentes trabalhando EXCLUSIVAMENTE no controle do dengue:				
2.2	Nº de Agentes trabalhando no controle do dengue e outras epidemias:				

Instruções: *Nos itens 1.1 e 2.1 devem ser incluídos funcionários que trabalhem somente com a Dengue
*Nos itens 1.2 e 2.2 devem ser incluídos funcionários que trabalhem ao mesmo tempo, com a Dengue E outras epidemias
*Funcionários que trabalhem somente com outras epidemias não devem ser inseridos na planilha
*Nos itens 1, 1.1 e 1.2 devem ser incluídos somente funcionários da FUNASA
*Nos itens 2, 2.1 e 2.2 devem ser incluídos somente funcionários municipais
*O item 1 é a soma dos itens 1.1 e 1.2 *O item 2 é a soma dos itens 2.1 e 2.2

[Handwritten signatures and initials]



Programa de Controle de Febre Amarela e Dengue - PCFAD						
FICHA DE VISITA						
UF		Município		Categ.	Quant.	Nº Imóvel
Distrito		Localidade				
DATA	HORA	Ativ.	Nº EQUIPE	Folhas	Nome Legível	

FDA-03

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

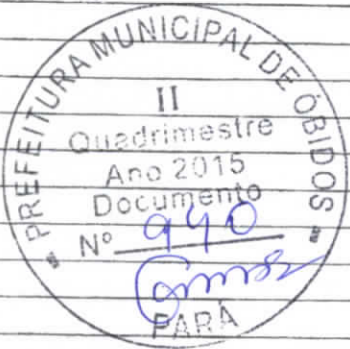


GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE PÚBLICA
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
9º CENTRO REGIONAL DE PROTEÇÃO SOCIAL
DIVISÃO TÉCNICA DE ENDEMIAS



BOLETIM DE RECONHECIMENTO GEOGRÁFICO
- RELAÇÃO DE PRÉDIOS / QUARTEIRÕES

MUNICÍPIO: _____ ZONA: _____ CICLO: _____
LOCALIDADE: _____ CATEGORIA: _____ ANO: _____

Rua / Travessa ou nome do Logradouro	Nº do Quart	Números de						ARM	HAB	CÃO	GATO
		R	C	TB	OUT	PE	TOTAL				
	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										
TOTAL...											

Data de Início	Data do Término
/ /	/ /

SUPERVISOR

[Handwritten signatures and initials]



RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

Nº IMÓVEIS TRABALHADOS POR TIPO					
Residência	Comércio	TB	PE	OUTRO	TOTAL

Nº IMÓVEIS			
Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspecionados	Recuperados

Nº Tubos/ Amostras Coletadas

Pendência	
Recusa	Fechados

Nº DEPÓSITO INSPECIONADOS POR TIPO							
A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total

Eliminado	DEPÓSITO					
	Tratados					
	Larvacida (1)			Larvacida (2)		
	Tipo	Qtde. (Gramas)	Qtde. dep. Trat.	Tipo	Qtde. (Gramas)	Qtde. dep. Trat.

ADULTICIDA	
Tipo	Qtde (Cargas)

Nº E SEQ. DOS QUARTEIRÕES TRABALHADOS									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Nº E SEQ. DOS QUARTEIRÕES CONCLUÍDOS									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº E SEQ. DOS QUARTEIRÕES COM AEDES AEGYPTI									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Nº E SEQ. DOS QUARTEIRÕES COM AEDES ALBOPICTUS									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Nº DEPOSITO COM ESPECIMENS POR TIPO								
	A1	A3	B	C	D1	D2	E	TOTAL
Com Aedes Aegypti								
Com Aedes Albopictus								

Nº DEPOSITO COM ESPECIMENS POR TIPO						
	R	C	TB	PE	O	Total
Com Aedes Aegypti						
Com Aedes Albopictus						
OUTROS						

Nº DE EXEMPLARES			
Larvas	Pupas	Exúvia de pupa	Adultos

TB- Terreno baldio / PE- Ponto estratégico

A1- Piche d'água (elevado)
D1- e outros materiais rodentes

A2- Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)
D2- Lixo (recipientes plásticos, latas) eucates, entulhos

B- Pequeno depósito móveis
E- Depósito naturais

C- Depósitos fixos

Data de Entrada	Data de conclusão	Laboratório	Laboratorista	Assinatura

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE – PNCD

REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

Ciclo da Atividade	Ciclo/Ano	Atividade		
		1 - IJ - Levantamento de índice	2 - LI+T - Levantamento de índice + tratamento	3 - PE - Plano Estratégico
		4 - T - Tratamento	5 - DI - Orientação de foco	6 - PVE - Pesquisa Vertical Especial

PESQUISA ENTOMOLÓGICA/TRATAMENTO

Assinatura do A. respons.	Assinatura do Superf.º	Tipo do capítulo	R. Revisão C. Correção	PE- Plano estratégico O. Outros	Pendência	R. Recusado F. Feito
------------------------------	---------------------------	---------------------	---------------------------	------------------------------------	-----------	-------------------------



[Signature]

[illegible]



195

Procure a Unidade de Saúde mais próxima de sua residência ou a Unidade de Referência indicada em seu cartão caso apareça um ou mais dos seguintes SINAIS DE ALERTA: • Diminuição repentina da febre • Dor muito forte na barriga • Sangramento de nariz, boca ou outros tipos de hemorragias • Febre quando muda de posição (deitada/sentado/levantado) • Diminuição do volume da urina • Vômitos frequentes ou com sangue • Dificuldade de respirar • Agitação ou muita sonolência • Suor frio • Pontos ou manchas vermelhas ou roxas na pele		SUS 12 CARTÃO DO USUÁRIO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL - DENGUE	
Recomendações: • Tomar muito líquido: água, suco de frutas, soro caseiro, sopas, leite, chá e água de coco • Permanecer em repouso • As mulheres com dengue devem continuar a amamentação		Nome (completo): _____ Nome da mãe: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Endereço: _____	
Soro caseiro	Sal de cozinha Açúcar Água potável	1 colher de café 2 colheres de sopa 1 litro	Unidade de Saúde _____
Unidade de Referência _____		Apresente este cartão sempre que retornar à Unidade de Saúde.	

195

[Handwritten signatures and marks at the bottom of the page]



Data do início dos sintomas		/ /					
Notificação	☒ Sim ☐ N						
1.ª Coleta de Exames							
Hematócrito em	/	Resultado:	%				
Plaquetas em	/	Resultado:	.000 mm ³				
Sorologia em	/	Resultado:					
2.ª Coleta de Exames							
Hematócrito em	/	Resultado:	%				
Plaquetas em	/	Resultado:	.000 mm ³				
Sorologia em	/	Resultado:					
3.ª Coleta de Exames							
Hematócrito em	/	Resultado:	%				
Plaquetas em	/	Resultado:	.000 mm ³				
Sorologia em	/	Resultado:					
Controle Sinais Vitais							
	1.º dia	2.º dia	3.º dia	4.º dia	5.º dia	6.º dia	7.º dia
PA mmHg							
PA mmHg							
Temp. Axilar °C							
Informações complementares							





MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde



13

N° do Caso

Ficha de Investigação de Óbito Infantil

Entrevista domiciliar

1	Nome da criança			
2	Nome da mãe			
3	N° da Declaração de Óbito			
4	Data do óbito			
5	N° da Declaração de Nascimento			
6	Data de Nascimento			
7	Sexo	Masculino	Feminino	Ignorado
8	Posição ao Nascer			
9	Idade ao óbito	meses	dias	horas
10	N° do Cartão SUS			
11	Equipe / PACS / PSF			
12	Centro de Saúde - UBS			
13	Distrito Sanitário / Administrativo			
14	Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av)			
15	Município de residência			
16	Esta entrevista deve ser complementada com a Autópsia Verbal Formulário 1: criança menor de um ano (AV1) se um dos itens abaixo estiver assinalado			
17	o óbito não foi notificado ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e não tem Declaração de Óbito (DO)			
18	a DO foi emitida no cartório, sem médico			
19	a DO foi emitida por médico, mas a causa da morte é mal definida ou indeterminada			
20	os dados coletados durante a investigação nos serviços de saúde são insuficientes para esclarecer a causa da morte			

CARACTERÍSTICAS DA MÃE E DA FAMÍLIA

21	Quantas pessoas moram nesta casa?			
22	Quantas torneiras para saída de água (pontos de água) existem nesta casa?			
23	Ha algum fumante residente nesta casa?			
24	Qual a idade da mãe?			
25	A mãe tem trabalho remunerado?			
26	Qual a escolaridade da mãe (último ano de aprovação)			
27	A mãe vive com o pai da criança / companheiro?			
28	Qual a cor da pele da criança?			
29	Quantas vezes esteve grávida antes deste bebê?			
30	Essas gravidezes resultaram em			
31	Tipos de partos			
32	Qual a data do último parto?			

[Handwritten signature]

177

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



32. Durante a gravidez, a mãe apresentou

pressão alta

diabetes

edema/michaço importante pela manhã

☐ 8h negativo

doença do coração

sífilis

corrimento vaginal com mau cheiro

☐ nenhuma doença/prontidão

infecção urinária

HIV / Aids

ataque epilépsia ou convulsões

☐ não sabe

outra. Especificar

33. Houve tratamento?

☐ sim, qual

☐ Não, por que?

34. Em que época da gravidez

☐ no

mês de gestação

ou a partir do

mês de gestação

☐ não sabe

35. Durante a gestação, a mãe fez uso de

Cigarro

☐ Sim. Especificar

vezes por dia

☐ Não

☐ não sabe

Drogas

☐ Sim. Especificar

☐ Não

☐ não sabe

Bebidas alcoólicas

☐ Sim. Especificar

☐ Não

☐ não sabe

ASSISTÊNCIA AO PARTO

39. Por que motivo a gestante procurou atendimento (Centro de Saúde / maternidade) na ocasião do parto?

☐ Perdeu líquido ou a bolsa rompeu

☐ O bebê parou de se mexer

☐ Passou o dia de ter o bebê

☐ Teve sangramento

☐ leve contrações

☐ Não sabe

☐ Outro motivo. Especificar

40.1 Se a resposta anterior foi "o bebê parou de se mexer", isto aconteceu quanto tempo antes do parto?

horas

dias

☐ Não sabe

40.2 Quanto tempo se passou entre o início desses sinais e a procura pelo atendimento?

horas

dias

☐ Não sabe

41. Quando rompeu a bolsa d'água?

☐ Só na hora do parto

☐ < 12 h antes do parto

☐ 12 - 24 h antes do parto

☐ mais de 24 h antes do parto

☐ Não sabe

42. Como estava o líquido?

☐ Claro

☐ Escuro (com cocô/meconônio)

☐ Com sangue

☐ Não sabe

43. O líquido tinha mau cheiro?

☐ Sim

☐ Não

☐ não sabe

44. De quanto tempo era a gravidez quando o bebê nasceu?

semanas ou

meses

☐ não sabe

45. O parto ocorreu

☐ No domicílio

☐ No trajeto para o serviço de saúde

☐ No hospital / maternidade

☐ Outros. Especificar

☐ não sabe

46. Se o parto não ocorreu em hospital, por que não?

47. O parto foi realizado no hospital indicado no pré-natal?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não foi indicado hospital

☐ não sabe

48. Se foi indicado um hospital de referência, mas o parto não ocorreu no hospital indicado, por que não?

49. O parto ocorreu na primeira maternidade procurada para esse atendimento?

☐ Sim

☐ Não, porque o parto não ocorreu em maternidade/hospital

☐ não sabe

☐ Não. Por que

50. Se não, listar em ordem cronológica as maternidades/serviços de saúde procurados por ocasião do parto/nascimento da criança.

51. Como a mãe foi transportada na hora do parto?

☐ Taxi

☐ Ambulância/SAMU

☐ Carro particular

☐ Carro da polícia

☐ Ônibus

☐ Parto foi domiciliar/Não foi transportada

☐ Outros. Especificar

☐ não sabe

52. Depois que chegou no hospital quanto tempo demorou para ser atendida?

☐ menos de 30 minutos

☐ de 30 minutos a duas horas

☐ duas horas ou mais

☐ não sabe

53. Estava com acompanhante na sala de parto?

☐ Sim, quem?

☐ não

☐ não sabe



47. Você (mãe) foi examinada na maternidade antes de ir para a sala de parto?

☐ dinâmica uterina/avaliação contração ☐ toque vaginal ☐ Não

☐ medida de PA ☐ ausculta do bebê ☐ não se aplica ☐ não sabe

48. As batidas do coração do bebê estavam presentes?

☐ sim, normais ☐ não, antes do início do trabalho de parto

☐ sim, anormal antes do início do trabalho de parto ☐ não, durante o trabalho de parto

☐ sim, anormal durante o trabalho de parto ☐ não sabe

49. Quem fez o parto? ☐ médico ☐ enfermeira ☐ parteira ☐ pariu sozinha ☐ outro ☐ não sabe

50. Como você (mãe) avalia seu atendimento na maternidade até o nascimento do bebê?

☐ íntimo ☐ regular ☐ não se aplica

☐ bom ☐ ruim ☐ não sabe

51. Por que?

INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO DA CRIANÇA NA MATERNIDADE

52. O bebê chorou ao nascer ou estava bem quando nasceu? ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe

53. O bebê foi atendido por pediatra na sala de parto ao nascimento? ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe

54. Quanto tempo após o parto o bebê foi trazido para ficar com a mãe pela primeira vez?

☐ imediatamente ☐ não se aplica

☐ menos de 1 hora ☐ mais de 1 hora. Quantas horas? horas ☐ não sabe

55. O bebê mamou no peito na primeira hora de vida? ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe

56. O bebê teve algum problema no nascimento? ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe

57. Se sim, qual?

58. Ficou internado quando nasceu? ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe

59. Se sim, por quanto tempo? dias ☐ não sabe

60. Foi indicado ficar na UTI? ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe

61. Se sim, qual o motivo?

62. Houve dificuldade para conseguir vaga? ☐ Sim. Especificar: ☐ não se aplica

☐ Não ☐ não sabe

63. Quanto tempo levou entre a indicação e a internação na UTI? horas ou dias ☐ não sabe

64. Foi transferida para outro hospital? ☐ Sim. Porque ☐ não se aplica

☐ Não ☐ não sabe

65. Para qual hospital a criança foi transferida? Nome:

66. Como foi transportada para o outro hospital? ☐ Carro particular ☐ Taxi ☐ SAMU ☐ Ambulância

☐ outro. Especificar: ☐ não sabe

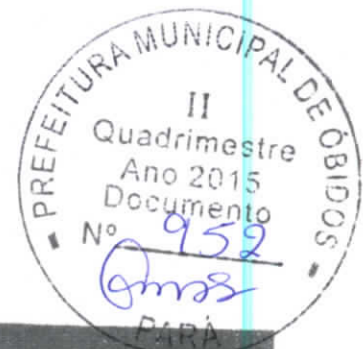
67. Durante a internação, o mãe ou familiar pôde ficar junto com a criança? ☐ Sim ☐ Não ☐ não se aplica ☐ não sabe

68. Como foi o atendimento recebido pela criança no hospital? ☐ Bom ☐ Ruim ☐ não se aplica

☐ Ótimo ☐ Regular ☐ não sabe

69. O bebê ganhou alta da maternidade com quantos dias de vida? dias

180



INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA QUE TEVE ALTA DA MATERNIDADE

61. Quando teve alta do hospital após o parto? _____ (data)

62. Quando o bebê teve alta da maternidade, ele estava bem? ☐ Sim ☐ Não, porque _____ não sabe

63. Na alta da maternidade a mãe recebeu orientações para cuidados com o bebê em relação a

Alimentação	☐ Vacinas	☐ Não recebeu
Retorno na maternidade	☐ Teste do pezinho	☐ não sabe
Cuidados com o umbigo	☐ Observação de icterícia	☐ Consulta com especialista. Qual _____
Procurar o Centro de Saúde	☐ Outros. Especificar _____	

64. O bebê mamou no peito? ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe

64.1 Durante quanto tempo? _____ dias ou _____ meses ☐ não sabe

65. Qual a idade do bebê quando iniciou uso de mamadeira de leite? _____ dias ou _____ meses ☐ não sabe

66. Antes da doença que causou a morte a criança estava sendo acompanhada pelo serviço de saúde? ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe

66.1 Se sim, qual? ☐ Centro de Saúde ☐ Convênio/Particular ☐ Especialista ☐ não sabe

66.2 Nome(s) _____

66.3 Quando foi o último atendimento no Centro de Saúde? _____ (data ou idade da criança) ☐ não sabe

66.4 Recebeu alguma visita da equipe de saúde em sua casa? ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe

67. Alguma vez foi a UBS e não foi atendida (para vacinação/consulta/outros)? ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe

67.1 Se sim, por quê? _____

68. Dados do Cartão / Caderneta da Criança

68.1 Vacinação completa para a idade da criança? ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe

68.2 Último peso registrado foi de _____ grama(s) na idade de _____ dias ou _____ meses

69. Após a alta da maternidade e antes da doença que causou a morte, a criança foi internada por algum motivo? ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe

69.1 Se sim, quantas vezes? _____ vezes

69.2 Por que e onde?

1. motivo	no Hospital	na data	_____
2. motivo	no Hospital	na data	_____
3. motivo	no Hospital	na data	_____

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE

70. Como a mãe ou a família percebeu que a criança estava doente?

☐ febre	☐ tosse	☐ desmaio	☐ acidente
☐ cansaço	☐ diarreia	☐ vômito	☐ não sabe
☐ outros. Especificar _____			

71. Quanto tempo levou entre o início da doença que causou a morte e o primeiro atendimento no serviço de saúde? _____ horas ou _____ dias ☐ não sabe

72. Alguma coisa foi feita antes de se procurar o serviço de saúde? ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe

72.1 Se sim, o que foi feito? _____

[Handwritten signature]

181

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



73. Quais os serviços de saúde procurados por ocasião da doença que levou a criança à morte?

Preencher quadro abaixo, utilizando o relato da mãe e o Cartão da Criança, em ordem cronológica, segundo a legenda abaixo.

Quadro sobre o atendimento da criança durante a doença que levou à morte

Ordem	Data	Nome do Serviço de saúde	Bairro/Município	Tipo	Atendido por	Resultado	Problemas	Diagnóstico

Legenda para preenchimento do quadro acima (as quatro colunas especificadas)

Tipo (de serviço procurado)

1. Unidade Básica de Saúde (UBS)
2. Urgência / Emergência
3. Maternidade (SUS)
4. Hospital (SUS)
5. Médico/Hospital particular/convenio
6. Outro (especificar)
99. não sabe

Atendido por

1. Médico Generalista
2. Médico Pediatra
3. Enfermeiro
4. Auxiliar / Técnico de enfermagem
5. Agente Comunitário de Saúde (ACS)
6. Outro. Especificar
99. não sabe

Resultado (do atendimento prestado)

1. Não foi atendido
2. Atendido sem internação
3. Internado
4. Outro. Especificar
99. não sabe

Problemas (encontrados)

1. Dificuldade de acesso aos serviços de saúde/exames
2. Qualidade do atendimento não satisfatório
3. Dificuldade de acesso à medicação
4. Dificuldade de transporte para o serviço de saúde
5. Outro. Especificar
99. não sabe

73.1 Observações sobre esta questão

74. Qual a sua opinião sobre o atendimento de saúde que a criança recebeu?

Incluir dificuldades/facilidades para conseguir atendimento no serviço, acesso a exames, medicamentos, etc.

74.1 C.S. / Consultório / Serviço de urgência

Otimo

Ruim

não se aplica

Regular

Bom

Não sabe

74.2 Hospital (na doença que causou a morte)

Otimo

Ruim

não se aplica

Regular

Bom

Não sabe

75. O óbito ocorreu

no hospital

em outro estabelecimento de saúde

no domicílio

no trajeto para o serviço de saúde

em via pública

outro. Especificar

Não sabe

76. Do que você acha que a criança morreu? O que aconteceu durante a doença ou situação que levou à morte?

Anotar um breve relato da doença ou situação que levou à morte, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A única pergunta permitida é "Quer acrescentar mais alguma coisa?". A opinião do(a) entrevistado(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 78.

77. O que você sabe sobre doenças na família da mãe e do pai da criança?

Anotar um breve relato sobre antecedentes familiares, doenças congênitas e/ou genéticas e situações de risco no trabalho, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A opinião do(a) entrevistado(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 78.

78. Observações do entrevistador sobre a situação geral da família (aspectos ambientais, psi-sociais, morador de rua, usuário de drogas, outros)

79. Repercussões do óbito na família

80. Esta entrevista deve prosseguir com a Autópsia Verbal, Formulário 1: criança menor de um ano (AV1)?

sim

não, nenhum dos itens especificados na Questão 14 foi assinalado

81. Data da entrevista

82. Responsável pela investigação

Nome

Canhoto e rubrica



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Formulário 1

AV1

Autópsia verbal

Criança menor de um ano

Ficha de Investigação de Óbito Infantil

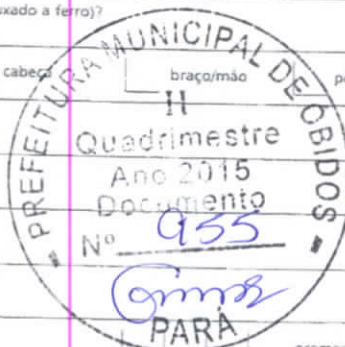
Complemento da entrevista domiciliar

Nº do Caso

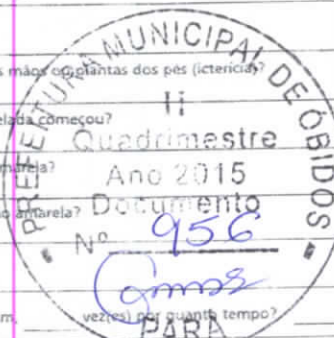
Este complemento deve ser aplicado ao(a) cuidador(a) da criança falecida, a pessoa que acompanhou a doença ou situação que levou à morte. Trata-se de uma sequência da Ficha de Investigação do Óbito Infantil, isto é, logo após aos relatos espontâneos sobre a doença ou situação que levou à morte. (Questão 77 da Ficha de Investigação do Óbito Infantil - Entrevista domiciliar)

IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO	
1. Nome do(a) falecido(a)	
2. Nome da mãe	
3. Data de nascimento	4. Data do óbito
5. A Declaração de Nascido Vivo (DN) foi emitida?	Sim ☐ Não ☐ N° DN
6. A Declaração de Óbito (DO) foi emitida?	Sim ☐ Não ☐ N° DO
7. Possui Certidão de Óbito (emitida pelo Cartório)?	Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐
8. Local do sepultamento	
LOCAL DA ENTREVISTA	
9. Logradouro (Rua, Praça, Av, etc.)	N°
Bairro	Compl.
Distrito/Povoado	Telefone
Município	UF
Ponto de Referência	Local ☐ urbano ☐ rural ☐
IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO	
10. Nome do(a) entrevistado(a)	
11. Qual sua relação com o(a) falecido(a)?	mãe ☐ pai ☐ irmão(ã) ☐ outro ☐
ÓBITO DEVIDO A CAUSA EXTERNA	
12. O bebê sofreu algum ferimento/acidente/violência?	Sim, qual? ☐ não ☐ não sabe ☐
13. O bebê faleceu devido a ferimento/acidente/violência?	Sim: passe à Questão 65 ☐ Não: continue da Questão 15 até a Questão 73 ☐
FATORES DE SAÚDE E HISTÓRIA DA GRAVIDEZ DA MÃE	
14. Tentou interromper a gravidez (perder o bebê)?	sim ☐ não ☐ não sabe ☐
15. Como?	chás ☐ comprimidos ☐ sonda ☐ coquetéis injetáveis ☐ não sabe ☐
16. Durante a gravidez a mãe sofreu algum ferimento ou agressão ou violência?	sim ☐ não ☐ não sabe ☐
17. Qual era o estado de saúde da mãe no momento do nascimento do bebê?	bom ☐ doente ☐ faleceu durante o parto ☐ não sabe ☐
18. No dia do parto, a mãe apresentou	pressão alta ☐ febre ☐ confusão mental ☐
	convulsão ☐ muito sangramento ☐ nada disso ☐ não sabe ☐
19. A mãe teve febre no dia que o trabalho de parto começou?	sim ☐ não ☐ não sabe ☐

20	A mãe teve febre após o parto?	☐ sim ☐ não ☐ não sabe			
21	A mãe apresentou depressão pós parto?	☐ sim ☐ não ☐ não sabe			
22	Qual era o estado de saúde da mãe no momento da morte do bebê?	☐ bom	☐ doente	☐ falecida	☐ não sabe
CONDIÇÕES DE NASCIMENTO					
23	O bebê respirou (aspirou) a água durante o trabalho de parto?	☐ sim ☐ não ☐ não sabe			
24	Quanto tempo durou o trabalho de parto?	☐ menos de 12 horas	☐ 12 a 24 horas	☐ 24 horas ou mais	☐ não sabe
25	O parto foi:	☐ vaginal ☐ cesáreo ☐ não sabe			
25	Se o parto foi vaginal, foi utilizado fórceps (puxado a ferro)?	☐ sim ☐ não ☐ não sabe			
26	Que parte do bebê saiu primeiro?	☐ cabeça	☐ braço/mão	☐ pés	☐ nádegas ☐ não sabe
27	O cordão umbilical saiu antes do bebê nascer?	☐ sim ☐ não ☐ não sabe			
28	O bebê nasceu com circular do cordão (laçado)?	☐ sim ☐ não ☐ não sabe			
29	Precisou de ajuda para respirar?	☐ sim ☐ não ☐ não sabe			
30	Demorou a chorar?	☐ sim ☐ não ☐ não sabe			
31	Qual foi o peso do bebê ao nascer?	☐ ☐ ☐ gramas ☐ não sabe			
32	O tamanho do bebê, de acordo com o tempo de gestação, foi:	☐ normal	☐ menor que o normal	☐ maior que o normal	☐ não sabe
33	Apresentou ossos quebrados decorrentes do parto?	☐ sim ☐ não ☐ não sabe			
34	Tinha algum sinal de paralisia?	☐ sim ☐ não ☐ não sabe			
35	Qual era a cor do bebê ao nascer?	☐ normal	☐ roxa	☐ pálida	☐ não sabe
36	Tinha alguma malformação?	☐ sim ☐ não ☐ não sabe			
37	Onde?	☐ nas mãos/pés ☐ nas costas (calombão ou buraco) ☐ na cabeça (muito grande) ☐ não sabe ☐ no coração ☐ no lábio e/ou no céu da boca ☐ na cabeça (muito pequena) ☐ outro _____			
38	Tinha lesões (manchas, bolhas, pápulas, feridas) na pele quando nasceu?	☐ sim ☐ não ☐ não sabe			
39	Onde?	☐ rosto ☐ braços e pernas ☐ tronco ☐ não sabe ☐ outro local _____			
40	Como eram?	☐ manchas avermelhadas ☐ pápulas ou nódulos (caroço) ☐ manchas roxas ☐ feridas com pus ☐ bolhas com pus ☐ feridas com líquido transparente ☐ bolhas com líquido transparente ☐ não sabe ☐ outro _____			



SINAIS E SINTOMAS DA DOENÇA QUE LEVOU À MORTE O BEBÊ QUE NASCEU VIVO						
37	Durante quanto tempo esteve doente antes de morrer?	☐ horas	☐ dias	☐ meses	☐ não se aplica	☐ não sabe
38	Chegou a se alimentar	☐ sim, no peito	☐ sim, na mamadeira	☐ sim, por sonda	☐ sim, outro	☐ não ☐ não sabe
39	Quanto tempo depois de nascer começou a se alimentar?	☐ horas	☐ dias	☐ não sabe		
40	O bebê parou de se alimentar antes de morrer?	☐ sim, por quanto tempo? _____			☐ não	☐ não sabe
41	Tornou somente leite do peito?	☐ sim			☐ não	☐ não sabe
42	Foi usada alguma coisa para curar (cuidar) o umbigo?	☐ sim, o quê? _____			☐ nada	☐ não sabe
43	Teve o umbigo vermelho ou com secreção?	☐ sim			☐ não	☐ não sabe
44	Apresentou coloração amarelada nos olhos, pele, palmas das mãos e plantas dos pés (icterícia)?	☐ sim			☐ não	☐ não sabe
45	Quanto tempo depois do nascimento a coloração amarelada começou?	☐ horas ☐ dias				
46	Durante quanto tempo permaneceu com a coloração amarelada?	☐ horas ☐ dias				
47	Quando o bebê morreu ele ainda estava com a coloração amarelada?	☐ sim			☐ não	☐ não sabe
48	O bebê crescia normalmente?	☐ sim			☐ não	☐ não sabe
49	Teve convulsões (ataque)?	☐ sim, _____ vezes por quanto tempo? _____			☐ não	☐ não sabe
50	Ficou rígido (endurecido) ou curvado para trás?	☐ sim, por quanto tempo? _____			☐ não	☐ não sabe
51	A moleira (fontanela) ficou saliente?	☐ sim, por quanto tempo? _____			☐ não	☐ não sabe
52	A moleira (fontanela) ficou funda (deprimida)?	☐ sim, por quanto tempo? _____			☐ não	☐ não sabe
53	Chegou a ficar inconsciente (desacordado)?	☐ sim, por quanto tempo? _____			☐ não	☐ não sabe
54	Como começou?	☐ de repente			☐ lentamente	☐ não sabe
55	Teve febre?	☐ sim, por quanto tempo? _____			☐ não	☐ não sabe
56	A febre era:	☐ continua			☐ ia e vinha	☐ não sabe
57	A febre era muito alta?	☐ sim			☐ não	☐ não sabe
58	Teve febre apenas à tarde e/ou à noite?	☐ sim			☐ não	☐ não sabe
59	Teve calafrios ou arrepios?	☐ sim			☐ não	☐ não sabe
60	Teve temperatura mais baixa que o normal (hipotermia)?	☐ sim, por quanto tempo? _____			☐ não	☐ não sabe
61	Teve tosse?	☐ sim, por quanto tempo? _____			☐ não	☐ não sabe
62	A tosse era frequente?	☐ sim			☐ não	☐ não sabe
63	Tossia somente quando estava deitado?	☐ sim			☐ não	☐ não sabe
64	Vomitava depois de tossir?	☐ sim			☐ não	☐ não sabe
65	A tosse era com catarro?	☐ sim			☐ não	☐ não sabe
66	Tossia com sangue?	☐ sim			☐ não	☐ não sabe
67	Teve suor à tarde e/ou à noite?	☐ sim			☐ não	☐ não sabe



52	Respirava mais rápido do que o normal?	☐ sim, por quanto tempo? ☐ não ☐ não sabe		
53	Teve dificuldades em respirar?	☐ sim, por quanto tempo? ☐ não ☐ não sabe		
53.1	Fazia barulho para respirar?	☐ sim, rancos ☐ sim, chiados ☐ não ☐ não sabe		
53.2	A cada vez que respirava sua barriguinha murchava perto das costelas?	☐ sim ☐ não ☐ não sabe		
54	Ficou roxinho (cianótico) alguma vez?	☐ sim ☐ não ☐ não sabe		
54.1	A cor arroxeada (cianose) foi:	☐ sim ☐ não ☐ não sabe		
55	Teve diarreia?	☐ ao redor da boca ☐ nas mãos e nos pés ☐ no corpo todo ☐ não sabe		
55.1	A diarreia era:	☐ sim, por quanto tempo? ☐ não ☐ não sabe		
55.2	Quantas vezes defecava no dia?	☐ continua ☐ ia e vinha ☐ não sabe		
55.3	Em algum momento as fezes tinham sangue?	☐ vezes ☐ não ☐ não sabe		
56	Vomitava?	☐ sim ☐ não ☐ não sabe		
56.1	Quanto tempo depois do nascimento começou a vomitar?	☐ sim, por quanto tempo? ☐ não ☐ não sabe		
56.2	Quantas vezes vomitava por dia?	☐ horas ☐ dias ☐ meses		
57	Teve a barriga inchada?	☐ vezes ☐ não sabe		
58	Teve dificuldades em urinar?	☐ sim, por quanto tempo? ☐ não ☐ não sabe		
59	Teve mudança na quantidade de urina por dia	☐ sim, por quanto tempo? ☐ não ☐ não sabe		
59.1	Qual?	☐ sim, por quanto tempo? ☐ não ☐ não sabe		
		☐ aumentou muito ☐ diminuiu muito ☐ parou		
		☐ aumentou pouco ☐ diminuiu pouco ☐ não sabe		
60	Teve algum sangramento durante a doença que levou à morte?	☐ sim, por quanto tempo? ☐ não ☐ não sabe		
60.1	Onde?	☐ nariz ☐ boca ☐ ânus ☐ outro ☐ não ☐ não sabe		
61	Teve algum inchaço?	☐ sim, por quanto tempo? ☐ não ☐ não sabe		
61.1	Onde?	☐ nas pernas ☐ no rosto ☐ no corpo todo ☐ nas articulações ☐ não sabe ☐ outro		
62	Teve inguas?	☐ sim, por quanto tempo? ☐ não ☐ não sabe		
62.1	Onde?	☐ no pescoço ☐ na nuca ☐ na axila ☐ na virilha ☐ não sabe		
63	Teve lesões (manchas, bolhas, pápulas, feridas) na pele durante a doença que levou à morte?	☐ sim ☐ não ☐ não sabe		
63.1	Onde?	☐ rosto ☐ braços e pernas ☐ tronco ☐ não sabe ☐ outro local		
63.2	Como eram?	☐ manchas avermelhadas ☐ pápulas ou nódulos (caroço) ☐ manchas roxas ☐ feridas com pus ☐ bolhas com pus ☐ feridas com líquido transparente ☐ bolhas com líquido transparente ☐ não sabe ☐ outro		
64	Teve coceira?	☐ sim, por quanto tempo? ☐ não ☐ não sabe		



HISTÓRIA DE FERIMENTO / ACIDENTE / VIOLÊNCIA

65. Sofreu algum ferimento, acidente ou violência antes da morte? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe

65.1 Qual? ☐ acidente de trânsito ☐ corte ☐ afogamento
☐ envenenamento ou intoxicação ☐ sufocação ☐ queimaduras
☐ queda ☐ pancada ☐ não sabe
☐ outro

65.2 Como, quando e onde aconteceu?

66. Foi mordido ou picado por algum animal ou inseto?

☐ sim ☐ não ☐ não sabe

SERVIÇOS DE SAÚDE E CUIDADOS/TRATAMENTOS UTILIZADOS DURANTE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE

67. Se a criança ficou internada, algum profissional de saúde informou sobre a doença? ☐ sim ☐ não ☐ não se aplica ☐ não sabe

67.1 O que ele disse?

67.2 Qual foi o tratamento indicado?

68. Se foi atendida em ambulatório (UBS, PSF, Clínica) algum profissional de saúde informou sobre a doença?

☐ sim ☐ não
☐ não se aplica ☐ não sabe

68.1 O que ele disse?

68.2 Qual foi o tratamento indicado?

69. Foi operado(a) por causa da doença?

☐ sim ☐ não ☐ não sabe

69.1 Quanto tempo antes da morte é que foi operado(a)?

____ dias

☐ não sabe

69.2 Que parte do corpo foi operada?

☐ não sabe

70. Se não recebeu tratamento em serviços de saúde, por que não?

☐ não percebeu que necessitava de atendimento ☐ encontrou morto
☐ não conseguiu chegar a tempo ao local de atendimento ☐ outro
☐ chegou ao local mas não teve atendimento ☐ não se aplica
☐ não quis/não aceitou ☐ não sabe



ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES

71 Resultados de exames mais importantes sobre a doença que levou à morte, se houver

72 Informações mais importantes do Resumo de alta do hospital sobre a doença que levou à morte, se houver

Solicite o cartão de vacina da criança falecida

73 Tomou vacinas?

73.1 Quais?

☐ BCG	☐ sarampo, rubéola, caxumba	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
☐ contra hepatite	☐ contra sarampo	☐ triplice (DPT)	☐ DTP+HiB	
☐ contra febre amarela	☐ não sabe	☐ anti-pólio	☐ rotavírus	
		☐ outra		

PREFEITURA MUNICIPAL DE OBIDOS
II
Quadrimestre
Ano 2015
Documento
Nº 959
Comar
PARÁ

CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO DA AUTÓPSIA VERBAL

Causas da morte depois da entrevista

Parte I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

Causas antecedentes

Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica

Parte II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima

Data da entrevista

Data da análise

Nome dos entrevistadores

Profissionais médicos que analisaram as informações

CID-10



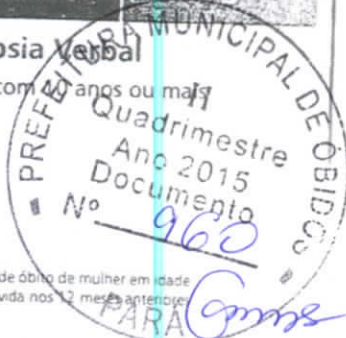
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Formulário 3

AV3

Autópsia Verbal

Pessoa com ☐ anos ou mais



Ficha de Investigação de Óbito

Causa mal definida

Esta ficha não deve ser aplicada para o caso de investigação de óbito materno, isto é, quando as Questões 14 e/ou 15 da Ficha MIF - Investigação de óbito de mulher em idade fértil - identificação de possível óbito materno estiverem assinaladas positivamente: a mulher estava grávida no momento do óbito ou esteve grávida nos 12 meses anteriores à morte. Para esses casos deve-se utilizar o material preconizado para investigação de morte materna com causa mal definida.

1	Nome do(a) falecido(a)			
2	Nome da mãe			
3	Data de nascimento		4	Data do óbito
5	Idade	anos completos	6	Sexo
				Masc ☐ Fem ☐
7	A Declaração de Óbito (DO) foi emitida?	☐ sim ☐ não ☐ não sabe	Nº DO	
8	Possui Certidão de Óbito (emitida pelo cartório)?	☐ sim ☐ não ☐ não sabe		
9	Local do sepultamento			
LOCAL DA ENTREVISTA				
10	Logradouro (Rua, Praça, Av, etc)	Nº	Compl	
	Barro	Distrito / Povoador	Telefone	
	Município	UF	Local	urbano ☐ rural ☐
	Ponto de Referência			
IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)				
11	Nome do(a) entrevistado(a)			
12	Qual sua relação com o(a) falecido(a)	☐ mãe ☐ pai ☐ irmão(ã) ☐ outro		
RELATO DO(A) ENTREVISTADO(A) UTILIZANDO SUAS PRÓPRIAS PALAVRAS				
13	Breve histórico da doença ou situação que levou à morte nas palavras do(a) entrevistado(a)			
14	Breve relato sobre as condições de vida e antecedentes de saúde do(a) falecido(a) e antecedentes familiares			

DOENÇAS E CONDIÇÕES ANTECEDENTES

1. Doenças e condições antecedentes

☐ Diabetes	☐ Desnutrição	☐ Pressão alta	☐ Cirurgia qual?
☐ Tuberculose	☐ Obesidade	☐ Infarto do miocárdio	☐ D. Pulmonar qual?
☐ Deficiência mental	☐ HIV/AIDS	☐ Derrame cerebral (AVC)	☐ Cancer qual?
☐ Epilepsia	☐ Cadeirante	☐ Febre reumática	☐ Outra doença
☐ Depressão	☐ Acamado crônico	☐ Internado por transtorno mental	

15.1 Medicação de uso contínuo

FATORES DE RISCO

16. Tomava bebida alcoólica? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe

16.1. Há quanto tempo? ☐ meses ☐ anos ☐ não sabe

16.2. Com que frequência? ☐ vezes por ☐ (dia, semana, mês ou ano) ☐ não sabe

17. Fumava? ☐ sim ☐ cigarros ☐ charutos ☐ cachimbadas ☐ por ☐ (dia, semana, mês ou ano) ☐ não ☐ não sabe

17.1. Há quanto tempo? ☐ meses ☐ anos ☐ não sabe

18. Fazia uso de outras drogas (ex.: maconha, cocaína)? ☐ sim ☐ ex-usuário ☐ não ☐ não sabe

19. Sofreu algum ferimento/acidente/agressão? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe

20. A pessoa faleceu devido a ferimento/acidente/violência? ☐ sim: passe à Questão 67 ☐ não: continue com a Questão 21

SINAIS E SINTOMAS DA DOENÇA QUE LEVOU À MORTE

21. Durante quanto tempo esteve doente antes de morrer? ☐ anos ☐ meses ☐ dias ☐ não sabe

22. Teve febre? ☐ sim, por quanto tempo? ☐ não ☐ não sabe

22.1. A febre era: ☐ contínua ☐ ia e vinha ☐ não sabe

22.2. A febre era muito alta? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe

22.3. Teve febre apenas à tarde e/ou à noite? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe

22.4. Também teve calafrios e/ou arrepios? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe

23. Perdeu peso durante a doença? ☐ sim, por quanto tempo? ☐ quilos ☐ não ☐ não sabe

24. Estava muito fraco(a)? ☐ sim, por quanto tempo? ☐ não ☐ não sabe

25. Estava descorado(a) e pálido(a) (teve palidez)? ☐ sim, por quanto tempo? ☐ não ☐ não sabe

26. Estava com os olhos fundos? ☐ sim, por quanto tempo? ☐ não ☐ não sabe

27. Teve tosse? ☐ sim, por quanto tempo? ☐ não ☐ não sabe

27.1. A tosse era frequente? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe

27.2. Tossia somente quando estava deitado? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe

27.3. Vomitava quando tossia? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe

27.4. A tosse era produtiva com catarro? ☐ sim ☐ não ☐ não sabe

27.5	Tossia com sangue?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
27.6	Teve suor à tarde e/ou à noite?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
28	Teve falta de ar? ☐ sim, por quanto tempo?		☐ não	☐ não sabe
28.1	A falta de ar impedia seus afazeres (atividades) diários?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
28.2	Teve falta de ar quando estava deitado(a)?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
28.3	Teve uma respiração asmática (piados, chiados)?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
29	Ficou arroxado (cianótico) alguma vez?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
29.1	Onde? ☐ ao redor da boca ☐ nas mãos e nos pés ☐ no corpo todo			☐ não sabe
30	Teve dor no peito? ☐ sim, por quanto tempo?		☐ não	☐ não sabe
30.1	Como começou? ☐ de repente ☐ gradualmente			☐ não sabe
30.2	Quanto tempo durava? ☐ menos de meia hora ☐ de meia hora a 24 horas ☐ mais de 24 horas			☐ não sabe
30.3	Onde era a dor? ☐ no peito à esquerda, abaixo das costelas ☐ no esterno (osso no meio do peito titela) ☐ no peito à esquerda e irradiava para o braço esquerdo ☐ não sabe ☐ no peito à direita			
30.4	A dor era: ☐ continua ☐ ia e vinha			☐ não sabe
30.5	Piorava quando tossia ou respirava?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
30.6	Piorava quando fazia esforço?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
30.7	Teve palpitações (sentia o coração acelerado) ao mesmo tempo?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
30.8	Ficava pálido(a) e suando?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
31	Teve dor em outro local do corpo? ☐ sim		☐ não	☐ não sabe
32	Teve diarreia? ☐ sim, por quanto tempo?		☐ não	☐ não sabe
32.1	A diarreia era: ☐ continua ☐ ia e vinha			☐ não sabe
32.2	Quantas vezes defecava no dia? ☐ vezes			☐ não sabe
32.3	Em algum momento as fezes tinham sangue?	☐ sim ☐ não		☐ não sabe
32.4	As fezes pareciam borra de café?	☐ sim ☐ não		☐ não sabe
33	Vomitava? ☐ sim, por quanto tempo?		☐ não	☐ não sabe
33.1	Quantas vezes por dia? ☐ vezes			☐ não sabe
33.2	Como era o vômito? ☐ líquido ou coagulado de cor vermelho vivo ☐ outra ☐ líquido e cor de café ☐ não sabe			
34	Teve dores de barriga/cólicas? ☐ sim, por quanto tempo?		☐ não	☐ não sabe
34.1	A dor/cólica era: ☐ continua ☐ ia e vinha			☐ não sabe
34.2	As dores de barriga/cólicas eram fortes?	☐ sim ☐ não		☐ não sabe





35	Teve a barriga inchada?	☐ sim, por quanto tempo?	☐ não	☐ não sabe
35.1	Com que rapidez o inchaço se desenvolveu?	☐ rapidamente (dias)	☐ gradualmente (meses)	☐ não sabe
35.1	Ficou sem evacuar?	☐ sim, por dias	☐ não	☐ não sabe
36	Teve um volume endurecido ou caroço dentro da barriga?	☐ sim, por quanto tempo?	☐ não	☐ não sabe
36.1	Onde se localizava?	☐ parte superior direita da barriga	☐ parte inferior direita da barriga	☐ em toda a barriga
		☐ parte superior esquerda da barriga	☐ parte inferior esquerda da barriga	☐ não sabe
		☐ parte superior da barriga	☐ parte inferior da barriga	
37	Teve dificuldades ou dores ao engolir alimentos sólidos?	☐ sim, por quanto tempo?	☐ não	☐ não sabe
38	Teve dificuldades ou dores ao engolir líquidos?	☐ sim, por quanto tempo?	☐ não	☐ não sabe
39	Teve dores de cabeça?	☐ sim, por quanto tempo?	☐ não	☐ não sabe
39.2	A dor era:	☐ contínua	☐ ia e vinha	☐ não sabe
39.3	As dores eram fortes?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
39.4	Vomitava quando tinha dores de cabeça?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
40	Esteve mentalmente confuso(a)?	☐ sim, por quanto tempo?	☐ não	☐ não sabe
40.1	Como começou?	☐ de repente	☐ rapidamente (num dia)	☐ lentamente (muitos dias)
41	Chegou a ficar inconsciente (desacordado)?	☐ sim, por quanto tempo?	☐ não	☐ não sabe
41.1	Como começou?	☐ de repente	☐ rapidamente (num dia)	☐ lentamente (muitos dias)
42	Teve convulsões (ataque/epilepsia)?	☐ sim, por quanto tempo?	☐ não	☐ não sabe
43	Teve o pescoço rígido (endurecido) ou curvado para trás?	☐ sim, por quanto tempo?	☐ não	☐ não sabe
44	Teve rigidez de todo o corpo?	☐ sim, por quanto tempo?	☐ não	☐ não sabe
45	Teve paralisia num lado do corpo?	☐ sim, por quanto tempo?	☐ não	☐ não sabe
45.1	Como começou?	☐ de repente	☐ rapidamente (num dia)	☐ lentamente (muitos dias)
45.2	Qual lado do corpo ficou paralisado?	☐ direito	☐ esquerdo	☐ os dois lados
46	As pernas ficaram paralisadas durante a doença que levou à morte?	☐ sim, por quanto tempo?	☐ não	☐ não se aplica
46.1	Como começou?	☐ de repente	☐ rapidamente (num dia)	☐ lentamente (muitos dias)
47	Teve dificuldades de urinar?	☐ sim, por quanto tempo?	☐ não	☐ não sabe
47.1	Urinava de pingo em pingo?	☐ sim	☐ não	☐ não sabe
48	Teve alguma mudança na cor da urina?	☐ sim, por quanto tempo?	☐ não	☐ não sabe
49	Em algum momento a urina tinha sangue?	☐ sim, por quanto tempo?	☐ não	☐ não sabe
50	Teve mudança na quantidade de urina por dia?	☐ sim, por quanto tempo?	☐ não	☐ não sabe
50.1	Qual?	☐ aumentou muito	☐ diminuiu muito	☐ parou
		☐ aumentou pouco	☐ diminuiu pouco	☐ não sabe



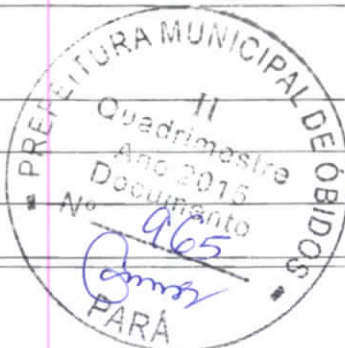
51	Teve feridas na boca?	sim, por quanto tempo?		não	não sabe		
52	Teve lesões (manchas, bolhas, pápulas, feridas) na pele?	sim		não	não sabe		
52.1	Onde?	rosto	braços e pernas	tronco	não sabe	outro local	
52.2	Como eram?	manchas avermelhadas		pápulas ou nódulos (carão)			
		manchas roxas		feridas com pus			
		bolhas com pus		feridas com líquido transparente			
		bolhas com líquido transparente		não sabe		outro	
53	Teve coreia?	sim, por quanto tempo?		não	não sabe		
53.1	Onde?						
54	Teve algum sangramento durante a doença que levou à morte?	sim, por quanto tempo?		não	não sabe		
54.1	Onde?	nariz	boca	ânus	vagina	outro	
55	Teve algum inchaço?	sim, por quanto tempo?		não	não sabe		
55.1	Onde?	nas pernas	no rosto	no corpo todo	nas articulações	não sabe	outro
56	Teve inguas?	sim, por quanto tempo?		não	não sabe		
56.1	Onde?	no pescoço	na nuca	na axila	na virilha	não sabe	
57	Os olhos ficaram de coloração amarelada (ictérica)?	sim, por quanto tempo?		não	não sabe		
PERGUNTAR EM RELAÇÃO A TODAS AS MULHERES							
58	Teve alguma alteração na mama (ferida ou inchaço ou nódulo)?	sim, por quanto tempo?		não	não sabe		
58.1	Que tipo de alteração?	ferida	carão/nódulo	inchaço	não sabe		
59	Teve corrimento vaginal em grande quantidade?	sim, por quanto tempo?		não	não sabe		
59.1	Como era esse corrimento?	com mau cheiro		amarelado	não sabe		
		esverdeado		sanguinolento			
60	A mulher menstruava?	sim		não	não sabe		
60.1	Sangrava muito durante o período menstrual?	sim, por quanto tempo?		não	não sabe		
60.2	Sangrava entre os períodos menstruais?	sim, por quanto tempo?		não	não sabe		
61	Tinha as trompas ligadas (laqueadura)?	sim		não	não sabe		
62	Quantas vezes esteve grávida?	vezes		nenhuma	não sabe		
62.1	Quantas gravidezes resultaram em: (número de)	abortos	nascidos vivos	nascidos mortos	não sabe		
62.2	Qual a data do último parto/aborto?	 				não sabe	

fb

SP

Handwritten signature

HISTÓRIA DE FERIMENTO / ACIDENTE / VIOLÊNCIA			
67	Sofreu algum ferimento/acidente/violência que tivesse levado à morte?	☐ sim	☐ não ☐ não sabe
67.1	Qual?	☐ acidente de trânsito ☐ envenenamento/intoxicação ☐ queda ☐ outro _____ ☐ corte ☐ sufocação ☐ pancada ☐ afogamento ☐ queimaduras ☐ não sabe	
67.2	Como, onde e quando aconteceu?		
68	Foi mordido(a)/picado(a) por algum animal/inseto que levou à sua morte?	☐ sim	☐ não ☐ não sabe
SERVIÇOS DE SAÚDE E TRATAMENTOS UTILIZADOS DURANTE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE			
69	Foi internado(a) durante a doença que levou à morte?	☐ sim	☐ não ☐ não sabe
69.1	Onde foi a última internação?		
69.2	Qual a data do último atendimento neste hospital antes da morte?		☐ não sabe
69.3	Algum profissional de saúde informou sobre a doença?	☐ sim	☐ não ☐ não sabe
69.4	O que ele disse?		
69.5	Qual foi o tratamento indicado?		
70	Foi atendido(a) em outro estabelecimento de saúde durante a doença que levou à morte (UBS, PSF, Clínica)?	☐ sim	☐ não ☐ não sabe
70.1	Onde foi o último atendimento?		
70.2	Qual a data do último atendimento neste estabelecimento antes da morte?		☐ não sabe
70.3	Algum profissional de saúde informou sobre a doença?	☐ sim	☐ não ☐ não sabe
70.4	O que ele disse?		
70.5	Qual foi o tratamento indicado?		
71	Foi operado(a) por causa da doença?	☐ sim	☐ não ☐ não sabe
71.1	Quanto tempo antes da morte é que foi operado(a)?	meses	dias ☐ não sabe
71.2	Que parte do corpo foi operada?	☐ não sabe	



72 Se não recebeu tratamento em serviços de saúde porque não?

- ☐ não percebeu que necessitava de atendimento
☐ não conseguiu chegar a tempo ao local de atendimento
☐ encontrou morto
☐ não quis / não aceitou

- ☐ chegou ao local mas não teve atendimento
☐ outro _____
☐ não se aplica
☐ não sabe



ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES

73 Resultados de exames mais importantes sobre a doença que levou à morte se houver

74 Informações mais importantes do Resumo de alta do hospital sobre a doença que levou à morte se houver

75 Tomou vacinas nos últimos 10 anos?

- Quais? ☐ dupla (difteria e tétano) ☐ hepatite ☐ febre amarela ☐ não sabe
☐ triplice (sarampo, rubéola, caxumba) ☐ gripe ☐ pneumococo ☐ outra _____

76 Observações do entrevistador (Sobre as condições de vida e de moradia do falecido sobre a qualidade da entrevista, se o entrevistado colaborou ou não se tinha dificuldade para se expressar, e sobre alguma circunstância da morte que considere relevante.)

CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO DA AUTOPSIA VERBAL

Parte I	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	
	Causas antecedentes	77 Devido ou como consequência de
	Estados mórbidos se existirem que produziram a causa acima registrada mencionado-se em último lugar a causa básica	78 Devido ou como consequência de
		79 Devido ou como consequência de
Parte II	Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima	

Data da entrevista

Data final da análise

Nome dos entrevistadores

Profissionais médicos que analisaram as informações



17

Estado do Pará
PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ Nº 05.131.180/0004-07 - Fone: (93) 3547-2979
Rua Almirante Barroso, 330, Centro - CEP: 66.250-000

COMPROVANTE DE VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA ANIMAL

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL () CÃO () GATO

SEXO: () MACHO () FÊMEA

NOME DO ANIMAL: _____

PROPIETÁRIO: _____

ENDEREÇO: _____

DATAS DAS VACINAÇÕES ANTIRRÁBICA

ATENÇÃO: SE VOCÊ FOR MORDIDO POR CÃO E GATO

- Não mate o animal, prenda-o de-lhe água e comida.
- Lave o ferimento com água e sabão grosso.
- Procure urgente a unidade de saúde mais próxima.

NÃO ESQUEÇA A RAIVA MATA.
(A VACINAÇÃO É GRATUITA)

251

18

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE

CASO SUSPEITO: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Ae. aegypti* que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, artralgia, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 Individual	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificador)
	7 Data dos Primeiros Sintomas	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento
Notificação Individual	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Raça/Cor
	13 Escolaridade	14 Número do Cartão SUS	15 Nome da mãe
	16 UF	17 Município de Residência	18 Código (IBGE)
Dados de Residência	19 Bairro	20 Logradouro (rua, avenida...)	21 Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)

Dados laboratoriais e conclusão

Inv.	31 Data da Investigação	32 Ocupação
	33 Data da Coleta	34 Resultado
	35 Data da Coleta	36 Resultado
Dados laboratoriais	37 Data da coleta	38 Resultado
	39 Data da Coleta	40 Resultado
	41 Sorotipo	42 Resultado
Conclusão	43 Resultado	44 Classificação
	45 Critério de Confirmação/Descarte	46 Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)
	47 UF	48 País
	49 Município	50 Distrito
	51 Bairro	52 Doença Relacionada ao Trabalho
	53 Evolução do Caso	54 Data do Óbito
	55 Data do Encerramento	

Dengue

Sinan Online

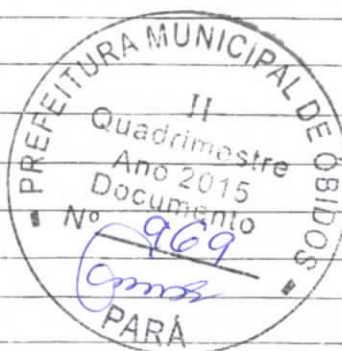
197

SVS 11/12/2013

Hospitalização	56 Ocorreu Hospitalização? ☐ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	57 Data da Internação	58 UF	59 Município do Hospital	Código (IBGE)
	60 Nome do Hospital	Código	61 (DDD) Telefone		

Informações complementares e observações

Observações Adicionais



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

Sinan NET / Sinan Online

SVS 09/07/2013

[Handwritten signatures and initials at the bottom of the page]

ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

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

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/doença	ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante
Dados de Residência	13 Data da Notificação	14 Escolaridade	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
Antecedentes Epidemiológicos	19 Distrito	20 Bairro	
	21 Logradouro (rua, avenida, ...)	22 Número	
	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
Dados Clínicos	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	
	27 CEP	28 (DDD) Telefone	
	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
Dados do Acidente	31 Data da Investigação		
	32 Ocupação		
	33 Data do Acidente		
Dados do Acidente	34 UF		
	35 Município de Ocorrência do Acidente:		
	36 Localidade de Ocorrência do Acidente:		
Dados do Acidente	37 Zona de Ocorrência		
	38 Tempo Decorrido Picada/Atendimento		
	39 Local da Picada		
Dados do Acidente	40 Manifestações Locais		
	41 Se Manifestações Locais Sim, especificar:		
	42 Manifestações Sistêmicas		
Dados do Acidente	43 Se Manifestações Sistêmicas Sim, especificar:		
	44 Tempo de Coagulação		
	45 Tipo de Acidente		
Dados do Acidente	46 Serpente - Tipo de Acidente		
	47 Aranha - Tipo de Acidente		
	48 Lagarta - Tipo de Acidente		

Animais Peçonhentos

Sinan Net

SVS

19/01/2006

198

Handwritten signatures and initials.

49 Classificação do Caso
1 - Leve 2 - Moderado 3 - Grave 9 - Ignorado

50 Soroterapia
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

51 Se Soroterapia Sim, especificar número de ampolas de soro:

Antibotrópico (SAB)	Anticrotático (SAC)	Antiaracnídico (SAAr)
Antibotrópico-lauético (SABL)	Antielapídico (SAE)	Antiloxoscélico (SALox)
Antibotrópico-crotático (SABC)	Antiescorpioníco (SAEs)	Antilonômico (SALon)

52 Complicações Locais
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

53 Se Complicações Locais Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

☐ Infecção Secundária	☐ Necrose Extensa	☐ Síndrome Compartimental	☐ Déficit Funcional	☐ Amputação
--	--	--	--	------------------------------------

54 Complicações Sistêmicas
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

55 Se Complicações Sistêmicas Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

☐ Insuficiência Renal	☐ Insuficiência Respiratória / Edema Pulmonar Agudo	☐ Septicemia	☐ Choque
--	--	-------------------------------------	---------------------------------

56 Acidente Relacionado ao Trabalho
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

57 Evolução do Caso
1 - Cura 2 - Óbito por acidentes por animais peçonhentos 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

58 Data do Óbito

59 Data do Encerramento

Acidentes com animais peçonhentos: manifestações clínicas, classificação e soroterapia				
Tipo	Manifestações Clínicas	Tipo Soro	Nº ampolas	
OFIDISMO	Botrópico jararaca jararacuçu urutu caieira	Leve: dor, edema local e equimose discreto Moderado: dor, edema e equimose evidentes, manifestações hemorrágicas discretas Grave: dor e edema intenso e extenso, bolhas, hemorragia intensa, oligoanúria, hipotensão	SAB	2 - 4 4 - 9
	Crotático cascavel baicininga	Leve: ptose palpebral, turvação visual discretos de aparecimento tardio, sem alteração da cor da urina, mialgia discreta ou ausente Moderado: ptose palpebral, turvação visual discretos de início precoce, mialgia discreta, urina escura Grave: ptose palpebral, turvação visual evidentes e intensos, mialgia intensa e generalizada, urina escura, oligúria ou anúria	SAC	10 20
	Lauético surucuru pico-de-jaca	Moderado: dor, edema, bolhas e hemorragia discreta Grave: dor, edema, bolhas, hemorragia, cólicas abdominais, diarreia, bradicardia, hipotensão arterial	SABL	10 20
	Elapídico coral verdadeira	Grave: dor ou parestesia discreta, ptose palpebral, turvação visual	SAEL	10
	Escorpioníco escorpião	Leve: dor, eritema e parestesia local Moderado: sudorese, náuseas, vômitos ocasionais, taquicardia, agitação e hipertensão arterial leve Grave: vômitos profusos e incoercíveis, sudorese profusa, prostração, bradicardia, edema pulmonar agudo e choque	SAEsc ou SAA	2 - 3 4 - 6
	Loxoscélico aranha-marrom	Leve: lesão incaracterística sem aranha identificada Moderado: lesão sugestiva com equimose, palidez, eritema e edema endurecido local, cefaleia, febre, exantema Grave: lesão característica, hemólise intravascular	SAA ou SALox	5
ARANHEISMO	Foneutrismo aranha-amadeira aranha-da-banana	Leve: dor local Moderado: sudorese ocasional, vômitos ocasionais, agitação, hipertensão arterial Grave: sudorese profusa, vômitos frequentes, priapismo, edema pulmonar agudo, hipotensão arterial	SAA	5 - 10
	LONOMIA taturana oruga	Leve: dor, eritema, adenomegalia regional, coagulação normal, sem hemorragia Moderado: alteração na coagulação, hemorragia em pele e/ou mucosas Grave: alteração na coagulação, hemorragia em vísceras, insuficiência renal	SALon	5 10

Informações complementares e observações

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

Município/Unidade de Saúde

Nome

Função

Assinatura

Animais Peçonhentos

Sinanet

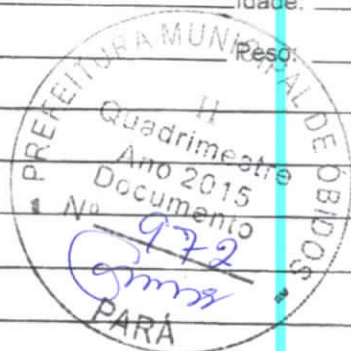
SVS

19/01/2006

Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde
Distrito Técnico Sanitário de Santarém
 - Controle da Leishmaniose

Unid. de Saúde: _____ Município: _____ Data: _____
 Reg.: _____ Nome: _____ Idade: _____
 Sexo: _____ Profissão: _____
 Endereço Provisório: _____
 Endereço Definitivo: _____
 Exames: Parasitológico () Resultado: _____
 I.R. de Montenegro () Resultado: _____
 Sorologia Indireta () Resultado: _____
 Histopatológico () Resultado: _____

Forma Clínica: _____ Medicamento: _____
 Dosagem/Dia: _____ Quantidade de Ampolas: _____
 Início de Tratamento: _____ Término de Tratamento: _____
 Local de Contágio: _____ Tipo de Alta: _____



Observações:

Mês:

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29	30	31		

Mês:

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29	30	31		

Mês:

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29	30	31		

Legenda:

O - Tomou C - Forma Cutânea
 X - Não Tomou M - Forma Mucosa
 _ - Levou CD - Forma Cutânea Disseminada

CLT - 02

199

86



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA À SAÚDE
LABORATÓRIO CENTRAL



LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DO BPA-I Pesquisa de anticorpos contra o Vírus da Hepatite C (anti-HCV)			
UNIDADE SOLICITANTE		CNES	
DADOS DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE		Nº DO PRONTUÁRIO	
CARTÃO NACIONAL DE	DATA DO NASCIMENTO	RAÇA/COR	
NOME DA MÃE		Nº DO DOCUMENTO	
NOME DO RESPONSÁVEL		TELEFONE	
ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro)		DDD	TELEFONE
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		CEP	
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO		Nº DE NOTIFICAÇÃO	
MUNICÍPIO DE ORIGEM	UF	CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	Pesquisa de anticorpos contra o Vírus da Hepatite C (anti-HCV)	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA			
Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado			
☐ Triagem sorológica (1ª amostra)			
☐ Triagem sorológica (2ª amostra)			
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		ASSINATURA E CARIMBO	
DOCUMENTO	Nº DO CNES/CPF	LABORATÓRIO CENTRAL	
☐ CNS ☐ CPF		DO ESTADO DO PARÁ	
DATA DA COLETA		DO ESTADO DO PARÁ	
		ASSINATURA E CARIMBO	



SESPA/LACEN - Rodovia Augusto Montenegro, Km 10, Distrito de Icoaraci, CEP: 66823010, Belém-Pará-Brasil - Fone/fax (91) 3202-4900 / 3202-4902 - GT-RELAB 3202-4912 e-mail: gtrehab@hotmail.com

200
GB

2

Assinatura



REQUISIÇÃO

PACIENTE

AMOSTRA/EXAME

SINAN

EXAMINADOR

1 Nº Requisição:		2 Unidade Saúde (ou outra fonte):*		3 CNES:*	
4 Município Atendimento:		5 Código BGE:*		6 UF:	
7 Nome do Profissional de Saúde:*		8 Registro Conselho/Matrícula:*		9 Assinatura:	
10 Data de Solicitação:*		11 Data dos Primeiros Sintomas:		12 Caso:	
				1 - Suspeito 2 - Comunicante 3 - Acompanhamento 4 - Controle 5 - Óbito 6 - Caso grave 7 - Surto 8 - Diagnóstico 9 - Ignorado	
13 Tratamento:		14 Etapa de Tratamento:		15 Paciente Tomou Vacina?	
Quantidade: 1 - Dia 2 - Semana 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado		1 - Pré-tratamento 2 - Tratamento 3 - Retratamento 4 - Avaliação de Resistência 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
16 Vacina?		17 Finalidade:		18 Data da Última Dose:	
		1 - Campanha 2 - Inquérito 3 - Investigação 4 - Programa 5 - Protocolo 6 - Projeto 9 - Ignorado			
19 Nome do Paciente:*		20 Data de Nascimento:*		21 Idade:*	
		Quantidade: 1 - Hora(s) 2 - Dia(s) 3 - Mês(s) 4 - Ano(s)		22 Sexo:*	
				M - Masculino F - Feminino - Ignorado	
23 Raça/Cor:		24 Etnia:		25 Idade Gestacional:	
1 - Branca 2 - Preta 3 - Parda 4 - Amarela 5 - Indígena 99 - Sem Informação				1 - 1ª Trm. 2 - 2ª Trm. 3 - 3ª Trm. 4 - Ignorada 5 - Não 6 - Não se Aplica 9 - Ignorado	
26 Documento 1:		27 Documento 2:		28 Nome da Mãe:	
1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNS 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN		1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNS 5 - CNASC 6 - PRONT 7 - INFOPEN			
29 Logradouro: (Rua, Avenida...)		30 Complemento do Logradouro:		31 Número:	
32 Ponto de Referência:		33 Bairro:		34 Município de Residência:*	
				35 Código BGE:*	
36 CEP:		37 DDD / Telefone:		38 UF:	
39 Zonas:		40 País (Se reside fora do Brasil):*		41 Exame Solicitado:*	
1 - Urbana 2 - Periurbana 3 - Rural 4 - Silvestre 9 - Ignorada				42 Material Biológico:*	
				43 Localização:*	
				44 Amostra: 1 - 1ª 2 - 2ª 3 - 3ª 4 - 4ª 5 - 5ª 6 - 6ª 7 - 7ª 8 - 8ª 9 - 9ª 10 - 10ª 11 - 11ª 12 - 12ª 13 - 13ª 14 - 14ª 15 - 15ª 16 - 16ª 17 - 17ª 18 - 18ª 19 - 19ª 20 - 20ª 21 - 21ª 22 - 22ª 23 - 23ª 24 - 24ª 25 - 25ª 26 - 26ª 27 - 27ª 28 - 28ª 29 - 29ª 30 - 30ª 31 - 31ª 32 - 32ª 33 - 33ª 34 - 34ª 35 - 35ª 36 - 36ª 37 - 37ª 38 - 38ª 39 - 39ª 40 - 40ª 41 - 41ª 42 - 42ª 43 - 43ª 44 - 44ª 45 - 45ª 46 - 46ª 47 - 47ª 48 - 48ª 49 - 49ª 50 - 50ª 51 - 51ª 52 - 52ª 53 - 53ª 54 - 54ª 55 - 55ª 56 - 56ª 57 - 57ª 58 - 58ª 59 - 59ª 60 - 60ª 61 - 61ª 62 - 62ª 63 - 63ª 64 - 64ª 65 - 65ª 66 - 66ª 67 - 67ª 68 - 68ª 69 - 69ª 70 - 70ª 71 - 71ª 72 - 72ª 73 - 73ª 74 - 74ª 75 - 75ª 76 - 76ª 77 - 77ª 78 - 78ª 79 - 79ª 80 - 80ª 81 - 81ª 82 - 82ª 83 - 83ª 84 - 84ª 85 - 85ª 86 - 86ª 87 - 87ª 88 - 88ª 89 - 89ª 90 - 90ª 91 - 91ª 92 - 92ª 93 - 93ª 94 - 94ª 95 - 95ª 96 - 96ª 97 - 97ª 98 - 98ª 99 - 99ª 100 - 100ª 101 - 101ª 102 - 102ª 103 - 103ª 104 - 104ª 105 - 105ª 106 - 106ª 107 - 107ª 108 - 108ª 109 - 109ª 110 - 110ª 111 - 111ª 112 - 112ª 113 - 113ª 114 - 114ª 115 - 115ª 116 - 116ª 117 - 117ª 118 - 118ª 119 - 119ª 120 - 120ª 121 - 121ª 122 - 122ª 123 - 123ª 124 - 124ª 125 - 125ª 126 - 126ª 127 - 127ª 128 - 128ª 129 - 129ª 130 - 130ª 131 - 131ª 132 - 132ª 133 - 133ª 134 - 134ª 135 - 135ª 136 - 136ª 137 - 137ª 138 - 138ª 139 - 139ª 140 - 140ª 141 - 141ª 142 - 142ª 143 - 143ª 144 - 144ª 145 - 145ª 146 - 146ª 147 - 147ª 148 - 148ª 149 - 149ª 150 - 150ª 151 - 151ª 152 - 152ª 153 - 153ª 154 - 154ª 155 - 155ª 156 - 156ª 157 - 157ª 158 - 158ª 159 - 159ª 160 - 160ª 161 - 161ª 162 - 162ª 163 - 163ª 164 - 164ª 165 - 165ª 166 - 166ª 167 - 167ª 168 - 168ª 169 - 169ª 170 - 170ª 171 - 171ª 172 - 172ª 173 - 173ª 174 - 174ª 175 - 175ª 176 - 176ª 177 - 177ª 178 - 178ª 179 - 179ª 180 - 180ª 181 - 181ª 182 - 182ª 183 - 183ª 184 - 184ª 185 - 185ª 186 - 186ª 187 - 187ª 188 - 188ª 189 - 189ª 190 - 190ª 191 - 191ª 192 - 192ª 193 - 193ª 194 - 194ª 195 - 195ª 196 - 196ª 197 - 197ª 198 - 198ª 199 - 199ª 200 - 200ª 201 - 201ª 202 - 202ª 203 - 203ª 204 - 204ª 205 - 205ª 206 - 206ª 207 - 207ª 208 - 208ª 209 - 209ª 210 - 210ª 211 - 211ª 212 - 212ª 213 - 213ª 214 - 214ª 215 - 215ª 216 - 216ª 217 - 217ª 218 - 218ª 219 - 219ª 220 - 220ª 221 - 221ª 222 - 222ª 223 - 223ª 224 - 224ª 225 - 225ª 226 - 226ª 227 - 227ª 228 - 228ª 229 - 229ª 230 - 230ª 231 - 231ª 232 - 232ª 233 - 233ª 234 - 234ª 235 - 235ª 236 - 236ª 237 - 237ª 238 - 238ª 239 - 239ª 240 - 240ª 241 - 241ª 242 - 242ª 243 - 243ª 244 - 244ª 245 - 245ª 246 - 246ª 247 - 247ª 248 - 248ª 249 - 249ª 250 - 250ª 251 - 251ª 252 - 252ª 253 - 253ª 254 - 254ª 255 - 255ª 256 - 256ª 257 - 257ª 258 - 258ª 259 - 259ª 260 - 260ª 261 - 261ª 262 - 262ª 263 - 263ª 264 - 264ª 265 - 265ª 266 - 266ª 267 - 267ª 268 - 268ª 269 - 269ª 270 - 270ª 271 - 271ª 272 - 272ª 273 - 273ª 274 - 274ª 275 - 275ª 276 - 276ª 277 - 277ª 278 - 278ª 279 - 279ª 280 - 280ª 281 - 281ª 282 - 282ª 283 - 283ª 284 - 284ª 285 - 285ª 286 - 286ª 287 - 287ª 288 - 288ª 289 - 289ª 290 - 290ª 291 - 291ª 292 - 292ª 293 - 293ª 294 - 294ª 295 - 295ª 296 - 296ª 297 - 297ª 298 - 298ª 299 - 299ª 300 - 300ª 301 - 301ª 302 - 302ª 303 - 303ª 304 - 304ª 305 - 305ª 306 - 306ª 307 - 307ª 308 - 308ª 309 - 309ª 310 - 310ª 311 - 311ª 312 - 312ª 313 - 313ª 314 - 314ª 315 - 315ª 316 - 316ª 317 - 317ª 318 - 318ª 319 - 319ª 320 - 320ª 321 - 321ª 322 - 322ª 323 - 323ª 324 - 324ª 325 - 325ª 326 - 326ª 327 - 327ª 328 - 328ª 329 - 329ª 330 - 330ª 331 - 331ª 332 - 332ª 333 - 333ª 334 - 334ª 335 - 335ª 336 - 336ª 337 - 337ª 338 - 338ª 339 - 339ª 340 - 340ª 341 - 341ª 342 - 342ª 343 - 343ª 344 - 344ª 345 - 345ª 346 - 346ª 347 - 347ª 348 - 348ª 349 - 349ª 350 - 350ª 351 - 351ª 352 - 352ª 353 - 353ª 354 - 354ª 355 - 355ª 356 - 356ª 357 - 357ª 358 - 358ª 359 - 359ª 360 - 360ª 361 - 361ª 362 - 362ª 363 - 363ª 364 - 364ª 365 - 365ª 366 - 366ª 367 - 367ª 368 - 368ª 369 - 369ª 370 - 370ª 371 - 371ª 372 - 372ª 373 - 373ª 374 - 374ª 375 - 375ª 376 - 376ª 377 - 377ª 378 - 378ª 379 - 379ª 380 - 380ª 381 - 381ª 382 - 382ª 383 - 383ª 384 - 384ª 385 - 385ª 386 - 386ª 387 - 387ª 388 - 388ª 389 - 389ª 390 - 390ª 391 - 391ª 392 - 392ª 393 - 393ª 394 - 394ª 395 - 395ª 396 - 396ª 397 - 397ª 398 - 398ª 399 - 399ª 400 - 400ª 401 - 401ª 402 - 402ª 403 - 403ª 404 - 404ª 405 - 405ª 406 - 406ª 407 - 407ª 408 - 408ª 409 - 409ª 410 - 410ª 411 - 411ª 412 - 412ª 413 - 413ª 414 - 414ª 415 - 415ª 416 - 416ª 417 - 417ª 418 - 418ª 419 - 419ª 420 - 420ª 421 - 421ª 422 - 422ª 423 - 423ª 424 - 424ª 425 - 425ª 426 - 426ª 427 - 427ª 428 - 428ª 429 - 429ª 430 - 430ª 431 - 431ª 432 - 432ª 433 - 433ª 434 - 434ª 435 - 435ª 436 - 436ª 437 - 437ª 438 - 438ª 439 - 439ª 440 - 440ª 441 - 441ª 442 - 442ª 443 - 443ª 444 - 444ª 445 - 445ª 446 - 446ª 447 - 447ª 448 - 448ª 449 - 449ª 450 - 450ª 451 - 451ª 452 - 452ª 453 - 453ª 454 - 454ª 455 - 455ª 456 - 456ª 457 - 457ª 458 - 458ª 459 - 459ª 460 - 460ª 461 - 461ª 462 - 462ª 463 - 463ª 464 - 464ª 465 - 465ª 466 - 466ª 467 - 467ª 468 - 468ª 469 - 469ª 470 - 470ª 471 - 471ª 472 - 472ª 473 - 473ª 474 - 474ª 475 - 475ª 476 - 476ª 477 - 477ª 478 - 478ª 479 - 479ª 480 - 480ª 481 - 481ª 482 - 482ª 483 - 483ª 484 - 484ª 485 - 485ª 486 - 486ª 487 - 487ª 488 - 488ª 489 - 489ª 490 - 490ª 491 - 491ª 492 - 492ª 493 - 493ª 494 - 494ª 495 - 495ª 496 - 496ª 497 - 497ª 498 - 498ª 499 - 499ª 500 - 500ª 501 - 501ª 502 - 502ª 503 - 503ª 504 - 504ª 505 - 505ª 506 - 506ª 507 - 507ª 508 - 508ª 509 - 509ª 510 - 510ª 511 - 511ª 512 - 512ª 513 - 513ª 514 - 514ª 515 - 515ª 516 - 516ª 517 - 517ª 518 - 518ª 519 - 519ª 520 - 520ª 521 - 521ª 522 - 522ª 523 - 523ª 524 - 524ª 525 - 525ª 526 - 526ª 527 - 527ª 528 - 528ª 529 - 529ª 530 - 530ª 531 - 531ª 532 - 532ª 533 - 533ª 534 - 534ª 535 - 535ª 536 - 536ª 537 - 537ª 538 - 538ª 539 - 539ª 540 - 540ª 541 - 541ª 542 - 542ª 543 - 543ª 544 - 544ª 545 - 545ª 546 - 546ª 547 - 547ª 548 - 548ª 549 - 549ª 550 - 550ª 551 - 551ª 552 - 552ª 553 - 553ª 554 - 554ª 555 - 555ª 556 - 556ª 557 - 557ª 558 - 558ª 559 - 559ª 560 - 560ª 561 - 561ª 562 - 562ª 563 - 563ª 564 - 564ª 565 - 565ª 566 - 566ª 567 - 567ª 568 - 568ª 569 - 569ª 570 - 570ª 571 - 571ª 572 - 572ª 573 - 573ª 574 - 574ª 575 - 575ª 576 - 576ª 577 - 577ª 578 - 578ª 579 - 579ª 580 - 580ª 581 - 581ª 582 - 582ª 583 - 583ª 584 - 584ª 585 - 585ª 586 - 586ª 587 - 587ª 588 - 588ª 589 - 589ª 590 - 590ª 591 - 591ª 592 - 592ª 593 - 593ª 594 - 594ª 595 - 595ª 596 - 596ª 597 - 597ª 598 - 598ª 599 - 599ª 600 - 600ª 601 - 601ª 602 - 602ª 603 - 603ª 604 - 604ª 605 - 605ª 606 - 606ª 607 - 607ª 608 - 608ª 609 - 609ª 610 - 610ª 611 - 611ª 612 - 612ª 613 - 613ª 614 - 614ª 615 - 615ª 616 - 616ª 617 - 617ª 618 - 618ª 619 - 619ª 620 - 620ª 621 - 621ª 622 - 622ª 623 - 623ª 624 - 624ª 625 - 625ª 626 - 626ª 627 - 627ª 628 - 628ª 629 - 629ª 630 - 630ª 631 - 631ª 632 - 632ª 633 - 633ª 634 - 634ª 635 - 635ª 636 - 636ª 637 - 637ª 638 - 638ª 639 - 639ª 640 - 640ª 641 - 641ª 642 - 642ª 643 - 643ª 644 - 644ª 645 - 645ª 646 - 646ª 647 - 647ª 648 - 648ª 649 - 649ª 650 - 650ª 651 - 651ª 652 - 652ª 653 - 653ª 654 - 654ª 655 - 655ª 656 - 656ª 657 - 657ª 658 - 658ª 659 - 659ª 660 - 660ª 661 - 661ª 662 - 662ª 663 - 663ª 664 - 664ª 665 - 665ª 666 - 666ª 667 - 667ª 668 - 668ª 669 - 669ª 670 - 670ª 671 - 671ª 672 - 672ª 673 - 673ª 674 - 674ª 675 - 675ª 676 - 676ª 677 - 677ª 678 - 678ª 679 - 679ª 680 - 680ª 681 - 681ª 682 - 682ª 683 - 683ª 684 - 684ª 685 - 685ª 686 - 686ª 687 - 687ª 688 - 688ª 689 - 689ª 690 - 690ª 691 - 691ª 692 - 692ª 693 - 693ª 694 - 694ª 695 - 695ª 696 - 696ª 697 - 697ª 698 - 698ª 699 - 699ª 700 - 700ª 701 - 701ª 702 - 702ª 703 - 703ª 704 - 704ª 705 - 705ª 706 - 706ª 707 - 707ª 708 - 708ª 709 - 709ª 710 - 710ª 711 - 711ª 712 - 712ª 713 - 713ª 714 - 714ª 715 - 715ª 716 - 716ª 717 - 717ª 718 - 718ª 719 - 719ª 720 - 720ª 721 - 721ª 722 - 722ª 723 - 723ª 724 - 724ª 725 - 725ª 726 - 726ª 727 - 727ª 728 - 728ª 729 - 729ª 730 - 730ª 731 - 731ª 732 - 732ª 733 - 733ª 734 - 734ª 735 - 735ª 736 - 736ª 737 - 737ª 738 - 738ª 739 - 739ª 740 - 740ª 741 - 741ª 742 - 742ª 743 - 743ª 744 - 744ª 745 - 745ª 746 - 746ª 747 - 747ª 748 - 748ª 749 - 749ª 750 - 750ª 751 - 751ª 752 - 752ª 753 - 753ª 754 - 754ª 755 - 755ª 756 - 756ª 757 - 757ª 758 - 758ª 759 - 759ª 760 - 760ª 761 - 761ª 762 - 762ª 763 - 763ª 764 - 764ª 765 - 765ª 766 - 766ª 767 - 767ª 768 - 768ª 769 - 769ª 770 - 770ª 771 - 771ª 772 - 772ª 773 - 773ª 774 - 774ª 775 - 775ª 776 - 776ª 777 - 777ª 778 - 778ª 779 - 779ª 780 - 780ª 781 - 781ª 782 - 782ª 783 - 783ª 784 - 784ª 785 - 785ª 786 - 786ª 787 - 787ª 788 - 788ª 789 - 789ª 790 - 790ª 791 - 791ª 792 - 792ª 793 - 793ª 794 - 794ª 795 - 795ª 796 - 796ª 797 - 797ª 798 - 798ª 799 - 799ª 800 - 800ª 801 - 801ª 802 - 802ª 803 - 803ª 804 - 804ª 805 - 805ª 806 - 806ª 807 - 807ª 808 - 808ª 809 - 809ª 810 - 810ª 811 - 811ª 812 - 812ª 813 - 813ª 814 - 814ª 815 - 815ª 816 - 816ª 817 - 817ª 818 - 818ª 819 - 819ª 820 - 820ª 821 - 821ª 822 - 822ª 823 - 823ª 824 - 824ª 825 - 825ª 826 - 826ª 827 - 827ª 828 - 828ª 829 - 829ª 830 - 830ª 831 - 831ª 832 - 832ª 833 - 833ª 834 - 834ª 835 - 835ª 836 - 836ª 837 - 837ª 838 - 838ª 839 - 839ª 840 - 840ª 841 - 841ª 842 - 842ª 843 - 843ª 844 - 844ª 845 - 845ª 846 - 846ª 847 - 847ª 848 - 848ª 849 - 849ª 850 - 850ª 851 - 851ª 852 - 852ª 853 - 853ª 854 - 854ª 855 - 855ª 856 - 856ª 857 - 857ª 858 - 858ª 859 - 859ª 860 - 860ª 861 - 861ª 862 - 862ª 863 - 863ª 864 - 864ª 865 - 865ª 866 - 866ª 867 - 867ª 868 - 868ª 869 - 869ª 870 - 870ª 871 - 871ª 872 - 872ª 873 - 873ª 874 - 874ª 875 - 875ª 876 - 876ª 877 - 877ª 878 - 878ª 879 - 879ª 880 - 880ª 881 - 881ª 882 - 882ª 883 - 883ª 884 - 884ª 885 - 885ª 886 - 886ª 887 - 887ª 888 - 888ª 889 - 889ª 890 - 890ª 891 - 891ª 892 - 892ª 893 - 893ª 894 - 894ª 895 - 895ª 896 - 896ª 897 - 897ª 898 - 898ª 899 - 899ª 900 - 900ª 901 - 901ª 902 - 902ª 903 - 903ª 904 - 904ª 905 - 905ª 906 - 906ª 907 - 907ª 908 - 908ª 909 - 909ª 910 - 910ª 911 - 911ª 912 - 912ª 913 - 913ª 914 - 914ª 915 - 915ª 916 - 916ª 917 - 917ª 918 - 918ª 919 - 919ª 920 - 920ª 921 - 921ª 922 - 922ª 923 - 923ª 924 - 924ª 925 - 925ª 926 - 926ª 927 - 927ª 928 - 928ª 929 - 929ª 930 - 930ª 931 - 931ª 932 - 932ª 933 - 933ª 934 - 934ª 935 - 935ª 936 - 936ª 937 - 937ª 938 - 938ª 939 - 939ª 940 - 940ª 941 - 941ª 942 - 942ª 943 - 943ª 944 - 944ª 945 - 945ª 946 - 946ª 947 - 947ª 948 - 948ª 949 - 949ª 950 - 950ª 951 - 951ª 952 - 952ª 953 - 953ª 954 - 954ª 955 - 955ª 956 - 956ª 957 - 957ª 958 - 958ª 959 - 959ª 960 - 960ª 961 - 961ª 962 - 962ª 963 - 963ª 964 - 964ª 965 - 965ª 966 - 966ª 967 - 967ª 968 - 968ª 969 - 969ª 970 - 970ª 971 - 971ª 972 - 972ª 973 - 973ª 974 - 974ª 975 - 975ª 976 - 976ª 977 - 977ª 978 - 978ª 979 - 979ª 980 - 980ª 981 - 981ª 982 - 982ª 983 - 983ª 984 - 984ª 985 - 985ª 986 - 986ª 987 - 987ª 988 - 988ª 989 - 989ª 990 - 990ª 991 - 991ª 992 - 992ª 993 - 993ª 994 - 994ª 995 - 995ª 996 - 996ª 997 - 997ª 998 - 998ª 999 - 999ª 1000 - 1000ª 1001 - 1001ª 1002 - 1002ª 1003 - 1003ª 1004 - 1004ª 1005 - 1005ª 1006 - 1006ª 1007 - 1007ª 1008 - 1008ª 1009 - 1009ª 1010 - 1010ª 1011 - 1011ª 1012 - 1012ª 1013 - 1013ª 1014 - 1014ª 1015 - 1015ª 1016 - 1016ª 1017 - 1017ª 1018 - 1018ª 1019 - 1019ª 1020 - 1020ª 1021 - 1021ª 1022 - 1022ª 1023 - 1023ª 1024 - 1024ª 1025 - 1025ª 1026 - 1026ª 1027 - 1027ª 1028 - 1028ª 1029 - 1029ª 1030 - 1030ª 1031 - 1031ª 1032 - 1032ª 1033 - 1033ª 1034 - 1034ª 1035 - 1035ª 1036 - 1036ª 1037 - 1037ª 1038 - 1038ª 1039 - 1039ª 1040 - 1040ª 1041 - 1041ª 1042 - 1042ª 1043 - 1043ª 1044 - 1044ª 1045 - 1045ª 1046 - 1046ª 1047 - 1047ª 1048 - 1048ª 1049 - 1049ª 1050 - 1050ª 1051 - 1051ª 1052 - 1052ª 1053 - 1053ª 1054 - 1054ª 1055 - 1055ª 1056 - 1056ª 1057 - 1057ª 1058 - 1058ª 1059 - 1059ª 1060 - 1060ª 1061 - 1061ª 1062 - 1062ª 1063 - 1063ª 1064 - 1064ª 1065 - 1065ª 1066 - 1066ª 1067 - 1067ª 1068 - 1068ª 1069 - 1069ª 1070 - 1070ª 1071 - 1071ª 1072 - 1072ª 1073 - 1073ª 1074 - 1074ª 1075 - 1075ª 1076 -	

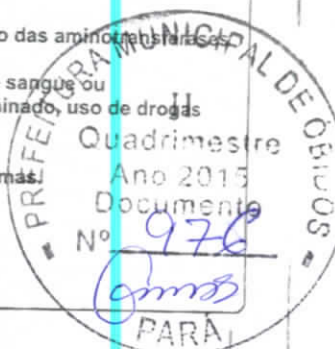
Ordem	Descrição dos Campos
01	Número da requisição gerado pelo sistema após o cadastro. (OBRIGATÓRIO). Caso ainda não tenha sido cadastrado, NÃO OBRIGATÓRIO.
02	Unidade de Saúde ou outra fonte que solicita exame (s) da rede de laboratórios: Nome completo e sem abreviaturas.
03	Número do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES (OBRIGATÓRIO).
04	Nome do município de atendimento da Unidade de Saúde e ou de outra fonte responsável pela solicitação de exame(s).
05	Código do IBGE correspondente. (OBRIGATÓRIO).
06	Sigla da Unidade da Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte responsável pela solicitação de exame(s).
07	Nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s) sem abreviaturas. (OBRIGATÓRIO).
08	Abreviatura/número do conselho ou matrícula do profissional de saúde (OBRIGATÓRIO). Ex: CRM/RJ 1234.
09	Assinatura e carimbo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s).
10	Data da solicitação de exame (s) (OBRIGATÓRIO). No formato dd/mm/aaaa.
11	Data dos primeiros sintomas - data que surgiram os primeiros sintomas do paciente. No formato dd/mm/aaaa.
12	Classificação do tipo de caso: 1 - Suspeito (diagnóstico para definição de doença/agravo); 2 - Comunicante (paciente teve contato familiar, sexual com um caso); 3 - Acompanhamento (paciente em tratamento de doença/agravo); 4 - Controle (controle de tratamento de doença/agravo finalizado); 5 - Óbito (diagnóstico para esclarecimento de causa mortis); 6 - Caso grave (paciente em estado grave, internado ou não); 7 - Surto (esclarecimento de ocorrência de doença/agravo em área restrita); 8 - Diagnóstico (paciente para confirmação da doença/agravo) e 9 - Ignorado.
13	Tratamento - informar o tempo de tratamento que o paciente encontra-se na data da solicitação do exame (s). (Exemplo: 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número "10", e na segunda lacuna o item correspondente à opção "1", que significa dia.
14	Etapas de tratamento - corresponde à etapa em que o paciente encontra-se na data da solicitação do exame (s), podendo ser: 1 - Pré-tratamento (sem tratamento); 2 - Tratamento (sob medicação); 3 - Retratamento (Iniciado novamente o tratamento ou troca de esquema de tratamento); 4 - Avaliação de resistência (paciente com resultados laboratoriais sugestivos a resistência) e 9 - Ignorado.
15	O paciente tomou vacina? - O campo deve ser preenchido, após verificar no cartão de vacina, se o paciente já foi vacinado contra o agravo/doença suspeito ou confirmado conforme solicitação de exame (s). 1 - Sim; 2 - Não e 9 - Ignorado.
16 e 17	Data da última dose da vacina contra agravo/doença suspeita ou confirmada que o paciente tomou no formato dd/mm/aaaa. Especifique o tipo da vacina.
18	Finalidade da requisição: 1 - Campanha (evento investigatório com período definido para doença/agravo específico); 2 - Inquérito (investigação contínua ao longo do tempo para doença/agravo específico); 3 - Investigação (aplicável a doenças/agraves em período e área definidos a eventos inesperados programados, como surtos ou sentinelas); 4 - Programa (eventos investigativos ligados a ações de programas específicos das esferas governamentais); 5 - Protocolo (investigação diagnóstica definida por instituição ou esfera governamental, para definição de perfil diferencial ligada a doença/agravo principal); 6 - Projeto (investigação de doença/agravo ligado a pesquisa) e 9 - Ignorado. Especificar o nome da finalidade (Nível Nacional ou Estadual).
19	Paciente: nome completo e sem abreviatura. (OBRIGATÓRIO).
20	Data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa.
21	Idade do paciente. Este campo deve ser preenchido somente se a data de nascimento for desconhecida. (Ex. 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número "10" e na segunda lacuna o item correspondente à opção "2", que significa dia). 1 - Hora(s); 2 - Dia(s); 3 - Mês(s) e 4 - Anos. (OBRIGATÓRIO).
22	Sexo do paciente. F - Feminino; M - Masculino e 9 - Ignorado. (OBRIGATÓRIO)
23	Idade Gestacional. Sendo o paciente do sexo feminino, informar o período gestacional em que a paciente se encontra no momento da ocorrência do agravo/doença. Sendo o paciente do sexo masculino, informar a opção 6 - não se aplica.
24	Nacionalidade: País de origem do paciente.
25	Raça/Cor: 1 - Branca; 2 - Preta; 3 - Parda; 4 - Amarela; 5 - Indígena e 99 - Sem informação.
26	Etnia: Caso o campo 25 seja preenchido pela opção indígena automaticamente aparece a tabela de etnia.
27	Nome da mãe: Informar o nome completo e sem abreviações.
28 e 29	Documento: Este campo deve ser preenchido informando na primeira lacuna o tipo de documento e em seguida seu número. (Ex. CPF: 777.888.999.00 => deve ser informado o item correspondente à opção "2", que significa CPF e segunda lacuna o número 555.555.555.55). 1 - RG - Carteira de Identidade; 2 - CPF - Cadastro de Pessoa Física; 3 - CNH - Carteira Nacional de Habilitação; 4 - CNS - Cartão Nacional de Saúde; 5 - CNASC - Certidão de Nascimento; 6 - PRONT - Prontuário e 7 - INFOPEN - Sistema de Informações Penitenciárias.
30	Logradouro (rua, avenida...) do paciente.
31	Número (apartamento, casa) do logradouro do paciente.
32	Dados complementares do logradouro do paciente.
33	Ponto de referência para auxiliar na localização do logradouro do paciente.
34	Bairro do logradouro do paciente.
35	Município do logradouro do paciente.
36	Código do IBGE correspondente (OBRIGATÓRIO).
37	Sigla da Unidade da Federação do logradouro do paciente.
38	CEP - Código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) do paciente.
39	Código da localidade e o telefone para contato do paciente. (DDD e número do telefone)
40	Classificação da zona do logradouro do paciente. 1 - Urbana; 2 - Periurbana; 3 - Rural; 4 - Silvestre e 9 - Ignorado.
41	País do logradouro do paciente. Se residente fora do Brasil preenchimento do País. (OBRIGATÓRIO).
42	Informar o(s) exame(s) laboratorial (is) solicitado(s) para o paciente (OBRIGATÓRIO) pelo profissional de saúde.
43	Material Biológico (amostra enviada): Informar o(s) tipo(s) de material (s) biológicos (s) enviado(s) para o(s) exame(s) solicitado(s) para o paciente (OBRIGATÓRIO).
44	Informar caso o material biológico requeira localização, a parte do corpo de onde a amostra foi coletada. Ex. Abdômen, Braço direito, ...
45	Informar o(s) número(s) da(s) amostra(s) coletada(s) para o paciente. 1ª - 1ª amostra; 2ª - 2ª amostra; nª - nª amostra e U - Única (OBRIGATÓRIO).
46	Material Clínico em que a amostra foi enviada: 1 - IN - Amostra in Natura; 2 - IB - Isolado Bacteriano; 3 - LM - Lâmina; 4 - MTB - Meio de Transporte Bacteriano; 5 - MTV - Meio Transporte Viral; 6 - FF - Fixado em Formol; 7 - FA - Fixado em Álcool; 8 - FO - Fixado em Outros; 9 - BP - Bloco de Parafina e 10 - PF - Em Papel de Filtro.
47	Data da Coleta. Informar a data em que a(s) amostra(s) foi coletada(s) (OBRIGATÓRIO). No formato dd/mm/aaaa
48	Hora da Coleta. Informar a hora em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato hh:mm Ex. 12h 54min
49	Informar se o paciente usou medicamento antes da data de coleta. 1 - Sim; 2 - Não e 9 - Ignorado. Caso a informação seja 1 - Sim, Especificar e a data de início do uso do medicamento.
50	Informar o nome do agravo/doença conforme ficha de investigação do SINAN (PREENCHIMENTO APENAS PARA CASOS NOTIFICADOS).
51	Informar o código correspondente estabelecido pelo SINAN do CID 10, conforme descrita na ficha de investigação do SINAN (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).
52	Preencher com o número da notificação atribuído pela unidade de saúde ou outra fonte conforme descrita na ficha de investigação do SINAN (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).
53	Informar a data da notificação conforme descrita na ficha de notificação SINAN no formato dd/mm/aaaa (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).
54	Nome completo da Unidade de Saúde ou outra fonte que realizou a notificação.
55	Informar o código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE SOLICITANTE).
56	Nome completo do município onde está localizada a unidade de saúde ou outra fonte notificadora que realizou a notificação.
57	Código do IBGE (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DO MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO).
58	Sigla da Unidade da Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte que realizou a notificação no SINAN (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE DE FEDERAÇÃO).

Suspeita clínica/bioquímica:

- Sintomático icterico:
- * Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente com ou sem: febre, mal estar, náuseas, vômitos, mialgia, colúria e hipocolia fecal.
- * Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente e evoluiu para óbito, sem outro diagnóstico etiológico confirmado.
- Sintomático anictérico:
- * Indivíduo sem icterícia, com um ou mais sintomas (febre, mal estar, náusea, vômitos, mialgia) e valor aumentado das aminotransferases.
- Assintomático:
- * Indivíduo exposto a uma fonte de infecção bem documentada (hemodiálise, acidente ocupacional, transfusão de sangue ou hemoderivados, procedimentos cirúrgicos/odontológicos/colocação de "piercing"/tatuagem com material contaminado, uso de drogas com compartilhamento de instrumentos).
- * Comunicante de caso confirmado de hepatite, independente da forma clínica e evolutiva do caso índice.
- * Indivíduo com alteração de aminotransferases igual ou superior a três vezes o valor máximo normal destas enzimas.

Suspeito com marcador sorológico reagente:

- Doador de sangue:
- * Indivíduo assintomático doador de sangue, com um ou mais marcadores reagentes de hepatite B e C.
- Indivíduo assintomático com marcador: reagente para hepatite viral A, B, C, D ou E.



1 Tipo de Notificação

2 - Individual

2 Agravado/doença

HEPATITES VIRAIS

Código (CID10)

B 19

3 Data da Notificação

4 UF

5 Município de Notificação

Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)

Código

7 Data dos Primeiros Sintomas

8 Nome do Paciente

9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade

1 - Hora
2 - Dia
3 - Mês
4 - Ano11 Sexo M - Masculino
F - Feminino
I - Ignorado

12 Gestante

1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre
4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica
9- Ignorado

13 Raça/Cor

1-Branca 2-Preta 3-Amarela
4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

14 Escolaridade

0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)
3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

15 Número do Cartão SUS

16 Nome da mãe

17 UF

18 Município de Residência

Código (IBGE)

19 Distrito

20 Bairro

21 Logradouro (rua, avenida,...)

Código

22 Número

23 Complemento (apto., casa, ...)

24 Geo campo 1

25 Geo campo 2

26 Ponto de Referência

27 CEP

28 (DDD) Telefone

29 Zona

1 - Urbana 2 - Rural
3 - Periurbana 9 - Ignorado

30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

31 Data da Investigação

32 Ocupação

33 Suspeita de:

1 - Hepatite A
2 - Hepatite B/C
3 - Não especificada

34 Tomou vacina para:

1 - Completa 2 - Incompleta 3 - Não vacinado 9 - Ignorado

Hepatite A

Hepatite B

35 Institucionalizado em

1 - Creche 2 - Escola 3 - Asilo 4 - Empresa 5 - Penitenciária 6 - Hospital/clínica 7 - Outras 8 - Não institucionalizado 9 - Ignorado

36 Agravos associados

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

HIV/AIDS

Outras DSTs

37 Contato com paciente portador de HBV ou HBC

Sexual

Domiciliar (não sexual)

Ocupacional

40	Local/ Município da Exposição			(para suspeita de Hepatite A - local referenciado no campo 35)	
UF	Município de exposição	Local de exposição	(para suspeita de Hepatite B/C - local de hemodiálise, transfusão de sangue e derivados, transplante, etc.)		
			Fone		
41	Dados dos comunicantes				

Paciente encaminhado de Banco de sangue Centro de Testagem e aconselhamento (CTA) Não se aplica	☐	43 Data da Coleta da Amostra Realizada em Banco de Sangue ou CTA 	44 Resultado da Sorologia do Banco de Sangue ou CTA 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	☐ HBSAg ☐ Anti HBc (Total) ☐ Anti-HCV
---	--------------------------	---	---	--

Classificação final 1 - Confirmação laboratorial 2 - Confirmação clínico-epidemiológica 3 - Descartado 4 - Cicatriz Sorológica 8 - Inconclusivo	49 Forma Clínica 1 - Hepatite Aguda 2 - Hepatite Crônica/Portador assintomático 3 - Hepatite Fulminante 4 - Inconclusivo	50 Classificação Etiológica 01- Vírus A 02- Vírus B 03- Vírus C 04- Vírus B e D 05- Vírus E 06- Vírus B e C 07- Vírus A e B 08- Vírus A e C 09- Não se aplica 99- Ignorado
---	---	---

Provável Fonte / Mecanismo de Infecção		05- Vírus E		99- Ignorado	
01-Sexual	05-Acidente de trabalho	08-Tratamento cirúrgico	11-Alimento/água contaminada		
02-Transfusional	06-Hemodíalise	09-Tratamento dentário	12-Outros _____		
03-Uso de drogas	07-Domiciliar	10-Pessoa/pessoa	99- Ignorado		
04-Vertical					
Data do Encerramento					

Data do Encerramento

es:

Município/Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde	
Nome		Assinatura	
Função		Assinatura	
Doenças Virais		SVS 29/09/2006	

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	24		2 Individual	3 Data da Notificação		
	2 Agravado doença	ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO				4 Código (CID10)	5 W 64
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Código (IBGE)				
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data do Atendimento	8 Nome do Paciente				
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	10 (ou) Idade				
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Estado	13 Raça/Cor			
Dados do Residente	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	17 UF			
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	17 UF	18 Município de Residência	19 Código (IBGE)	20 Distrito	
	17 UF	18 Município de Residência	19 Código (IBGE)	20 Distrito	21 Logradouro (rua, avenida, ...)	22 Número	
Antecedentes	21 Logradouro (rua, avenida, ...)	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	28 (DDD) Telefone	
Tratamento Animal	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	31 Ocupação			
	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	32 Tipo de Exposição ao Virus Rábico				
	30 País (se residente fora do Brasil)	33 Localização					
Tratamento Humano	31 Ocupação	32 Tipo de Exposição ao Virus Rábico	33 Localização	34 Ferimento	35 Tipo de Ferimento	36 Data da Exposição	
	32 Tipo de Exposição ao Virus Rábico	33 Localização	34 Ferimento	35 Tipo de Ferimento	36 Data da Exposição	37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico?	
	33 Localização	34 Ferimento	35 Tipo de Ferimento	36 Data da Exposição	37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico?	38 Se Houve, quando foi concluído?	
Tratamento Humano	34 Ferimento	35 Tipo de Ferimento	36 Data da Exposição	37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico?	38 Se Houve, quando foi concluído?	39 Nº de Doses Aplicadas	
	35 Tipo de Ferimento	36 Data da Exposição	37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico?	38 Se Houve, quando foi concluído?	39 Nº de Doses Aplicadas	40 Espécie do Animal Agressor	
	36 Data da Exposição	37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico?	38 Se Houve, quando foi concluído?	39 Nº de Doses Aplicadas	40 Espécie do Animal Agressor	41 Condição do Animal para Fins de Conduta do Tratamento	
Tratamento Humano	37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico?	38 Se Houve, quando foi concluído?	39 Nº de Doses Aplicadas	40 Espécie do Animal Agressor	41 Condição do Animal para Fins de Conduta do Tratamento	42 Animal Passível de Observação? (Somente para Cão ou Gato)	
	38 Se Houve, quando foi concluído?	39 Nº de Doses Aplicadas	40 Espécie do Animal Agressor	41 Condição do Animal para Fins de Conduta do Tratamento	42 Animal Passível de Observação? (Somente para Cão ou Gato)	43 Tratamento Indicado	
	39 Nº de Doses Aplicadas	40 Espécie do Animal Agressor	41 Condição do Animal para Fins de Conduta do Tratamento	42 Animal Passível de Observação? (Somente para Cão ou Gato)	43 Tratamento Indicado	44 Laboratório Produtor Vacina	
Tratamento Humano	40 Espécie do Animal Agressor	41 Condição do Animal para Fins de Conduta do Tratamento	42 Animal Passível de Observação? (Somente para Cão ou Gato)	43 Tratamento Indicado	44 Laboratório Produtor Vacina	45 Número do Lote	
	41 Condição do Animal para Fins de Conduta do Tratamento	42 Animal Passível de Observação? (Somente para Cão ou Gato)	43 Tratamento Indicado	44 Laboratório Produtor Vacina	45 Número do Lote	46 Data do Vencimento	
	42 Animal Passível de Observação? (Somente para Cão ou Gato)	43 Tratamento Indicado	44 Laboratório Produtor Vacina	45 Número do Lote	46 Data do Vencimento		

47 Datas das Aplicações da Vacina (dia e mês)

Data da 1ª dose	Data da 2ª dose	Data da 3ª dose	Data da 4ª dose	Data da 5ª dose

48 Condição Final do Animal (após período de observação)

1 - Negativo para Raiva (Clínica) 2 - Negativo para Raiva (Laboratório) 3 - Positivo para Raiva (Clínica) 4 - Positivo para Raiva (Laboratório) 5 - Morto/ Sacrificado/ Sem Diagnóstico 9 - Ignorado

49 Houve Interrupção do Tratamento

1 - Sim 2 - Não

50 Qual o Motivo da Interrupção

1 - Indicação da Unidade de Saúde 2 - Abandono 3 - Transferência

51 Se houve Abandono do Tratamento, a Unidade de Saúde Procurou o Paciente

1 - Sim 2 - Não

52 Evento Adverso à Vacina

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

53 Indicação do Soro Anti-Rábico

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

54 Peso do Paciente

Kg.

55 Quantidade de Soro Aplicada

ml

1 - Heterólogo 2 - Homólogo

56 Infiltração de Soro no(s) Local(is) do(s) Ferimento(s)

1 - Sim 2 - Não

☐ Total ☐ Parcial

57 Laboratório Produtor do Soro Anti-Rábico

1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4 - Outro (Especificar)

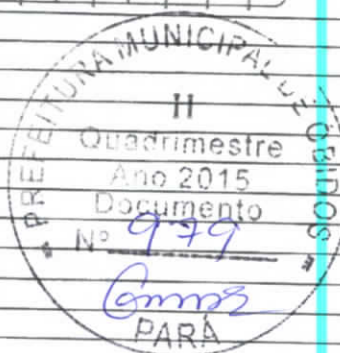
58 Número da Partida

59 Evento Adverso ao Soro Anti-Rábico

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

60 Data do Encerramento do Caso

Observações:



Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

Atendimento Anti-Rabico Humano

Sinan Net

SVS 27/09/2005

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

[Handwritten initials]

[Handwritten signature]

DADOS GERAIS

1-NÚMERO DO REGISTRO		2-DATA DE ATENDIMENTO / /		3-UNIDADE FEDERADA		PRONTUÁRIO	
4-CÓDIGO MUNICÍPIO		5-NOME MUNICÍPIO					
6-CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE		7-NOME UNIDADE DE SAÚDE					
8-NOME DO PACIENTE							
9-DATA NASCIMENTO / /				10-IDADE		A-ANOS	
11-SEXO		1-MASCULINO		2-FEMININO		3-IGNORADO	
12-CÓDIGO MUNICÍPIO		13-NOME MUNICÍPIO					
14-UF							
15-CÓDIGO BAIRRO		16-BAIRRO					

DADOS DO PACIENTE

17-ORIGEM DO PACIENTE		1-ENCAMINHADO POR PARCEIRO COM DST		2-ENCAMINHADO POR OUTRO SERVIÇO DE SAÚDE		3-ENCAMINHADO POR PARCEIRO		4-DEMANDA ESPONTÂNEA		5-NENHUM DOS ANTERIORES		6-IGNORADO	
18a-DADOS DO EXAME FÍSICO (DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO)		1-SIM		2-NÃO		3-IGNORADO							
1-ULCERA GENITAL SEM VESÍCULAS				2-CORRIMENTO CERVICAL				3-CORRIMENTO VAGINAL					
4-CORRIMENTO URETRAL (HOMEM)				5-DOR PÉLVICA (MULHER)									
18b-Data do início dos Sintomas / /				18c-Exame especular realizado (mulheres)				1-SIM		2-NÃO		3-IGNORADO	
19-USO DE ANTIMICROBIANOS PARA TRATAMENTO DA DOENÇA ATUAL				1-SIM		2-NÃO		3-IGNORADO					
19a-ESPECIFIQUE QUAIS E DATA DE UTILIZAÇÃO													

DADOS DE LABORATÓRIO

20-EXAMES SOROLÓGICOS		1-REATIVO		2-NÃO REATIVO		3-NÃO REALIZADO		4-IGNORADO	
1-VDRL		TÍTULO 1:		2-RPR		TÍTULO 1:		3-FTA-ABS	
4-TPHA				5-ELISA P/CLAMÍDIA				6-IMF P/CLAMÍDIA	
7-ELISA HIV									
21-BACTERIOSCOPIA GRAM				HAVENDO NECESSIDADE DE INCLUIR DOIS CÓDIGOS, UTILIZE AS DUAS CASELAS					
				1-DIPLOCOCOS GRAM NEGATIVOS INTRACELULARES					
				2-COCO BACIOS GRAM NEGATIVOS (SUGESTIVOS DE H. Ducreyi)					
				3-EXAME REALIZADO - NÃO DETECTADOS DIPLOCOCOS GRAM NEGATIVOS INTRACELULARES NEM COCO BACIOS GRAM NEGATIVOS					
				4-EXAME NÃO REALIZADO					
22-CA P/GONOCOCO (T. AYER MARTIN)		1-POSITIVA		2-NEGATIVA		3-NÃO REALIZADO		4-IGNORADO	
23-RESULTADOS DE OUTROS TESTES DE LABORATÓRIOS									

CONCLUSÃO DO DIAGNÓSTICO

24-DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICOS (INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS)		1-SIM		2-NÃO		3-IGNORADO	
1-SÍFILIS RECENTE				2-CANCRO MOLE			
4-URETRITE POR CLAMÍDIA				5-CERVICITE GONOCÓCICA			
				6-CERVICITE POR CLAMÍDIA			
25-OUTROS DIAGNÓSTICOS (INDICADORES OPERACIONAIS)		1-SIM		2-NÃO		3-IGNORADO	
1-CONDINOMA ACUMINADO				2-OUTRAS FORMAS DE SÍFILIS			
4-OUTRAS ETIOLOGIAS DE SERVICITE				5-CANDIDÍASE			
7-VAGINOSE BACTERIANA				8-HERPES GENITAL			
10-LINFOGRANULOMA VENÉRIO				11-OUTRO (ESPECIFIQUE)			

TRATAMENTO

26-TRATAMENTO PRESCRITO		A) AMPICILINA 500MG		B) AZITROMICINA 500MG		C) CIPROFLOXACINA 500MG		D) DOXICICLINA 100 MG	
E) ERITROMICINA 500MG		F) METRONIDAZOL 500MG		G) NISTATINA 25 MIL UI/G		H) OFLOXACINA 400 MG		I) OFLOXACINA 400 MG	
J) PEN. BENZANTINA 1.2 MILHÕES UI		K) PEN. CRIST. 1 MILHÃO UI		L) PROBENECIDE 500 MG		M) SMZ 800 MG + TMP 160 MG		N) SMZ 400 + TMP 80MG	
O) ISICONAZOL 1%		P) TINDAZOL 20 G		Q) OUTRO					

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO **LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA**

CASO CONFIRMADO:

Leishmaniose cutânea: todo indivíduo com presença de úlcera cutânea, com fundo granuloso e bordas infiltradas em moldura, com confirmação por diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico.
Leishmaniose mucosa: todo indivíduo com presença de úlcera na mucosa nasal, com ou sem perfuração ou perda do septo nasal, podendo atingir lábios e boca (palato e nasofaringe), com confirmação por diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA		
	3 Data da Notificação	Código (CID10)	B55.1	
Dados de Identificação	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
Dados de Residência	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 8-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe	17 UF		
Dados de Residência	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
Dados de Residência	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residência fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso			
Dados de Residência	31 Data da Investigação	32 Ocupação	33 Presença de Lesão 1 - Sim 2 - Não ☐ Cutânea ☐ Mucosa	
	34 Em Caso de Presença de Lesão Mucosa, Há Presença de Cicatrizes Cutâneas 1 - Sim 2 - Não ☐	35 Co-infecção HIV 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	36 Parasitológico Direto 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado	
	37 IRM 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado	38 Histopatologia 1 - Encontro do Parasita 2 - Compatível 3 - Não Compatível 4 - Não Realizado	39 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Transferência 9 - Ignorado	
Dados de Residência	40 Forma Clínica 1 - Cutânea 2 - Mucosa 9 - Ignorado	41 Data do Início do Tratamento	42 Droga Inicial Administrada 1 - Antimonial Pentavalente 2 - Anfotericina b 3 - Pentamidina 4 - Outras 5 - Não Utilizada	43 Peso Kg
	44 Dose Prescrita em mg/kg/dia Sb +5 1 - Menor que 10 2 - Maior ou igual a 10 e menor que 15 3 - Igual a 15 4 - Maior que 15 e menor que 20 5 - Maior ou igual a 20	45 N° Total de Ampolas Prescritas Ampolas	46 Outra Droga Utilizada, na Falência do Tratamento Inicial 1 - Anfotericina b 2 - Pentamidina 3 - Outros 4 - Não Se Aplica	
	Leishmaniose Tegumentar Americana			



47 Critério de Confirmação ☐ **48** Classificação Epidemiológica ☐

1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico 1 - Autóctone 2 - Importado 3 - Indeterminado

Local Provável de Fonte de Infecção

49 O caso é autóctone do município de residência? ☐ **50** UF **51** País

1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

52 Município **53** Distrito **54** Bairro

55 Doença Relacionada ao Trabalho ☐ **56** Evolução do Caso ☐

1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado 1-Cura 2-Abandono 3-Óbito por LTA
4-Óbito por outras causas 5-Transferência 6-Mudança de diagnóstico

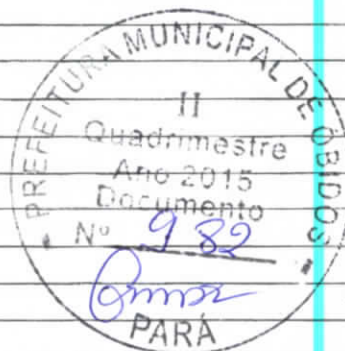
57 Data do Óbito **58** Data do Encerramento

Informações complementares e observações

Deslocamento (datas e locais frequentados no período de seis meses anterior ao início dos sinais e sintomas)

Data	UF	MUNICÍPIO	País

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



Investigador Município/Unidade de Saúde **Código da Unid. de Saúde**

Nome **Função** **Assinatura**

Leishmaniose Tegumentar Americana Sinan NET SVS 27/09/2005

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Requisitante	1	Laboratório	Código	2	Data de Entrada	
	3	Município de Notificação			Código (IBGE)	
	4	Unidade de Saúde			Código (SIA/SUS)	
	5	Endereço		6	(DDD) Telefone	
	7	Nome do Paciente		8	Número do Cartão SUS	
Paciente/Exames	9	Data de Nascimento	10	(ou) Idade	11	Sexo
						M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
	12	Suspeita Clínica				
	13	Caso	14	Data dos Primeiros Sintomas	15	Exame
		1 - Suspeito 2 - Comunicante 9 - Ignorado				
	16	Material Enviado	17	Data da Coleta	18	Uso de Antibiótico na Data da Coleta
						Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	19	Resultado dos Exames				
20	Local e Data	21	Técnico	22	Responsável	



Obs: O material para exame só será aceito quando preenchidos os itens 1 a 18. Quando se tratar de comunicante não preencher o item 14.

CENEPI 02.24 06/11/00

206

[Handwritten signatures and marks]



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

MOVIMENTO DIÁRIO DE IMUNOBIOLOGICOS

Ano:	Mês:	Estabelecimento de Saúde:	Município:
Imunobiológico:			
Disponível Anterior	Indisponível Anterior	Recebido	Transferido
Utilizado			
Quebra			
Falta Energia			
Falta Equipamento			
Validade Vencida			
Procedimento Inadequado			
Falha Transporte			
Outro Motivo			
Saldo Disponível			
Saldo Indisponível			

Imunobiológico:			
Disponível Anterior	Indisponível Anterior	Recebido	Transferido
Utilizado			
Quebra			
Falta Energia			
Falta Equipamento			
Validade Vencida			
Procedimento Inadequado			
Falha Transporte			
Outro Motivo			
Saldo Disponível			
Saldo Indisponível			

Imunobiológico:			
Disponível Anterior	Indisponível Anterior	Recebido	Transferido
Utilizado			
Quebra			
Falta Energia			
Falta Equipamento			
Validade Vencida			
Procedimento Inadequado			
Falha Transporte			
Outro Motivo			
Saldo Disponível			
Saldo Indisponível			

Imunobiológico:			
Disponível Anterior	Indisponível Anterior	Recebido	Transferido
Utilizado			
Quebra			
Falta Energia			
Falta Equipamento			
Validade Vencida			
Procedimento Inadequado			
Falha Transporte			
Outro Motivo			
Saldo Disponível			
Saldo Indisponível			

29



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

MOVIMENTO MENSAL DE IMUNOBIOLOGICOS

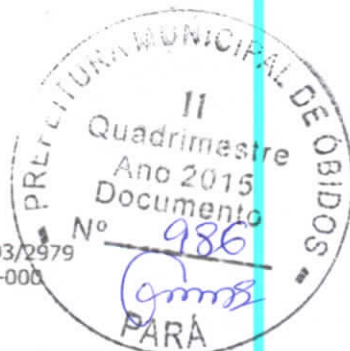
Ano:	Mês:	Estabelecimento de Saúde:										Município:			
Imunobiológico:					Laboratório Produtor					Lote			Apresentação em doses		
Disponível Anterior	Indisponível Anterior	Recebido	Transferido	Utilizado	Quebra	Falta Energia	Falha Equipamento	Validade Vencida	Procedimento Inadequado	Falha Transporte	Outro Motivo	Saldo Disponível	Saldo Indisponível		
Imunobiológico:					Laboratório Produtor					Lote			Apresentação em doses		
Disponível Anterior	Indisponível Anterior	Recebido	Transferido	Utilizado	Quebra	Falta Energia	Falha Equipamento	Validade Vencida	Procedimento Inadequado	Falha Transporte	Outro Motivo	Saldo Disponível	Saldo Indisponível		
Imunobiológico:					Laboratório Produtor					Lote			Apresentação em doses		
Disponível Anterior	Indisponível Anterior	Recebido	Transferido	Utilizado	Quebra	Falta Energia	Falha Equipamento	Validade Vencida	Procedimento Inadequado	Falha Transporte	Outro Motivo	Saldo Disponível	Saldo Indisponível		
Imunobiológico:					Laboratório Produtor					Lote			Apresentação em doses		
Disponível Anterior	Indisponível Anterior	Recebido	Transferido	Utilizado	Quebra	Falta Energia	Falha Equipamento	Validade Vencida	Procedimento Inadequado	Falha Transporte	Outro Motivo	Saldo Disponível	Saldo Indisponível		
Imunobiológico:					Laboratório Produtor					Lote			Apresentação em doses		
Disponível Anterior	Indisponível Anterior	Recebido	Transferido	Utilizado	Quebra	Falta Energia	Falha Equipamento	Validade Vencida	Procedimento Inadequado	Falha Transporte	Outro Motivo	Saldo Disponível	Saldo Indisponível		

30

Estado do Pará

PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ Nº. 05.131.180/0004-07 - Fone: (93) 3547-1593/2979
 Rua Almirante Barroso, 330, Centro - CEP: 68.250-000



Data do Pedido:

Cedente: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE OBIDOS

Solicitante:

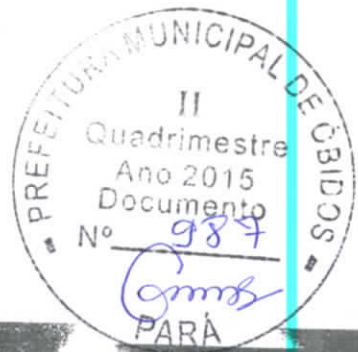
Insumo	Estoque	Solicitada	Atend.
VACINA BCG INTRADERMICO - 10 DOSES			
VACINA CONTRA FE VBRE AMARELA - 10 doses			
VACINA CONTRA HEPATITE "B" - 5 ML			
VACINA CONTRA INFLUENZA (GRIPE) - 10 DOSES			
VACINA CONTRA POLIO INATIVA - 10 DOSES			
VACINA DUPLA ADULTO - 10 DOSES			
VACINA MENINGOCOCICA CONJUGADA GRUPO C - 01 DOSE			
VACINA ORAL CONTRA POLIOMIELITE - 25 DOSES			
VACINA ORAL DE ROTAVIRUS HUMANO UNIDOSE - 01			
VACINA PENTAVALENTE - 01 DOSE			
VACINA PNEUMOCOCICA CONJUGADA - 10 VALENTE - 01 DOSE			
VACINA TETRA VIRAL - 01 DOSE			
VACINA TRIPLICE (DTP) - 10 DOSES			
VACINA TRIPLICE VIRAL - 10 DOSES			
VACINA CONTRA RAIVA EM CULTURA CELULAR/VERO - 01 DOSE			
VACINA HEPATITE A			
VACINA CONTRA HPV			

Insumo	Unidade		
	estoque	solicitado	atendido

209

gb

J.



RELAÇÃO NOMINAL DE VACINA

31

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE RESPONSÁVEL: _____

COMUNIDADE: _____

ACS: _____

DATA: ____/____/____

	NOME:	COR:	DATA DE NASC.: ____/____/____	VACINA (LOTE, NOME DO VACINADOR)
01	NOME DA MÃE:	SEXO:	IDADE: ____	
02	NOME DA MÃE:	COR:	DATA DE NASC.: ____/____/____ IDADE: ____	
03	NOME DA MÃE:	SEXO:	DATA DE NASC.: ____/____/____ IDADE: ____	
04	NOME DA MÃE:	COR:	DATA DE NASC.: ____/____/____ IDADE: ____	
05	NOME DA MÃE: 016	SEXO:	DATA DE NASC.: ____/____/____ IDADE: ____	
06	NOME DA MÃE:	COR:	DATA DE NASC.: ____/____/____ IDADE: ____	
07	NOME DA MÃE:	SEXO:	DATA DE NASC.: ____/____/____ IDADE: ____	
08	NOME DA MÃE:	COR:	DATA DE NASC.: ____/____/____ IDADE: ____	
09	NOME DA MÃE:	SEXO:	DATA DE NASC.: ____/____/____ IDADE: ____	
		COR:	IDADE: ____	



PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÓBITOS

32



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA

Falado		Município		Unidade Sanitária
Ano	Mês	Marca da Geladeira ou Freezer		Fonte de Energia

FICHA PARA CONTROLE DA GELADEIRA - TERMÔMETRO DE MÁXIMA E MÍNIMA

Período	Manhã					Tarde					Observações
Dia	Hora	Max.	Min.	Atual Momento	Rubrica	Hora	Max.	Min.	Atual Momento	Rubrica	
01											
02											
03											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											

Hora da Falha
Tem. ao encontrar falha
Dias parados por falha

211 gb

2

211

CARTÃO DE APRAZAMENTO

Nome: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____

D A T A S			
VACINAS	1º	2º	3º
BOG			
T. VALENTE			
VAV			
ANT			
SABIN			
T. VIRAL			
A. HEPATITE B			
PPV			



676

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]



213

34

Vacinas da Infância				
	1ª	2ª	3ª	R
Tuberculose BCG	/ /	/ /		
Haemophilus B	/ /	/ /	/ /	/ /
Difteria, Tétano Coqueluche	/ /	/ /	/ /	/ /
Poliomielite	/ /	/ /		
Sarampo	/ /	/ /	/ /	/ /
Febre Amarela	/ /	/ /	/ /	/ /
Sarampo, Caxumba Rubéola	/ /	/ /	/ /	/ /
Hepatite B	/ /	/ /	/ /	/ /

Observação: Para sua proteção, conserve este cartão junto aos seus documentos de identidade. Apresente-o antes de qualquer atendimento médico.

34

Sistema Único de Saúde
 Ministério da Saúde
 Fundação Nacional de Saúde
 Secretaria Especial de Proteção Social
 Secretaria Executiva de Saúde-PB
 Secretaria Municipal de Saúde-PB

CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

Nome: _____ Tipo Sangue: _____

RG/Cepid: _____ Data Nascimento: _____

Cidade: _____ UF: _____ Fone: _____

Handwritten signatures and marks at the bottom of the page.



Dupla Adulto (Difteria/Tétano)		Influenza (Gripe)		

F. Amarela		Hepatitis B		Outras Vacinas	
Local: _____	Local: _____				
Fab: _____	Fab: _____				
Ass: _____	Ass: _____				
Local: _____	Local: _____				
Fab: _____	Fab: _____				
Ass: _____	Ass: _____				
Local: _____	Local: _____				
Fab: _____	Fab: _____				
Ass: _____	Ass: _____				

[Signature]

[Signature]

[Signature]

Handwritten signatures and initials:    



PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

FICHA DE CADASTRO

Nome Fantasia:

Razão Social:

CNPJ/CPF:

Endereço:

Proprietário:

Licença de funcionamento: () sim () não

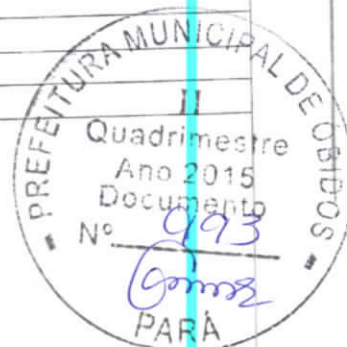
Alvará: () sim () não

Data:

Proprietário ou responsável

Fiscal

Fiscal



PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

FICHA DE CADASTRO

Nome Fantasia:

Razão Social:

Cnpj/Cpf:

Endereço:

Proprietário:

Licença de funcionamento: () sim () não

Alvará: () sim () não

Data:

Proprietário ou responsável

Fiscal

Fiscal

[Handwritten signature]

215

[Handwritten initials]

[Handwritten initials]

[Handwritten signature]

№

[illegible]

Agente da Unidade de Vig. Sanitária

Recebi a 2ª Via do presente Termo de Apreensão e/ou Remoção, do qua fico ciente.

Responsável Legal RG Nº

Testemunhas: 1 - _____ RG Nº _____
End.: _____
2 - _____ RG Nº _____
End.: _____

Obs.: _____

Visto: Autoridade Sanitária

216



SEMSA
SAÚDE LEVADA A SÉRIO

[illegible]

[Signature]



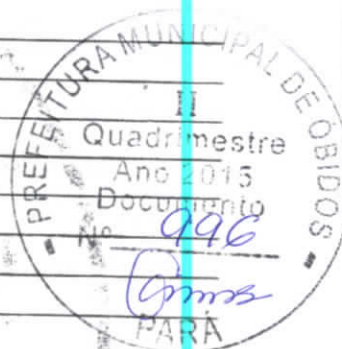
39

PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO - SEMSA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - DIVISA



Termo de Notificação

Sr.(a) _____
RESPONSÁVEL PELO _____
FICA V. Sa., NOTIFICADO A FAZER AS DEVIDAS ALTERAÇÕES:



A PARTIR DO DIA _____ DE _____ DE _____

OBS: O NÃO ATENDIMENTO A PRESENTE NOTIFICAÇÃO NA DATA ACIMA CITADA, IMPLICARÁ NA APLICAÇÃO DAS PENALIDADE NA LEI _____ e _____ de _____

Téc. em Vig. Sanitária _____

Fiscal em Vig. Sanitária _____

Responsável Legal

Testemunhas: 1- _____ RG N° _____
End.: _____
2- _____ RG N° _____
End.: _____

OBS:

Resp. pelo Setor de Vigilância Sanitária

218

[Handwritten signatures and initials at the bottom of the page]

MODELO

BLOCO 08



219

BLOCO - 08 LABORATÓRIO MUNICIPAL

01	ETIQUETAS DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEPTOR PAPEL 40 K FRENTE EVERSO FORMATO 11,7 L X 31,9 A
02	FICHA TRANSFUSIONAL PAPEL 75 G FORMATO A4
03	ETIQUETA ADESIVA PARA IDENTIFICAÇÃO DE TUBOS COLETORES FORMATO 8L X 2,5 A
04	ETIQUETA ADESIVA PARA IDENTIFICAÇÃO DE BOLSA DE SANGUE FORMATO 9 L X 5,5 A
05	SOLICITAÇÃO HEMONOCOMPONENTES/HEMODERIVADOS E PROCEDIMENTOS PAPEL 75 G FORMATO A 4 FRENTE E VERSO BLOCO COM 100 FOLHAS



220

FUNDAÇÃO HEMOPA-HRS

Nº Amostra: _____

Nome: _____

Hospital: _____

Data de coleta: ____/____/____ Hora: _____

Técnico: _____



221

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

FUNDAÇÃO HEMOPA-HRS
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DE ÓBIDOS

Paciente: _____
Nº Tubo coletor: _____
Nº Coleta: _____
Data: _____ Tipo: _____



222

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA EXECUTIVA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO PARÁ

Preenchido pelo
HEMOPAR
PF:

SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADOS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Paciente (Nome completo): _____
Nome da Mãe: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: _____ Peso: _____ Raça: _____
Endereço: _____
Telefone: _____ CEP: _____ Município: _____ Nº: _____ Bairro: _____
Hospital: _____ E-mail: _____
Matrícula/Registro: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Categoria: () SUS/cartão Nº: _____ () Plano de Saúde/Matrícula: _____ () Particular
Antecedentes de Transfusão () Não () Sim Período: _____ Local: _____
Hematócrito: _____ Hemoglobina: _____ Contagem de plaquetas: _____
Diagnóstico do paciente: _____
Indicação Transfusional: _____

HEMOCOMPONENTE / HEMODERIVADO	UNIDADES-ML/ DIA
Concentrado de Hemácias	
Concentrado de Hemácias Pobre em Leucócitos	
Plasma Fresco Congelado	
Concentrado de Plaquetas	
Concentrado de Plaquetas por Aférese	
Outros	

Procedimentos: () Filtração () Irradiação () Aliquotagem () Fenotipagem



TIPO DE TRANSFUSÃO :
() URGENTE, com atendimento dentro de 03 horas a partir da solicitação
() NÃO URGENTE, com atendimento dentro das 24 horas a partir da solicitação
() Programada para cirurgia eletiva com possível transfusão em ____/____/____ Hora: _____
() Programada para Transfusão Ambulatorial em ____/____/____ Hora: _____
Obrigatório encaminhar o paciente com antecedência de 03 (três) dias.
() Transfusão em residência.
Obrigatório Termo de Responsabilidade específico / Autorização específica em caso de Plano de Saúde
() Autotransfusão
() EXTREMA URGÊNCIA sem teste de compatibilidade .
Obrigatório Termo de Responsabilidade específico (neste formulário)

Médico solicitante: _____ Assinatura com carimbo e CRM _____ Data: ____/____/____
OBS: Solicitações incompletas, inadequadas ou ilegíveis não devem ser aceitas pelo Serviço de Hemoterapia
onforme legislação vigente .

CONSENTIMENTO LIVRE, INFORMADO E ESCLARECIDO PELO PACIENTE (obrigatório)
Declaro que fui notificado pelo meu médico sobre a necessidade de realizar transfusão de sangue. Também fui
informado pelo médico de que toda transfusão de sangue traz em si um risco, seja imediato ou tardio. Foi-me
esclarecido que existem alternativas para a transfusão de sangue, tais como: administração de ferro ou eritropoetina
para produzir hemácias; e auto-transfusão - doar o próprio sangue para cirurgia eletiva ou transfusão em leito.
Fiquei sabendo que o sangue dispensado é fornecido pela Fundação HEMOPA, onde são cumpridas todas as
Normas Técnicas exigidas pela legislação vigente para garantir segurança ao receptor de sangue.
Declaro ter tido chance de esclarecer todas as dúvidas e concordo em receber a referida transfusão de sangue.

Assinatura do paciente (Nome completo) responsável legal pelo paciente e seu grau de parentesco) _____ Data: ____/____/____

TERMOS DE RESPONSABILIDADE (se necessário)
• TRANSFUSÃO EM EXTREMA URGÊNCIA SEM COMPATIBILIDADE
que transfusão sem teste de compatibilidade é indicada quando houver iminente risco de morte e que existe risco
de reação hemolítica por anticorpo irregular. Nesses casos a tipificação sanguínea do paciente e retipificação do
doador podem ocorrer após iniciada transfusão.
Autorizo que seja realizada no paciente acima identificado, assumindo total responsabilidade pela referida
transfusão.

Médico solicitante: _____ 223 _____ Data: ____/____/____
Assinatura com carimbo e CRM _____

• TRANSFUSÃO INCOMPATÍVEL

_____, médico(a) assistente do paciente, CRM _____, ciente que transfusão incompatível é indicada em raríssimas exceções, pelo risco de reação hemolítica a por anticorpo irregular, e portanto só sendo realizada se risco de morte é eminente. Entretanto, avaliou a real necessidade, e autorizou que transfusão seja realizada no paciente identificado no anverso,

Médico solicitante: _____ Assinatura com carimbo e CRM Data: ____/____/____

Paciente ou representante legal: _____ Assinatura Data: ____/____/____

COLETA DA AMOSTRA DO RECEPTOR

Técnico Responsável: _____ Assinatura com carimbo Data: _____ Hora: _____

USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO HEMOPA

Tipificação sanguínea:

ABO/Rh: _____ Responsável pelos exames: _____ Assinatura com carimbo Data: ____/____/____ Hora: _____

Produto	Unidades	ABO	RH	Numeração da bolsa	Numeração do tubo coletor	Resultado

PAI: I _____ II _____ AC: _____ CD: _____

Responsável pelos exames: _____ Assinatura com carimbo Data: ____/____/____ Hora: _____

CONDUTA IMUNOHEMATOLÓGICA

Médico Hemoterapeuta: _____ Assinatura com carimbo e CRM Data: ____/____/____

Fundação HEMOPA - endereços e Telefones

Hemocentro Coordenador Belém (HC). Tv. Padre Eutíquio, 2109 Fone (91) 3242-9100/3225-2100
Hemocentro Regional de Castanhal (HRC). Tv. Floriano Peixoto, Al. Rita de Cássia, Conj. Maria Alice, casa B-2 e B-3, Fone (91) 3721-2986 / 37214008
Hemocentro Regional de Santarém (HRS). Av. Frei Vicente, S/N. Entre Alameda 30 e Alameda 31, Fone (93) 3522-7763 / 3522-1448
Hemocentro Regional de Marabá (HRM). Rod. Transamazônica, Quadra 12, S/N. Entre Av. Hiléa e Av. Amazônia. Fone (94) 3324-1645 / 3324-1810
Núcleo de Hemoterapia de Altamira (HENAL). Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, S/N. Bairro Recreio entre TV Batalho e Av. João Rodrigues Fone (093) 3515-2168 /
Núcleo de Hemoterapia de Tucuruí (HENTU). Rua de Comélio Verman S/N. Fone (94) 3787-4444
Núcleo de Hemoterapia de Redenção (HENRE). Av. Santa Tereza S/N. Fone (94) 3424-4099
Núcleo de Hemoterapia de Capanema (HENCA). Rod. Pa-242, KM 0 Fone (091) 3462-2744 / 3462-2329
Núcleo de Hemoterapia de Abaetetuba (HENAB). Av. Santos Dumont, S/N Fone (91) 3751-4031 / 3751-1394



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

Etiqueta de Identificação
do Receptor



PREFEITURA MUNICIPAL DE ÓBIDOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
E SANEAMENTO



ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEPTOR

Protocolo de Entrega

DECLARO QUE TRANSPORTEI A BOLSA DEVIDAMENTE IDENTIFICADA E
ACONDICIONADA E A ENTREGUEI NO _____ ONDE
O PACIENTE SE ENCONTRA.

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA: _____

DATA: ____/____/____

NOME LEGÍVEL: _____

HORA: _____

OBS: EM CASO DE ENTREGA NO HEMOPA ASS: _____ HORA: _____

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO

DECLARO QUE RECEBI A BOLSA DEVIDAMENTE IDENTIFICADA COM UMA VIA DESTA
ETIQUETA E ME RESPONSABILIZO POR MANTÊ-LA EM CONDIÇÕES ADEQUADAS DE
USO DO PACIENTE ATÉ SUA UTILIZAÇÃO.

NOME LEGÍVEL

DATA: ____/____/____

HORA: _____



224

[Handwritten signatures and initials]

Etiqueta de Identificação do Receptor



PREFEITURA MUNICIPAL DE OBIDOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
E SANEAMENTO



Nome do Paciente:		Número do Registro:	
Hospital/Letto:			
Classif. Sanguínea:	Pai I:	CD:	AC:
Ass. do Técnico:		Data:	Hora:
Hemocomponente:	Classif. Sanguínea:	Pai:	
N da Coleta Bolsa Principal:	Volume:	ML:	
N da Bolsa Nova (Aliquotada):	Volume:	ML:	
Prova cruzada: () Compatível () Incompatível	Prova reserva confirmada	() Sim () Não	
Ass. do Técnico:	Data:	Hora:	
OBS.:			

LEIA ANTES DE TRANSFUNDIR

- 1- CONFIRME:
- A) SE OS DADOS DO PACIENTE ESTÃO CORRETOS.
 - B) SE ESTÁ PRESCRITO.
 - C) SE ESTE É O HEMOCOMPONENTE SOLICITADO.
 - D) SE ALGUM DADO NÃO CONFERE, COMUNIQUE IMEDIATAMENTE AO BANCO DE SANGUE.
- 2- MANTENHA ESTA ETIQUETA CONECTADA À BOLSA DO COMPONENTE SUE O RITO DE TRANSFUSÃO, DEPOIS ANEXE-A AO PRONTUÁRIO DO PACIENTE.
- 3- VERIFIQUE E REGISTRE OS SINAIS VITAIS DO PACIENTE ANTES E APÓS A TRANSFUSÃO NO VERSO DESTA ETIQUETA.
- 4- NÃO ADMINISTRE NENHUMA MEDICAÇÃO PELA MESMA LINHA DE INFUSÃO DESTA PRODUTO.
- 5- REGISTRE E ASSINE HORARIO DE INICIO E TERMINO DA TRANSFUSÃO AO LADO DA PRESCRIÇÃO MEDICA E NO VERSO DESTA ETIQUETA.
- 6- EM CASO DE SUSPENSÃO DA PRESCRIÇÃO DA TRANSFUSÃO, PROCEDER A DEVOLUÇÃO DO CHPL, CASO NECESSÁRIO EM PRAZO DE 48H MANTENDO A CONDIÇÃO DE ADEQUADO.
- 7- NÃO SERÁ ACEITA A DEVOLUÇÃO DE PLASMA FRESCO CONGELADO E CONCENTRADO DE PLASMA.

LEIA O VERSO



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



Nome do paciente: _____ RG: _____
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo: M() F()

[illegible]

225

Handwritten signatures and initials in blue ink. On the left, a large, stylized signature. In the center, the initials 'SB'. To the right of the initials, a small, circular mark. On the far right, another stylized signature.