



PROCESSO Nº 297/2019
EDITAL DE LICITAÇÃO – REGISTRO DE PREÇOS
MODALIDADE: PREGÃO ELETRÔNICO Nº .110/2019
LICITAÇÃO EXCLUSIVA ÀS BENEFICIÁRIAS
DA LEI COMPLEMENTAR Nº 123/2006.

O Município de Santo Antônio da Patrulha, Estado do Rio Grande do Sul, por intermédio da Secretaria Municipal da Administração, mediante Pregoeira, Sra. Edna Muniz dos Santos Reis e sua equipe de apoio, designados pelas Portarias nº. 1.228/2019, nº. 671/2019, nº 1.612/2019, anexas ao processo, torna público, para conhecimento dos interessados, que estará realizando o **PREGÃO ELETRÔNICO Nº.110/2019**, do tipo menor preço POR ITEM, através do site www.portaldecompraspublicas.com.br, em conformidade com as disposições da Lei n.º 10.520, de 17 de julho de 2002, Decreto Municipal n.º 565/2005 e, subsidiariamente, a Lei 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações posteriores e Lei Complementar nº 123/2006, bem como, as condições a seguir estabelecidas. A presente licitação será exclusiva às beneficiárias da Lei Complementar nº 123/2006, nos termos do seu art. 48, inciso I, alterado pela Lei Complementar nº 147/2014, mediante as seguintes condições:

1 - LOCAL, DATA E HORA

- 1.1.** A sessão pública será realizada no site www.portaldecompraspublicas.com.br, no **dia 24 de janeiro de 2020, com início às 15:30 horas**, horário de Brasília - DF.
- 1.2.** Somente poderão participar da sessão pública, as empresas que apresentarem propostas através do site descrito no item 1.1., até às 15:15 horas do mesmo dia (horário de Brasília-DF).
- 1.3.** Ocorrendo decretação de feriado ou outro fato superveniente que impeça a realização desta licitação na data acima mencionada, o evento será automaticamente transferido para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo horário, independentemente de nova comunicação.

2 - OBJETO

- 2.1** - É objeto da presente licitação a aquisição de materiais gráficos (formulários) para a Secretaria Municipal da Saúde em conformidade com o anexo I Termo de Referência.
- 2.2** – As quantidades e o prazo de entrega dos bens que vierem a ser adquiridos serão definidos na respectiva autorização de compra, que só será emitida dentro do prazo de validade do Registro de Preços correspondente a 01 ano contado da data de assinatura da Ata de Registro.

3 - PARTICIPAÇÃO

- 3.1. Somente poderão participar do presente pregão eletrônico as empresas beneficiárias da Lei Complementar nº 123/2006**, nos termos do seu art. 48, inciso I, alterado pela Lei Complementar nº 147/2014, que atenderem a todas as exigências, inclusive quanto à documentação constante deste Edital e seus Anexos e, estiver devidamente cadastrada junto ao Órgão Provedor do Sistema, através do site www.portaldecompraspublicas.com.br.
 - 3.1.1 Ao final da sessão a empresa vencedora deverá enviar junto com os documentos de habilitação e proposta, uma declaração** assinada pelo responsável legal da empresa informando seu enquadramento como empresa de pequeno porte, microempresa ou cooperativa; e/ou documento emitido pela JUNTA COMERCIAL, ambos com prazo de



emissão de no máximo 60 dias comprovando seu porte. Caso a empresa não comprove seu enquadramento como beneficiária, será desclassificada.

3.2. Como requisito para participação no pregão, em campo próprio do sistema eletrônico, o licitante deverá manifestar o pleno conhecimento e atendimento às exigências de habilitação previstas no Edital.

3.3. A empresa participante deste certame deverá estar em pleno cumprimento do disposto no inciso V do artigo 29 da Lei nº. 8.666/93, podendo ser exigida a comprovação a qualquer tempo.

3.4. Não será admitida a participação de empresas que se encontrem em regime de concordata ou em processo de falência, sob concurso de credores, dissolução, liquidação, recuperação judicial e extrajudicial.

3.5. Não será admitida a participação de empresas que estejam com o direito de licitar e contratar com a Administração Pública suspensa ou que por esta tenham sido declaradas inidôneas.

3.6- Como requisito para participação no pregão, em campo próprio do sistema eletrônico, a proponente deverá manifestar o pleno conhecimento e atendimento às exigências de habilitação previstas no Edital.

3.7- O fornecedor deverá acompanhar as operações no sistema eletrônico durante a sessão pública do pregão, ficando responsável pelo ônus decorrente da perda de negócios diante da inobservância de quaisquer mensagens emitidas pelo pregoeiro e / ou pelo sistema ou de sua desconexão.

4 - REPRESENTAÇÃO E CREDENCIAMENTO

4.1. Para participar do pregão, o licitante deverá se credenciar no Sistema "PREGÃO ELETRÔNICO" através do site www.portaldecompraspublicas.com.br.

4.1.1. O credenciamento dar-se-á pela atribuição de chave de identificação e de senha, pessoal e intransferível, para acesso ao sistema eletrônico.

4.1.2. O credenciamento do licitante, junto ao provedor do sistema implica a responsabilidade legal do licitante ou seu representante legal e a presunção de sua capacidade técnica para realização das transações inerentes ao pregão eletrônico.

4.2. O uso da senha de acesso ao sistema eletrônico é de inteira e exclusiva responsabilidade do licitante, incluindo qualquer transação efetuada diretamente ou por seu representante, não cabendo ao provedor do sistema ou ao Município de Santo Antônio da Patrulha, promotor da licitação, responsabilidade por eventuais danos decorrentes de uso indevido da senha, ainda que por terceiros.

4.3- Os licitantes deverão manter a impessoalidade, não se identificando, sob pena de serem excluídos do certame pelo Pregoeiro.

5 - ENVIO DAS PROPOSTAS DE PREÇOS – ON-LINE

5.1. A participação no pregão eletrônico dar-se-á por meio de digitação da senha privativa do licitante e subsequente encaminhamento da proposta de preços, contendo marca do produto, valor unitário e valor total do item e demais informações necessárias, até o horário previsto no item 1.2.

5.1.1. A proposta de preços deverá ser formulada e enviada em formulário específico, **exclusivamente por meio do Sistema Eletrônico.**



5.2. Somente poderão participar deste certame, as empresas beneficiadas pela Lei Complementar nº. 123, de 14 de dezembro de 2006, por isso deverá no momento do envio da proposta on-line clicar na declaração específica indicando o seu enquadramento como empresa de pequeno porte, microempresa ou cooperativa.

5.3. O licitante se responsabilizará por todas as transações que forem efetuadas em seu nome no sistema eletrônico, assumindo como firmes e verdadeiras suas propostas, assim como os lances inseridos durante a sessão pública.

5.4. Incumbirá ao licitante acompanhar as operações no sistema eletrônico durante a sessão pública do pregão eletrônico, ficando responsável pelo ônus decorrente da perda de negócios diante da inobservância de qualquer mensagem emitida pelo sistema ou de sua desconexão.

5.5. Os itens de propostas que eventualmente contemplem produtos que não correspondam às especificações contidas no ANEXO I – Termo de Referência deste Edital serão desconsideradas.

5.6. NAS PROPOSTAS SERÃO CONSIDERADAS OBRIGATORIAMENTE:

5.6.1- Preço unitário e total para o item, em moeda corrente nacional, em algarismo com no máximo duas casas decimais;

5.6.2- As especificações detalhadas do objeto ofertado, consoante as exigências editalícias.

5.6.3- Inclusão de todas as despesas que influam no preço, tais como: despesas com transporte, seguro, frete, tributos (impostos, taxas, contribuições de melhoria), emolumentos, obrigações sociais, trabalhistas, fiscais, encargos comerciais ou de qualquer natureza e com todos os ônus diretos;

5.6.4- Prazo de validade da proposta de no mínimo 60 (sessenta) dias, a contar da data da sessão deste pregão eletrônico.

5.6.5- Os produtos ofertados deverão ser de qualidade e atenderem aos padrões exigidos pelo Mercado.

5.7. Poderão ser admitidos, pela pregoeira, erros de naturezas formais, desde que não comprometam o interesse público e da Administração.

6 - ABERTURA DAS PROPOSTAS/SESSÃO

A Pregoeira, via sistema eletrônico, dará início à Sessão Pública, na data e horário previstos neste Edital, com a divulgação da melhor proposta.

7 - FORMULAÇÃO DE LANCES

7.1. Aberta a etapa competitiva (Sessão Pública), os licitantes deverão encaminhar lances, exclusivamente, por meio do sistema eletrônico, sendo o licitante imediatamente informado do seu recebimento e respectivo valor.

7.2. Os licitantes poderão oferecer lances sucessivos, pelo **VALOR UNITÁRIO DO ITEM**, observando o horário fixado e as regras de aceitação dos mesmos.

7.3. Somente serão aceitos os lances cujos valores forem inferiores ao último lance que tenha sido anteriormente registrado no sistema.

7.4. Não serão aceitos dois ou mais lances de mesmo valor, prevalecendo aquele que foi recebido e registrado em primeiro lugar pelo sistema eletrônico.

7.5. Durante a Sessão Pública do Pregão Eletrônico, os licitantes serão informados em tempo real, do valor do menor lance registrado, vedado a identificação do seu detentor.



7.6. A etapa de lances da sessão pública será encerrada mediante aviso de fechamento iminente dos lances, emitido pelo pregoeiro, após o que transcorrerá período de tempo de até trinta minutos, aleatoriamente determinado pelo sistema eletrônico, findo o qual será automaticamente encerrada a recepção de lances.

7.7. O sistema informará a proposta de menor preço imediatamente após o encerramento da etapa de lances ou, quando for o caso, após negociação e decisão pelo pregoeiro acerca da aceitação do lance de menor valor.

7.8. No caso de desconexão com a Pregoeira, no decorrer da etapa competitiva do Pregão Eletrônico, o sistema eletrônico poderá permanecer acessível aos licitantes para recepção dos lances, retornando a Pregoeira, quando possível, sua atuação no certame, sem prejuízo dos atos realizados.

7.8.1. Quando a desconexão persistir por tempo superior a 10 (dez) minutos, a Sessão do Pregão Eletrônico será suspensa e terá reinício, somente, após a comunicação expressa aos participantes.

7.9. Após o fechamento da etapa de lances, a Pregoeira poderá encaminhar pelo sistema eletrônico contrapropostas diretamente ao licitante que tenha apresentado o lance de menor valor, para que seja obtido preço melhor, bem como decidir sobre a sua aceitação.

7.10- A sessão pública do pregão só estará concluída depois de declarados os vencedores em cada item do certame e encerrado o prazo para manifestação de intenção de interposição de recurso, cabendo aos licitantes manterem-se conectados ao sistema até o final desta etapa.

7.11. Após comunicado da pregoeira, o licitante detentor da melhor oferta deverá comprovar a situação de regularidade, conforme documentação exigida no item “9.1”, no prazo máximo de até 24 (horas) horas, através dos e-mails: licitacoespmsap@gmail.com com posterior encaminhamento do original ou cópia autenticada e demais documentos solicitados no ANEXO I - Termo de Referência, no prazo de até 3 (três) dias úteis. A critério da pregoeira, esse prazo poderá ser prorrogado.

8. JULGAMENTO DAS PROPOSTAS

8.1. Após análise da proposta e documentação, a Pregoeira anunciará o licitante vencedor.

8.2. Na hipótese da proposta ou do lance de menor valor não ser aceito ou se o licitante vencedor desatender às exigências habilitatórias, a Pregoeira examinará a proposta ou lance subsequente, verificando a sua aceitabilidade e procedendo à sua habilitação na ordem de classificação, segundo o critério do menor preço e assim sucessivamente até a apuração de uma proposta ou lance que atenda ao edital.

8.3. Havendo conveniência da Administração, poderão ser solicitados, a qualquer tempo, testes e análises dos produtos entregues junto a Administração, cujas despesas correrão por conta do licitante.

8.3.1. O licitante que não atender ao disposto no item 8.3, em prazo estabelecido pela pregoeira, estará sujeito à desclassificação do item proposto.

9 - HABILITAÇÃO

9.1. A habilitação do licitante vencedor será verificada mediante apresentação dos seguintes documentos:



- a) **Ato constitutivo, estatuto social, contrato social** com posteriores alterações contratuais ou sua consolidação, devidamente registradas na junta comercial e, em vigor e, no caso de sociedade por ações, estatuto social, ata do atual capital social acompanhado da ata de eleição de sua atual administração, registrados e publicados;
- b) Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ).
- c) **Certidão Negativa da RF e da PGFN e as contribuições sociais** previstas nas alíneas “a” a “d”, do § único, do Artigo 11, da Lei 8.212/91;
- d) Certidão que prove a regularidade para com a **Fazenda Estadual**;
- e) Certidão que prove a regularidade para com a **Fazenda Municipal** da jurisdição fiscal do estabelecimento do licitante;
- f) Certidão que prove a regularidade relativa e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- g) **Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual ou Municipal**, se houver relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com objeto contratual.
- h) **Certidão Negativa de Falência ou Concordata**, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial, expedida no domicílio da pessoa física, em prazo não superior a 60 (sessenta) dias da data designada para a apresentação do documento.
- i) Declaração, sob as penas da lei, que ateste o **cumprimento do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal**, com data de emissão de no máximo 60 dias.
- j) **Prova de Inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do trabalho**, mediante a apresentação de CERTIDÃO NEGATIVA, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.

9.2- A empresa deverá encaminhar junto com a documentação prevista no item 9.1 declaração assinada pelo responsável legal da empresa informando seu enquadramento como empresa de pequeno porte, microempresa ou cooperativa; e/ou documento emitido pela JUNTA COMERCIAL, ambos com prazo de emissão de no máximo 60 dias comprovando seu porte. Caso a empresa não comprove seu enquadramento como beneficiária, será desclassificada.

9.2.1- Caso a empresa não comprove seu enquadramento, conforme o disposto no item 9.2., terá os itens por ela vencidos desclassificados, e acarretará na abertura de Processo Administrativo Especial sujeitando o licitante as penalidades legalmente cabíveis.

9.3- Não serão aceitos protocolos, documentos em cópia não autenticada, nem documentos com prazo de validade expirado.

9.4- Os documentos deverão estar em nome do licitante, com o número do CPNJ e endereço respectivo, observando o seguinte:

9.4.1- Se o licitante for matriz da empresa, todos os documentos deverão estar em nome da matriz;

9.4.2- Se o licitante for filial, todos os documentos devem estar em nome da filial, exceto a certidão negativa de débitos relativos às contribuições previdenciárias e as de terceiros que poderão estar em nome da matriz;



9.5- Os documentos exigidos para habilitação, bem como, a proposta de preços vencedora ajustada ao lance de cada item, deverão, obrigatoriamente, serem encaminhados a Pregoeira, ao final da Sessão Pública, no prazo de até 24 horas, através dos e-mails licitacoespmsap@gmail.com e licitacoes@pmsap.com.br.

9.6- Os documentos solicitados no item “9- HABILITAÇÃO” e no ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA, deverão ser enviados posteriormente, através dos originais ou cópias devidamente autenticadas em cartório, no prazo de até 03 (três) dias úteis após a Sessão, para o Departamento de Compras e Licitações, sito Av. Borges de Medeiros, 456, Santo Antônio da Patrulha - RS, CEP 95.500-000.

10 - IMPUGNAÇÃO AO ATO CONVOCATÓRIO

10.1. As impugnações ao ato convocatório do pregão serão recebidas até 02(dois) dias úteis antes da data fixada para o recebimento das propostas, exclusivamente por meio de formulário eletrônico.

10.1.1. Caberá a pregoeira decidir sobre a petição no prazo de até 24(vinte e quatro) horas;

10.1.2. Deferida a impugnação contra o ato convocatório, será designada nova data para realização do certame.

11 - RECURSOS ADMINISTRATIVOS

11.1. Caberá recurso nos casos previstos na Lei n.º 10.520/02, devendo o licitante manifestar **motivadamente** sua intenção de interpor recurso, através de formulário próprio do Sistema Eletrônico, explicitando sucintamente suas razões, após o término da sessão de lances.

11.1.1. A Intenção motivada de recorrer é aquela que identifica, objetivamente, os fatos e o direito que o licitante pretende que sejam revistos pela pregoeira.

11.2. A licitante, que manifestar a intenção de recurso e o mesmo ter sido aceito pela pregoeira, disporá do prazo de 03 (três) dias úteis para apresentação das razões do recurso, por meio de formulário específico do sistema, que será disponibilizado a todos os participantes, ficando os demais desde logo intimados para apresentar as contrarrazões em igual número de dias, que começarão a correr do término do prazo do recorrente, sendo-lhes assegurada vista imediata dos autos.

11.3. A falta de manifestação imediata e motivada do licitante importará a decadência do direito de recurso e adjudicação do objeto pela Pregoeira ao vencedor.

11.4. O recurso contra decisão da Pregoeira não terá efeito suspensivo.

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

11.6. Não serão conhecidos os recursos interpostos após os respectivos prazos legais, bem como os encaminhados por fax, correios ou entregues pessoalmente.

11.7. Decairá do direito de impugnar perante a Administração, os termos desta licitação, aquele que os aceitando sem objeção, venha apontar, depois do julgamento, falhas ou irregularidades que a viciariam, hipótese em que tal comunicação não terá efeito de recurso.



12- DA ADJUDICAÇÃO, HOMOLOGAÇÃO E ASSINATURA DA ATA DE REGISTRO DOS PREÇOS

12.1 - Após a declaração do vencedor da licitação, não havendo manifestação dos proponentes quanto à interposição de recurso, o Pregoeiro opinará pela adjudicação do objeto licitado, o que posteriormente será submetido à autoridade competente.

12.2 - No caso de interposição de recurso, após proferida a decisão, serão adotados os mesmos procedimentos já previstos neste edital para adjudicação e homologação do resultado da licitação.

12.3- A autoridade competente adjudicará o objeto licitado ao vencedor do certame e homologará o resultado da licitação, convocando o adjudicatário a assinar a Ata de Registro de Preços dentro do prazo de no máximo, 10 (dez) dias consecutivos, a contar da data em que o mesmo for convocado para fazê-lo junto ao Município.

12.4- A Administração poderá, quando o proponente vencedor, convocado dentro do prazo de validade de sua proposta, não apresentar situação regular ou se recusar injustificadamente a assinar a Ata, retomar a Sessão Pública e convidar os demais proponentes classificados, seguindo a ordem de classificação, para fazê-lo em igual prazo e nas mesmas condições propostas pela primeira classificada, ou revogar a licitação independentemente da cominação do art. 81 da Lei Federal 8.666/93.

12.5- Decorrido o prazo do item 12.3, dentro do prazo de validade da proposta, e não comparecendo à Prefeitura o proponente convocado para a assinatura da Ata, será ele havido como desistente, ficando sujeito às seguintes sanções, aplicáveis isolada ou conjuntamente:

12.5.1- Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor global de sua proposta;

12.5.2 - Impedimento de contratar com a Administração por prazo de até 05 (cinco) anos, sem prejuízo da multa prevista no item 12.5.1.

12.5.3 - A multa de que trata o item 12.5.1 deverá ser recolhida no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da intimação da decisão administrativa que a tenha aplicado, garantida a defesa prévia do interessado, no prazo de 05 (cinco) dias úteis.

13- DA VALIDADE DO REGISTRO DE PREÇOS

13.1 - A Ata de Registro de Preços terá a validade de 12 (doze) meses, contados a partir da data de assinatura.

13.2 - Nos termos do art. 15 § 4º da Lei Federal nº 8666/93, durante o prazo de validade da Ata de Registro de Preços, o Município de Santo Antônio da Patrulha não será obrigado a aquisição, exclusivamente por seu intermédio, dos materiais objeto da Ata, podendo utilizar, para tanto, outros meios, desde que permitidos em lei, sem que, desse fato, caiba recurso ou indenização de qualquer espécie à empresa detentora.

14 - RESPONSABILIDADES DO FORNECEDOR

14.1. Entregar o objeto licitado conforme especificações deste edital, ANEXO I da LICITAÇÃO e em consonância com a proposta de preço apresentada;

14.2- Obedecer à cronologia da entrega dos produtos, atendendo as solicitações da CONTRATANTE.

14.3- Indenizar terceiros por eventuais prejuízos decorrentes da execução ou inadimplência do presente contrato, independentemente das sanções aplicáveis e demais responsabilidades.



14.4- Comunicar por escrito, na forma do estabelecido neste instrumento, qualquer anormalidade que, eventualmente, apure ter ocorrido na entrega dos materiais, ou que possam comprometer a sua qualidade.

14.5- Não transferir ou ceder suas obrigações, no todo ou em parte, à terceiros, sem prévia e expressa autorização da CONTRATANTE.

14.6- Atender as determinações da fiscalização da CONTRATANTE.

14.7- Manter, durante a validade da ata, as mesmas condições de habilitação.

14.8- Providenciar a imediata correção das deficiências e/ou irregularidades apontadas pelo CONTRATANTE no prazo de 03 (três) dias.

14.9- Aceitar nas mesmas condições contratuais os acréscimos e supressões até 25% do valor inicial atualizado do contrato ou da nota de empenho;

14.10- Arcar com todas as despesas com transporte, taxas, impostos ou quaisquer outros acréscimos legais, que correrão por conta exclusiva da Contratada;

14.11- Efetuar a troca do bem, objeto da ata de registro de preços, caso não esteja de acordo com o exigido.

14.12- Manter em estoque e em perfeitas condições de uso, os objetos de licitação.

15- RESPONSABILIDADES DO CONTRATANTE

15.1 O pagamento conforme o determinado no item 20 do edital.

15.2 A fiscalização dos materiais, objeto do presente contrato, será realizada no momento da entrega.

16 - PRAZO E FORMA DE ENTREGA

16.1 – A entrega será realizada em até 10 (dez) dias após o recebimento da nota de empenho diretamente na Secretaria Municipal Saúde, sito a Rua Ari José Brito da Luz, nº. 63 (rua ao lado da Brigada Militar), em horário de expediente das 08:00h às 11:30h e das 13:00h às 16:00h, aos cuidados dos fiscais do contrato, Sr. Denis Cardoso da Rocha e Sra. Cláudia Helena Castilhos, onde serão considerados os requisitos necessários aos produtos conforme exigências do edital licitatório.

16.1.1 – Nenhum material será recebido sem acompanhamento da respectiva Nota Fiscal.

16.2 - Tais materiais estarão sujeitos a devolução caso não atendam as especificações exigidas neste edital, caso este, em que o licitante vencedor, obrigatoriamente, deverá efetuar a troca imediata do produto.

16.3 - Caso o objeto não esteja de acordo com as especificações exigidas, a devida Secretaria não o aceitará e lavrará termo circunstanciado do fato, que deverá ser encaminhado à autoridade superior, sob pena de responsabilidade.

16.4- Na hipótese da não aceitação do objeto, o mesmo deverá ser retirado pelo fornecedor no prazo de 03 (três) dias contados da notificação da não aceitação, para reposição no prazo máximo de 03 (três) dias.

16.5- A Secretaria terá o prazo máximo de 02 (dois) dias úteis para processar a conferência do que foi entregue, lavrando o termo de recebimento definitivo ou notificando a DETENTORA DA ATA para substituição do objeto entregue em desacordo com as especificações.

16.6- O recebimento provisório ou definitivo não exclui a responsabilidade da DETENTORA DA ATA pela perfeita execução do Empenho, ficando a mesma obrigada a substituir, no todo



ou em parte, o objeto do Empenho, se a qualquer tempo se verificarem vícios, defeitos ou incorreções.

17 - PENALIDADES

17.1 Salvo por motivo de força maior ou caso fortuito, nos casos de descumprimento contratual pela CONTRATADA, a CONTRATANTE poderá decidir pela RESCISÃO CONTRATUAL, independentemente das seguintes penalidades.

a) deixar de apresentar documentação exigida no certame: suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de até 2 anos e multa de 10% sobre o valor atualizado da contratação;

b) deixar de manter a proposta (recusa injustificada para contratar): suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de até 5 anos e multa de 10% sobre o valor atualizado da contratação;

c) executar o contrato com irregularidades, passíveis de correção durante a execução e sem prejuízo ao resultado: advertência;

d) executar o contrato com atraso injustificado, até o limite de 05 dias, após os quais será considerado como inexecução contratual: multa diária de 0,5% sobre o valor atualizado do contrato; desde o primeiro dia de atraso.

e) inexecução parcial do contrato: suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de até 3 anos e multa de 8% sobre o valor correspondente ao valor atualizado do contrato;

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

g) causar prejuízo material resultante diretamente da execução ou inadimplência contratual: declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública pelo prazo de até 05 (cinco) anos, multa de 10% sobre o valor atualizado do contrato e obrigação de reparar o prejuízo causado;

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

17.2- as penalidades da CONTRATADA serão registradas no cadastro de Fornecedores arquivados no Departamento de Compras e Licitações;

17.3- nenhum pagamento será efetuado pela CONTRATANTE enquanto houver pendência de liquidação de qualquer obrigação financeira que for imposta ao CONTRATADO em virtude de penalidade ou inadimplência contratual;

17.4- da aplicação das penas definidas nas alíneas “a”, “b”, “c”, “d”, “e”, “f”, “g” do item 17.1, caberá recurso no prazo de 03 (três) dias, contados da intimação;

17.5- A defesa prévia ou pedido de reconsideração relativa às penalidades dispostas será dirigido ao Sr. Prefeito Municipal que decidirá o recurso no prazo de 05 (cinco) dias.

17.6- Para fins de aplicação de penalidades, o valor será calculado pelo IGMP/FGV, conforme Decreto Municipal nº 766/2017.

18 - RESCISÃO

A rescisão das obrigações decorrentes do presente Pregão se processará de acordo com o que estabelecem os artigos 77 a 80 da Lei n.º 8.666/93 e suas alterações posteriores, e em casos omissos, a legislação civil em vigor.



19 - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes da presente licitação correrão por conta da dotação:

ORGÃO: 07 – SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

UN. ORÇAMENTÁRIA: 01 – FMS – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

FUNÇÃO: 10 - SAÚDE

SUB-FUNÇÃO: 302 – ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

PROGRAMA: 0107 – Atenção a Saúde em Média e Alta Complexidade

PROJETO: 2098 - Manut. e Fort. da Atenção Especializada SIASUS-ASPS cta 67

3.3.90.30.00.00.00.00 - MATERIAL DE CONSUMO (1055)

33903016000000 - MATERIAL DE EXPEDIENTE.

20 - DO PAGAMENTO

20.1- O pagamento será efetuado, em até 15 (quinze) dias, após a entrega e aceitação dos respectivos materiais, mediante apresentação dos documentos de cobrança, em nome da Prefeitura Municipal de Santo Antônio da Patrulha, no qual, deve estar discriminado tudo o que foi entregue, e deverá, ainda, constar na Nota Fiscal o número da Licitação e o número da Nota de Empenho prévio, emitida por esta Prefeitura.

20.2- O CNPJ da contratada constante na Nota Fiscal deverá ser o mesmo da documentação apresentada no processo licitatório.

20.3- O pagamento somente será realizado após liberação realizada pelo fiscal do contrato, respeitando o previsto no item 14.7 deste Edital.

20.4 Havendo atraso no pagamento do objeto contratual, o contratante pagará juros de 0,5% (zero vírgula cinco por cento), ao mês, calculado sobre o valor da parcela vencida.

20.5 Não será efetuado qualquer pagamento à CONTRATADA enquanto houver pendência de liquidação da obrigação financeira em virtude de penalidade ou inadimplência contratual

21 - DISPOSIÇÕES GERAIS

21.1. É facultado a Pregoeira Oficial, auxiliada pela Equipe de Apoio, proceder em qualquer fase da licitação, diligências destinadas a esclarecer ou a complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar originalmente da proposta.

21.2. A critério da Administração o objeto da presente licitação poderá sofrer acréscimos ou supressões, de acordo com o artigo 65, inciso I, alínea “b” c/c o § 1º do mesmo artigo, tudo da Lei n.º 8.666/93, e suas alterações posteriores.

21.3. Quaisquer elementos, informações e esclarecimentos relativos a esta licitação serão prestados pela Pregoeira Oficial e membros da Equipe de Apoio, servidores do Município de Santo Antônio da Patrulha/RS, situada na Av. Borges de Medeiros, 456, CEP 95 500-000, em horário de expediente de segunda a sexta-feira das 8h às 12h e das 13h às 17h ou pelo telefone (51) 36628416 e e-mail: licitacoespsap@gmail.com

21.4. Os casos omissos serão resolvidos pela Pregoeira, que decidirá com base na legislação em vigor, Lei n.º 8.666/93, Lei n.º 10.520/02, e Lei Complementar n.º 123/06.



21.5. O Contratante não aceitará, sob nenhum pretexto, a transferência de responsabilidade da CONTRATADA para outras entidades, sejam fabricantes, técnicos ou quaisquer outros.

21.6. Não havendo expediente na Prefeitura Municipal de Santo Antônio da Patrulha, na data marcada, a reunião realizar-se-á no primeiro dia útil subsequente na mesma hora e local.

21.7. O Município de Santo Antônio da Patrulha se reserva ao direito de anular ou revogar a presente licitação, no total ou em parte, sem que caiba indenização de qualquer espécie.

21.8- Na hipótese de procedimento judicial, fica eleito o Foro da Comarca de Santo Antônio da Patrulha - RS.

21.9. Integram este Edital:

ANEXO I- Termo de Referência;

ANEXO II – Minuta da Ata de Registro de Preços;

ANEXO III – Modelos

Santo Antônio da Patrulha-RS, 09 de janeiro de 2020.

Edna Muniz dos Santos Reis
Pregoeira



ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA
EDITAL DE LICITAÇÃO – REGISTRO DE PREÇOS
MODALIDADE - PREGÃO ELETRÔNICO N.º.110/2019

1 – OBJETO:

REGISTRAR PREÇOS destinados a aquisição de materiais gráficos (formulários) para a Secretaria Municipal da Saúde, conforme especificações abaixo:

ITEM	QUANT	UNID	EMB	ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO
1	10	UNI	Bloco c/50uni	Formulário Anátomo Patológico, gramatura do papel 75g/m2- Papel Off Set, tamanho 21cm (L)x16cm (A), Impressão 1x0, em bloco de 50 uni, conforme modelo n° 01.
2	100	UNI	Bloco c/50uni	Formulário Boletim de Atendimento SAMU, Papel Copiativo2 vias (1ª via Branca e 2ª via amarela), tamanho A4, Bloco 2x50, impressão 1x0, conforme modelo n° 02.
3	5000	UNI	UNI	Carteira de Gestante, Gramatura do Papel 180g, Papel Off Set, Tamanho 22cm (L)x 30cm (A), Impressão 1x1 com vinco, conforme modelo n° 03.
4	200	UNI	Bloco c/50uni	Formulário de Comprovante de Presença, gramatura do papel 75g/m2-Papel Off Set, Tamanho 10cm(L)x12cm(A), Impressão 1x0, em bloco de 50uni, conforme modelo n° 04.
5	30	UNI	Bloco c/50uni	Formulário de Deslocamento de Veiculo e Motorista, gramatura do papel 56g/m2-Papel Off Set, Tamanho 21cm (L) x 15cm (A), em bloco c/50uni, Impressão 1x0, modelo n° 05.
6	500	UNI	Bloco c/50uni	Formulário Documento de Referência e Contra Referência, gramatura do papel 56g/m2-Papel Off Set, Tamanho 19cm(L)x22cm(A), Impressão 1x0, em bloco c/50 uni, conforme modelo n° 06.
7	300	UNI	Bloco c/100uni	Formulário Ficha de Atendimento Ambulatorial, Gramatura do Papel 56g/m2- Papel Off Set, Tamanho 21cm (L) x 16cm (A), em bloco c/100uni, Impressão 1x0 Conforme modelo n° 07.
8	500	UNI	UNI	Formulário Requisição de Mamografia, Gramatura do Papel 75g/m2- Papel Off Set, Tamanho A4, Impressão 1x1, conforme modelo n°08.
9	100	UNI	Bloco c/50uni	Formulário para Perícia Médica, Papel Copiativo2 vias (1ª via Branca e 2ª via verde) , tamanho A4, Bloco 2x50, Impressão 1x0, conforme modelo n° 09.
10	300	UNI	Bloco c/50uni	Formulário de Laudo Médico para Solicitação de Exame de Alto Custo, Gramatura do Papel 56g/m2-Papel Off Set, Tamanho A4, Impressão 1x0, em Bloco c/50uni, conforme modelo n°10.
11	2.000	UNI	UNI	Formulário de Prontuário Médico, Gramatura do Papel 180g-Off Set, Tamanho 21cm(L)x23cm(A), Impressão 1x1, conforme modelo n°11.
12	1.000	UNI	Bloco c/50uni	Formulário de Notificação de Receita B, Papel 50g super bom azul, tamanho 17cm(L)x10cm(A), Bloco de 50uni , Picotado, Numerado e Grampeado, Impressão 1x0, conforme modelo n°12.



13	50	UNI	Bloco c/50uni	Formulário de Notificação de Receita B2, Papel 50g super bom azul, tamanho 17cm(L)x10cm(A), Bloco de 50uni, Picotado, Numerado e Grampeado, Impressão 1x0, conforme modelo nº13.
14	1.500	UNI	Bloco c/50uni	Formulário de Receituário de Controle Especial, Gramatura do Papel 56g/m2-Off Set, Tamanho 16cm(L)x 19cm (A), em duas vias numeradas igualmente, Impressão 1x0, Bloco 2x50uni, conforme modelo nº 14.
15	1.500	UNI	Bloco c/50uni	Formulário de Receituário Simples, Gramatura do papel 56g/m2- Papel Off Set, tamanho 15cm (L) x 21cm (A), Impressão 1x0, Bloco c/50uni, conforme modelo nº15.
16	1000	UNI	Bloco c/50uni	Formulário de Requisição de Exames, Gramatura do Papel 56g/m2- Papel Off Set, tamanho 21cm (L)x16cm (A), Impressão 1x0, Bloco c/50uni, conforme modelo nº16.
17	40	UNI	Bloco c/50uni	Formulário de Requisição de Exame Citopatológico, Gramatura do Papel 75g/m2- Papel Off Set, Tamanho A4, Impressão 1x1, Bloco c/50uni, conforme modelo nº17.
18	8.000	UNI	UNI	Carteira de Visita Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue, Gramatura do Papel 180g/m2- Papel Off Set, tamanho 16cm(L)x12cm(A) Impressão 1x0, conforme modelo nº 18.
19	5000	UNI	UNI	Formulário de Alvará Sanitário, Gramatura do Papel 120g/m2- Papel Off Set, Tamanho 15cm (L)x20cm(A), Impressão 1x0, conforme modelo nº19.
20	10.000	UNI	UNI	Formulário para Anotações das ACS, Gramatura do Papel 75g/m2- Papel Off Set, Tamanho 21cm(L)x15cm (A), Impressão 1x0, conforme modelo Nº 20.
21	5.000	UNI	UNI	Formulário de Visita Domiciliar e Territorial, Gramatura do Papel 75g/m2- Papel Off Set, Tamanho A4, Impressão 1x1, conforme modelo nº21.
22	2000	UNI	UNI	Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar, Gramatura do Papel 75g/m2-Papel Off Set, Tamanho A4, Impressão 1x0, Conforme modelo Nº 22.
23	10.000	UNI	UNI	Formulário para Cadastro Domiciliar e Territorial, Gramatura do Papel 75g/m2- Papel Off Set, Tamanho A4, Impressão 1x1, Conforme modelo Nº23.
24	20.000	UNI	UNI	Formulário de Cadastro Individual, Gramatura do Papel 75g/m2- Papel Off Set, Tamanho A4, Impressão 1x1, conforme modelo nº 24.
25	7.000	UNI	UNI	Formulário de Relatório para Vigilância, Papel Copiativo2 vias (1ª via Branca e 2ª via Rosa), Tamanho A4, Bloco 2x50-Picotado, Impressão 1x0, Conforme modelo nº 25.

2 - JUSTIFICATIVA

A aquisição destes Materiais Gráficos se faz necessário para a realização dos atendimentos e procedimentos nas Unidades de Saúde do Município.

3 - PRAZO E FORMA DE ENTREGA

3.1 – A entrega será realizada em até 10 (dez) dias após o recebimento da nota de empenho diretamente na Secretaria Municipal Saúde, sito a Rua Ari José Brito da Luz, nº. 63 (rua ao lado da Brigada Militar), em horário de expediente das 08:00h às 11:30h e das 13:00h às 16:00h, aos cuidados dos fiscais do contrato, Sr. Denis Cardoso da Rocha e Sra. Claudia Helena Castilhos,



onde serão considerados os requisitos necessários aos produtos conforme exigências do edital licitatório.

Santo Antônio da Patrulha, 09 de janeiro de 2020.

Edna Muniz dos Santos Reis
Pregoeira



ANEXO II
MODELO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS
PROCESSO Nº. 297/2019.
PREGÃO ELTRÔNICO Nº. 110/2019
VALIDADE: 12 (DOZE) MESES

Aos.... dias do mês de de 2019, o Município de Santo Antônio da Patrulha/RS, neste ato representado por seu Prefeito, , doravante denominado MUNICÍPIO, e a empresa, estabelecida na rua, n°, CNPJ n°, pelo seu representante infra-assinado, doravante denominada FORNECEDORA, nos termos do art. 15 da lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993, com as alterações nela inseridas pela Lei Federal nº 8.883 de 9 de junho de 1994, Lei Federal nº 10.520/2002, Lei Complementar nº.123/2006 e Decretos Municipais n.º 565/2005 e 126/2012 e das demais normas legais aplicáveis e, considerando o resultado da PREGÃO ELETRÔNICO nº.110/2019, para REGISTRO DE PREÇOS, firmam a presente Ata de Registro de Preços, obedecidas as disposições da Lei Federal nº 8.666/93, suas alterações posteriores e as condições seguintes:

CLÁUSULA I – DO OBJETO

1.1- Através da presente ata ficam registrados os seguintes preços, para aquisição de materiais gráficos (formulários) para Secretaria Municipal da Saúde, conforme especificações abaixo:

ITEM	QUANT	UNID	EMB	ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO	VALOR UN
1	10	UNI	Bloco c/50uni	Formulário Anátomo Patológico, gramatura do papel 75g/m2- Papel Off Set, tamanho 21cm (L)x16cm (A), Impressão 1x0, em bloco de 50 uni, conforme modelo nº 01.	R\$
2	100	UNI	Bloco c/50uni	Formulário Boletim de Atendimento SAMU, Papel Copiativo2 vias (1ª via Branca e 2ª via amarela), tamanho A4, Bloco 2x50, impressão 1x0, conforme modelo nº 02.	R\$
3	5000	UNI	UNI	Carteira de Gestante, Gramatura do Papel 180g, Papel Off Set, Tamanho 22cm (L)x 30cm (A), Impressão 1x1 com vinco, conforme modelo nº 03.	R\$
4	200	UNI	Bloco c/50uni	Formulário de Comprovante de Presença, gramatura do papel 75g/m2-Papel Off Set, Tamanho 10cm(L)x12cm(A), Impressão 1x0, em bloco de 50uni, conforme modelo nº 04.	R\$
5	30	UNI	Bloco c/50uni	Formulário de Deslocamento de Veiculo e Motorista, gramatura do papel 56g/m2-Papel Off Set, Tamanho 21cm (L) x 15cm (A), em bloco c/50uni, Impressão 1x0, modelo nº 05.	R\$
6	500	UNI	Bloco c/50uni	Formulário Documento de Referência e Contra Referência, gramatura do papel 56g/m2-Papel Off Set, Tamanho 19cm(L)x22cm(A), Impressão 1x0, em bloco c/50 uni, conforme modelo nº 06.	R\$
7	300	UNI	Bloco c/100uni	Formulário Ficha de Atendimento Ambulatorial, Gramatura do Papel 56g/m2- Papel Off Set, Tamanho 21cm (L) x 16cm (A), em bloco c/100uni,Impressão 1x0 Conforme modelo nº 07.	R\$



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DA PATRULHA

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

8	500	UNI	UNI	Formulário Requisição de Mamografia, Gramatura do Papel 75g/m ² - Papel Off Set, Tamanho A4, Impressão 1x1, conforme modelo nº08.	R\$
9	100	UNI	Bloco c/50uni	Formulário para Perícia Médica, Papel Copiativo 2 vias (1ª via Branca e 2ª via verde), tamanho A4, Bloco 2x50, Impressão 1x0, conforme modelo nº 09.	R\$
10	300	UNI	Bloco c/50uni	Formulário de Laudo Médico para Solicitação de Exame de Alto Custo, Gramatura do Papel 56g/m ² -Papel Off Set, Tamanho A4, Impressão 1x0, em Bloco c/50uni, conforme modelo nº10.	R\$
11	2.000	UNI	UNI	Formulário de Prontuário Médico, Gramatura do Papel 180g-Off Set, Tamanho 21cm(L)x23cm(A), Impressão 1x1, conforme modelo nº11.	R\$
12	1.000	UNI	Bloco c/50uni	Formulário de Notificação de Receita B, Papel 50g super bom azul, tamanho 17cm(L)x10cm(A), Bloco de 50uni, Picotado, Numerado e Grampeado, Impressão 1x0, conforme modelo nº12.	R\$
13	50	UNI	Bloco c/50uni	Formulário de Notificação de Receita B2, Papel 50g super bom azul, tamanho 17cm(L)x10cm(A), Bloco de 50uni, Picotado, Numerado e Grampeado, Impressão 1x0, conforme modelo nº13.	R\$
14	1.500	UNI	Bloco c/50uni	Formulário de Receituário de Controle Especial, Gramatura do Papel 56g/m ² -Off Set, Tamanho 16cm(L)x 19cm (A), em duas vias numeradas igualmente, Impressão 1x0, Bloco 2x50uni, conforme modelo nº 14.	R\$
15	1.500	UNI	Bloco c/50uni	Formulário de Receituário Simples, Gramatura do papel 56g/m ² - Papel Off Set, tamanho 15cm (L) x 21cm (A), Impressão 1x0, Bloco c/50uni, conforme modelo nº15.	R\$
16	1000	UNI	Bloco c/50uni	Formulário de Requisição de Exames, Gramatura do Papel 56g/m ² - Papel Off Set, tamanho 21cm (L)x16cm (A), Impressão 1x0, Bloco c/50uni, conforme modelo nº16.	R\$
17	40	UNI	Bloco c/50uni	Formulário de Requisição de Exame Citopatológico, Gramatura do Papel 75g/m ² - Papel Off Set, Tamanho A4, Impressão 1x1, Bloco c/50uni, conforme modelo nº17.	R\$
18	8.000	UNI	UNI	Carteira de Visita Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue, Gramatura do Papel 180g/m ² - Papel Off Set, tamanho 16cm(L)x12cm(A) Impressão 1x0, conforme modelo nº 18.	R\$
19	5000	UNI	UNI	Formulário de Alvará Sanitário, Gramatura do Papel 120g/m ² -Papel Off Set, Tamanho 15cm (L)x20cm(A), Impressão 1x0, conforme modelo nº19.	R\$
20	10.000	UNI	UNI	Formulário para Anotações das ACS, Gramatura do Papel 75g/m ² - Papel Off Set, Tamanho 21cm(L)x15cm (A), Impressão 1x0, conforme modelo Nº 20.	R\$
21	5.000	UNI	UNI	Formulário de Visita Domiciliar e Territorial, Gramatura do Papel 75g/m ² - Papel Off Set, Tamanho A4, Impressão 1x1, conforme modelo nº21.	R\$
22	2000	UNI	UNI	Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar, Gramatura do Papel 75g/m ² -Papel Off Set, Tamanho A4, Impressão 1x0, Conforme modelo Nº 22.	R\$
23	10.000	UNI	UNI	Formulário para Cadastro Domiciliar e Territorial, Gramatura do Papel 75g/m ² - Papel Off Set, Tamanho A4, Impressão 1x1, Conforme modelo Nº23.	R\$
24	20.000	UNI	UNI	Formulário de Cadastro Individual, Gramatura do Papel 75g/m ² -Papel Off Set, Tamanho A4, Impressão 1x1, conforme modelo nº 24.	R\$
25	7.000	UNI	UNI	Formulário de Relatório para Vigilância, Papel Copiativo 2 vias (1ª via Branca e 2ª via Rosa), Tamanho A4, Bloco 2x50-	R\$



			Picotado, Impressão 1x0, Conforme modelo nº 25.	
--	--	--	---	--

CLÁUSULA II – DA VALIDADE DO REGISTRO DE PREÇOS

- 2.1 - A presente Ata de Registro de Preços terá a validade de 12 (doze) meses, contados a partir da data de assinatura.
- 2.2 - Nos termos do art. 15, § 4º da Lei Federal 8666/93, durante o prazo de validade desta Ata de Registro de Preços, o Município de Santo Antônio da patrulha não será obrigado a aquisição, exclusivamente por seu intermédio, os materiais referidos na Cláusula I, podendo utilizar, para tanto, outros meios, desde que permitidos em lei, sem que, desse fato, caiba recurso ou indenização de qualquer espécie à empresa detentora.
- 2.3- Em cada aquisição decorrente desta Ata serão observadas, quanto ao preço, as cláusulas e condições constantes do Edital do **PREGÃO ELETRÔNICO nº. 110/2019** que a precedeu e integra o presente instrumento de compromisso, independente de transcrição, por ser de pleno conhecimento das partes.

CLÁUSULA III – DO PAGAMENTO

- 3.1- O pagamento será efetuado, em até 15 (quinze) dias, após a cada entrega e aceitação dos respectivos materiais, mediante apresentação dos documentos de cobrança, em nome da Prefeitura Municipal de Santo Antônio da Patrulha, no qual, deve estar discriminado tudo o que foi entregue, e deverá, ainda, constar na Nota Fiscal o número da Licitação e o número da Nota de Empenho prévio, emitida por esta Prefeitura.
- 3.2- O CNPJ da contratada constante na Nota Fiscal deverá ser o mesmo da documentação apresentada no processo licitatório.
- 3.3- O pagamento somente será realizado após liberação realizada pelo fiscal, através o Termo de Recebimento Definitivo dos materiais. A nota fiscal estar assinada no verso pelo fiscal responsável pela entrega, para o devido pagamento.
- 3.4- Havendo atraso no pagamento do objeto contratual, o contratante pagará juros de 0,5% (zero vírgula cinco por cento), ao mês, calculado sobre o valor da parcela vencida. Na eventualidade de aplicação de multas, estas deverão ser liquidadas simultaneamente com parcela vinculada ao evento cujo descumprimento der origem à aplicação da penalidade.
- 3.5- Não será efetuado qualquer pagamento à CONTRATADA enquanto houver pendência de liquidação da obrigação financeira em virtude de penalidade ou inadimplência contratual.
- 3.6- A Prefeitura Municipal não realizará liquidação e pagamento de despesas sem que a contratada apresente junto com a nota fiscal a Certidão Negativa da RF e da PGFN e as contribuições sociais previstas nas alíneas “a” e “d” do § único do Art. 11 da Lei 8.212/91, prova de regularidade junto ao FGTS.
- 3.7- O CNPJ da Detentora da Ata constante da nota fiscal e fatura deverá ser o mesmo da documentação apresentada no procedimento licitatório.
- 3.8- Nenhum pagamento será efetuado a Detentora da Ata enquanto pendente de liquidação quaisquer obrigações financeiras que lhe foram impostas, em virtude de penalidade ou inadimplência, sem que isso gere direito ao pleito de reajustamento de preços ou correção monetária.



CLÁUSULA IV – DA ENTREGA E DO PRAZO

4.1 – A entrega será realizada em até 10 (dez) dias após o recebimento da nota de empenho diretamente na Secretaria Municipal Saúde, sito a Rua Ari José Brito da Luz, nº. 63 (rua ao lado da Brigada Militar), em horário de expediente das 08:00h às 11:30h e das 13:00h às 16:30h, aos cuidados dos fiscais do contrato, Sr. Denis Cardoso da Rocha e Sra. Claudia Helena Castilhos, onde serão considerados os requisitos necessários aos produtos conforme exigências do edital licitatório.

4.1.1 – Nenhum material será recebido sem acompanhamento da respectiva Nota Fiscal.

4.2 - Os produtos adquiridos deverão ser de qualidade inquestionável, devendo estar em conformidade com a descrição constante do Anexo do Edital, estando ainda sujeitos a amplo teste de qualidade. Tais materiais estarão sujeitos a devolução caso não atendam as especificações exigidas neste edital, caso este, em que o licitante vencedor, obrigatoriamente, deverá efetuar a troca imediata do produto.

4.3 - Caso o objeto não esteja de acordo com as especificações exigidas, a devida Secretaria não o aceitará e lavrará termo circunstanciado do fato, que deverá ser encaminhado à autoridade superior, sob pena de responsabilidade.

4.4- Na hipótese da não aceitação do objeto, o mesmo deverá ser retirado pelo fornecedor no prazo de 03 (três) dias contados da notificação da não aceitação, para reposição no prazo máximo de 03 (três) dias.

4.5- A Secretaria terá o prazo máximo de 02 (dois) dias úteis para processar a conferência do que foi entregue, lavrando o termo de recebimento definitivo ou notificando a DETENTORA DA ATA para substituição do objeto entregue em desacordo com as especificações.

4.6- O recebimento provisório ou definitivo não exclui a responsabilidade da DETENTORA DA ATA pela perfeita execução do Empenho, ficando a mesma obrigada a substituir, no todo ou em parte, o objeto do Empenho, se a qualquer tempo se verificarem vícios, defeitos ou incorreções.

4.7- Caso o fornecedor não possua o produto para entrega com a marca registrada em ata e deseje solicitar troca de marca, esta deve ser realizada por meio de documento formal ao Departamento de Licitações juntamente com a devida justificativa comprovada por documento original ou cópia autenticada do fabricante.

4.8- Caberá aos Fiscais do Contrato da Secretaria Municipal de Saúde avaliar e decidir sobre o pedido da troca de marca dentro das especificações previstas neste edital e respectiva legislação.

CLÁUSULA V – DAS OBRIGAÇÕES

5.1 – Do Município:

5.1.1. Atestar nas notas fiscais/faturas a efetiva entrega do objeto desta Ata, conforme ajuste representado pela Nota de Empenho;

5.1.2. Aplicar à Detentora da Ata penalidades, quando for o caso;

5.1.3. Prestar à Detentora da Ata toda e qualquer informação, por esta solicitada, necessária à perfeita execução do Empenho;

5.1.4. Efetuar o pagamento à Detentora da Ata no prazo avençado, após a entrega da Nota Fiscal no setor competente;

5.1.5. Notificar, por escrito, à Detentora da Ata da aplicação de qualquer sanção.

5.2. Da Detentora da Ata:



- 5.2.1. Fornecer o objeto nas especificações e com a qualidade exigidas;
- 5.2.2. Pagar todos os tributos que incidam ou venham a incidir, direta ou indiretamente, sobre os produtos fornecidos;
- 5.2.3. Manter, durante a validade da Ata, as mesmas condições de habilitação;
- 5.2.4. Aceitar, nas mesmas condições, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários no quantitativo do objeto, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor contratado/empenhado, em caso de formalização;
- 5.2.5. Fornecer o objeto, no preço, prazo e forma estipulados na proposta.

CLÁUSULA VI – DAS CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO

- 6.1. As aquisições decorrentes da presente Ata de Registro de Preços serão formalizados pela retirada da Nota de Empenho pela detentora.
- 6.2. A detentora da presente Ata de Registro de Preços será obrigada a atender todos os pedidos efetuados durante a vigência desta Ata, mesmo que a entrega deles decorrentes estiver prevista para data posterior à do seu vencimento.
- 6.3. Toda aquisição deverá ser efetuada mediante solicitação da unidade requisitante, a qual deverá ser feita através de Nota de Empenho.
- 6.4. A empresa fornecedora, quando do recebimento da Nota de Empenho, deverá colocar, na cópia que necessariamente a acompanhar, a data e hora em que a tiver recebido, além da identificação de quem procedeu ao recebimento.
- 6.5. A cópia da Nota de Empenho será anexada ao processo de administração da ata.

CLÁUSULA VII – DAS PENALIDADES

7.1 Salvo por motivo de força maior ou caso fortuito, nos casos de descumprimento contratual pela CONTRATADA, a CONTRATANTE poderá decidir pela RESCISÃO CONTRATUAL, independentemente das seguintes penalidades.

a) deixar de apresentar documentação exigida no certame: suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de até 2 anos e multa de 10% sobre o valor atualizado da contratação;

b) deixar de manter a proposta (recusa injustificada para contratar): suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de até 5 anos e multa de 10% sobre o valor atualizado da contratação;

c) executar o contrato com irregularidades, passíveis de correção durante a execução e sem prejuízo ao resultado: advertência;

d) executar o contrato com atraso injustificado, até o limite de 05 dias, após os quais será considerado como inexecução contratual: multa diária de 0,5% sobre o valor atualizado do contrato; desde o primeiro dia de atraso.

e) inexecução parcial do contrato: suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de até 3 anos e multa de 8% sobre o valor correspondente ao valor atualizado do contrato;

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

g) causar prejuízo material resultante diretamente da execução ou inadimplência contratual: declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública



pelo prazo de até 05 (cinco) anos e multa de 10% sobre o valor atualizado do contrato, bem como reparar o dano/prejuízo causado;

i) Os valores das penalidades sobre os contratos serão atualizados pelo IGP-M/FGV.

7.2- as penalidades da CONTRATADA serão registradas no cadastro de Fornecedores arquivados no Departamento de Compras e Licitações;

7.3- nenhum pagamento será efetuado pela CONTRATANTE enquanto houver pendência de liquidação de qualquer obrigação financeira que for imposta ao CONTRATADO em virtude de penalidade ou inadimplência contratual;

7.4- da aplicação das penas definidas nas alíneas “a”, “b”, “c”, “d”, “e”, “f” e “g” do item 7.1 caberá recurso no prazo de 03 (três) dias, contados da intimação;

7.5- A defesa prévia ou pedido de reconsideração relativa às penalidades dispostas será dirigido ao Sr. Prefeito Municipal que decidirá o recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis.

CLÁUSULA VIII – DO REAJUSTAMENTO DE PREÇOS

8.1- Considerado o prazo de validade estabelecido no item 2.1 da Cláusula II, da presente Ata, e, em atendimento ao §1º do art. 28 da Lei Federal 9.069 de 29.6.1995, ao art. 3º §1º, da Medida Provisória 1488-16, de 2.10.1996 e demais legislações pertinentes, é vedado qualquer reajustamento de preços, até que seja completado o período de 12 (doze) meses contados a partir da data de recebimento das propostas indicadas no preâmbulo do Edital do **PREGÃO ELETRÔNICO nº. 110/2019** o qual integra a presente Ata de Registro de Preços, observadas as disposições constantes nos Decretos Municipais n.º 565/2005 e 126/2012.

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

CLÁUSULA IX - DO CANCELAMENTO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

9.1. A presente Ata de Registro de Preços poderá ser cancelada, de pleno direito pela administração, quando:

9.1.1. A detentora não cumprir as obrigações constantes desta Ata;

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

9.1.3. A detentora der causa a rescisão administrativa de contrato decorrente de registro de preços, a critério da Administração; observada a legislação em vigor;

9.1.4. Em qualquer das hipóteses de inexecução total ou parcial de contrato decorrente de registro de preços, se assim for decidido pela Administração, com observância das disposições legais;

9.1.5. Os preços registrados se apresentarem superiores aos praticados no mercado, e a detentora não acatar a revisão dos mesmos;

9.1.6 - Por razões de interesse público devidamente demonstradas e justificadas pela Administração.

9.2. A comunicação do cancelamento do preço registrado, nos casos previstos neste item, será feita por correspondência com aviso de recebimento, juntando-se o comprovante ao processo de administração da presente Ata de Registro de Preços. No caso de ser ignorado, incerto ou inacessível o endereço da detentora, a comunicação será feita por publicação no Diário Oficial



do Município, por 2 (duas) vezes consecutivas, considerando-se cancelado o preço e registrado a partir da última publicação.

9.3. Pela detentora, quando, mediante solicitação por escrito, comprovar estar impossibilitada de cumprir as exigências desta Ata de Registro de Preços, ou, a juízo da Administração, quando comprovada a ocorrência de qualquer das hipóteses previstas no art. 78, incisos XIII a XVI, da Lei Federal 8666/93, alterada pela Lei Federal 8883/94.

9.3.1. A solicitação da detentora para cancelamento dos preços registrados deverá ser formulada com antecedência de 10 (dez) dias, antes do recebimento de cada nota de empenho, facultada à Administração a aplicação das penalidades previstas na Cláusula VII, caso não aceitas as razões do pedido.

CLÁUSULA X – DA AUTORIZAÇÃO PARA AQUISIÇÃO

10.1 - A aquisição dos itens objeto da presente Ata de Registro de Preços serão autorizadas, em cada caso, pelo Ordenador de Despesa correspondente, sendo obrigatório informar ao Setor de Compras (ou à Comissão de Acompanhamento do Sistema de Registro de Preços), os quantitativos das aquisições.

10.1.1 - A emissão das notas de empenho, sua retificação ou cancelamento, total ou parcial serão, igualmente, autorizados pela mesma autoridade, ou a quem esta delegar a competência para tanto.

CLÁUSULA XI – DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

11.1- As despesas decorrentes da presente licitação correrão por conta da dotação 2019/1055.

CLÁUSULA XII - DAS COMUNICAÇÕES

12.1 - As comunicações entre as partes, relacionadas com o acompanhamento e controle da presente Ata, serão feitas sempre por escrito.

CLÁUSULA XIII – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

13.1 - Integram esta Ata, o edital do **PREGÃO ELETRÔNICO nº. 110/2019** e a proposta da empresa _____ classificada em 1º lugar no certame supranumerado.

12.2 - Os casos omissos serão resolvidos de acordo com a Lei Federal 8.666/93, Lei Federal nº.10.520/02 e pelos Decretos Municipais n.º 565/2005 e 126/2012, Lei Complementar 123/06, no que não colidir com a primeira e nas demais normas aplicáveis. Subsidiariamente, aplicar-se-ão os princípios gerais de direito.

CLÁUSULA XIV- DO FORO

14.1- As partes elegem o foro da Comarca de Santo Antônio da Patrulha/RS, como único competente para dirimir quaisquer ações oriundas desta Ata.

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

Daiçom Maciel da Silva
Prefeito Municipal



Edna Muniz dos Santos Reis
Pregoeira

Fiscais:

Denis Cardoso da Rocha

Claudia Helena Castilhos Fiscais

Empresa Detentora Da Ata

Item 1



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL SANATÓRIO PARTENON**

Av. Bento Gonçalves, 3722 - CEP 90650-001 - Fone: (51) 3336-5200 - Fax: 3339-2389

LABORATÓRIO CENTRAL DE ANATOMIA PATOLÓGICA DO RS

Paciente: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Endereço: _____ Cidade: _____ Fone: _____

Médico (legível): _____ Cremers: _____ Fone: _____

Unidade Sanitária: _____ Cidade: _____ Fone: _____

Cirurgia: _____ Material: _____

História Clínica: _____

_____ Data: ____/____/____

Assinatura do Médico (carimbo)

Chefe do Posto de Saúde - SUS
(carimbo e assinatura)

Exame Gratuito - não pode ser cobrado

Item 2



SAMU METROPOLITANO RS - BOLETIM DE ATENDIMENTO

CHAMADO	Nº <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	DATA <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	HORA <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> h <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> min
	MÉDICO(A) REGULADOR(A) DR. (A) _____		<input type="checkbox"/> 1. SOCORRO <input type="checkbox"/> 2. TRANSPORTE BASE

MOTIVO	CLÍNICO	TRAUMÁTICO
	<input type="checkbox"/> 4. RESPIRATÓRIO <input type="checkbox"/> 8. OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> 12. METABÓLICO <input type="checkbox"/> 5. CARDIOVASC. <input type="checkbox"/> 9. PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> 13. PEDIÁTRICO <input type="checkbox"/> 6. NEUROLÓGICO <input type="checkbox"/> 10. INFECCIOSO <input type="checkbox"/> 14. OUTRO _____ <input type="checkbox"/> 7. GASTRINTEST. <input type="checkbox"/> 11. INTOXICAÇÃO EXÓG. _____	<input type="checkbox"/> 15. COLISÃO <input type="checkbox"/> 19. FAF <input type="checkbox"/> 22. AFOGAMENTO <input type="checkbox"/> 16. ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> 20. FAB <input type="checkbox"/> 23. ELETROPLESSÃO <input type="checkbox"/> 17. QUEDA <input type="checkbox"/> 21. QUEIMADURA <input type="checkbox"/> 18. AGRESSÃO <input type="checkbox"/> 24. OUTRO _____
	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> SB <input type="checkbox"/> IR <input type="checkbox"/> NN	

PACIENTE	NOME COMPLETO _____	<input type="checkbox"/> 25. MASC. <input type="checkbox"/> 26. FEM.	IDADE 27. <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> ANOS
	ENDEREÇO ONDE SE ENCONTRA O PACIENTE (RUA, Nº, AP, BAIRRO, PONTO DE REFERÊNCIA) _____		

EXAME PRIMÁRIO	VIAS AÉREAS	RESPIRAÇÃO	CIRCULATÓRIO	NEUROLÓGICO	EXPOSIÇÃO	
	<input type="checkbox"/> 28. OBSTRUÍDAS <input type="checkbox"/> 29. PARC. OBSTR. <input type="checkbox"/> 30. LIVRE	<input type="checkbox"/> 31. NORMAL <input type="checkbox"/> 32. ALTERADA <input type="checkbox"/> 33. AGÔNICA <input type="checkbox"/> 34. APNÉIA	<input type="checkbox"/> 35. NORMAL <input type="checkbox"/> 36. CHOQUE <input type="checkbox"/> 37. SANGRAMENTO <input type="checkbox"/> 38. PCR	<input type="checkbox"/> 39. NORMAL <input type="checkbox"/> 40. CONVULSÃO <input type="checkbox"/> 41. AGITAÇÃO	<input type="checkbox"/> 42. CONFUSÃO <input type="checkbox"/> 43. COMA	<input type="checkbox"/> 44. SEM ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/> 45. QUEIMADURA <input type="checkbox"/> 46. DEFORMIDADES <input type="checkbox"/> 47. FRATURAS <input type="checkbox"/> 48. FERIMENTOS

SINAIS VITAIS	HORA	P. A.	F. C.	F. R.	Sat. O2 %	T. Axilar °C	HGT	Glasgow	ETR	ETP
	INÍCIO									
	FIM									

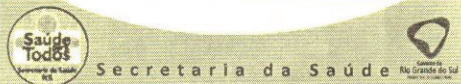
PROCEDIMENTOS EFETUADOS	<input type="checkbox"/> 49. ADM. OXIGÊNIO	<input type="checkbox"/> 54. RCP	<input type="checkbox"/> 59. INTRAOSSA	<input type="checkbox"/> 64. DESFIBRILAÇÃO	<input type="checkbox"/> 69. KED
	<input type="checkbox"/> 50. GUEDEL	<input type="checkbox"/> 55. PUNÇÃO TORÁCICA	<input type="checkbox"/> 60. FLEBOTOMIA	<input type="checkbox"/> 65. OXIMETRIA	<input type="checkbox"/> 70. PRANCHA LONGA
	<input type="checkbox"/> 51. ASPIRAÇÃO	<input type="checkbox"/> 56. DRENAGEM TORÁCICA	<input type="checkbox"/> 61. PUNÇÃO PERICÁRDICA	<input type="checkbox"/> 66. COLAR CERVICAL	<input type="checkbox"/> 71. _____
<input type="checkbox"/> 52. INTUBAÇÃO (OT. NT.)	<input type="checkbox"/> 57. VEIA PERIFÉRICA	<input type="checkbox"/> 62. SONDA GÁSTRICA	<input type="checkbox"/> 67. IMOBILIZAÇÃO MEMBROS	<input type="checkbox"/> 72. _____	
<input type="checkbox"/> 53. PUNÇÃO CRICO	<input type="checkbox"/> 58. INTRACATH	<input type="checkbox"/> 63. SONDA VESICAL	<input type="checkbox"/> 68. CURATIVO	<input type="checkbox"/> 73. _____	
AVALIAÇÃO MONITOR ECG: _____ REPOSIÇÃO VOLÊMICA / MEDICAMENTOS: _____					

TRANSP.	TIPO	ORIGEM	DESTINO	CONTATO NO DESTINO
	<input type="checkbox"/> 74. SIMPLES <input type="checkbox"/> 75. MEDICALIZADO	REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO	REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO	

INCIDENTE	<input type="checkbox"/> 76. CANCELADO	<input type="checkbox"/> 78. ÓBITO	<input type="checkbox"/> 80. RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> 82. OUTROS _____
	<input type="checkbox"/> 77. FALSO	<input type="checkbox"/> 79. RECUSOU ATENDIMENTO	<input type="checkbox"/> 81. NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL	

OBSERVAÇÕES	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
--------------------	---

Equipe	Médico / CRM	Enfermagem / COREN	Condutor
--------	--------------	--------------------	----------



SAMU METROPOLITANO RS - BOLETIM DE ATENDIMENTO

CHAMADO Nº DATA / / HORA h min

MÉDICO(A) REGULADOR(A) DR. (A) 1. SOCORRO 2. TRANSPORTE **BASE** H SA SB IR NN

MOTIVO

CLÍNICO			TRAUMÁTICO		
<input type="checkbox"/> 4. RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> 8. OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> 12. METABÓLICO	<input type="checkbox"/> 15. COLISÃO	<input type="checkbox"/> 19. FAF	<input type="checkbox"/> 22. AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> 5. CARDIOVASC.	<input type="checkbox"/> 9. PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> 13. PEDIÁTRICO	<input type="checkbox"/> 16. ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> 20. FAB	<input type="checkbox"/> 23. ELETROPLESSÃO
<input type="checkbox"/> 6. NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/> 10. INFECCIOSO	<input type="checkbox"/> 14. OUTRO _____	<input type="checkbox"/> 17. QUEDA	<input type="checkbox"/> 21. QUEIMADURA	
<input type="checkbox"/> 7. GASTRINTEST.	<input type="checkbox"/> 11. INTOXICAÇÃO EXÓG. _____		<input type="checkbox"/> 18. AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> 24. OUTRO _____	

PACIENTE NOME COMPLETO _____ IDADE 25. MASC. 26. FEM. 27. ANOS

ENDEREÇO ONDE SE ENCONTRA O PACIENTE (RUA, Nº, AP, BAIRRO, PONTO DE REFERÊNCIA) _____

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS	RESPIRAÇÃO	CIRCULATÓRIO	NEUROLÓGICO	EXPOSIÇÃO
<input type="checkbox"/> 28. OBSTRUÍDAS	<input type="checkbox"/> 31. NORMAL	<input type="checkbox"/> 35. NORMAL	<input type="checkbox"/> 39. NORMAL	<input type="checkbox"/> 42. CONFUSÃO
<input type="checkbox"/> 29. PARC. OBSTR.	<input type="checkbox"/> 32. ALTERADA	<input type="checkbox"/> 36. CHOQUE	<input type="checkbox"/> 40. CONVULSÃO	<input type="checkbox"/> 43. COMA
<input type="checkbox"/> 30. LIVRE	<input type="checkbox"/> 33. AGÔNICA	<input type="checkbox"/> 37. SANGRAMENTO	<input type="checkbox"/> 41. AGITAÇÃO	<input type="checkbox"/> 44. SEM ALTERAÇÃO
	<input type="checkbox"/> 34. APNÉIA	<input type="checkbox"/> 38. PCR		<input type="checkbox"/> 45. QUEIMADURA
				<input type="checkbox"/> 46. DEFORMIDADES
				<input type="checkbox"/> 47. FRATURAS
				<input type="checkbox"/> 48. FERIMENTOS

SINAIS VITAIS	HORA	P. A.	F. C.	F. R.	Sat. O2 %	T. Axilar °C	HGT	Glasgow	ETR	ETP
INÍCIO										
FIM										

PROCEDIMENTOS EFETUADOS

<input type="checkbox"/> 49. ADM. OXIGÊNIO	<input type="checkbox"/> 54. RCP	<input type="checkbox"/> 59. INTRAÓSSEA	<input type="checkbox"/> 64. DEFIBRILAÇÃO	<input type="checkbox"/> 69. KED
<input type="checkbox"/> 50. GUEDEL	<input type="checkbox"/> 55. PUNÇÃO TORÁCICA	<input type="checkbox"/> 60. FLEBOTOMIA	<input type="checkbox"/> 65. OXIMETRIA	<input type="checkbox"/> 70. PRANCHA LONGA
<input type="checkbox"/> 51. ASPIRAÇÃO	<input type="checkbox"/> 56. DRENAGEM TORÁCICA	<input type="checkbox"/> 61. PUNÇÃO PERICÁRDICA	<input type="checkbox"/> 66. COLAR CERVICAL	<input type="checkbox"/> 71. _____
<input type="checkbox"/> 52. INTUBAÇÃO (OT. NT.)	<input type="checkbox"/> 57. VEIA PERIFÉRICA	<input type="checkbox"/> 62. SONDA GÁSTRICA	<input type="checkbox"/> 67. IMOBILIZAÇÃO MEMBROS	<input type="checkbox"/> 72. _____
<input type="checkbox"/> 53. PUNÇÃO CRICO	<input type="checkbox"/> 58. INTRACATH	<input type="checkbox"/> 63. SONDA VESICAL	<input type="checkbox"/> 68. CURATIVO	<input type="checkbox"/> 73. _____

AVLIAÇÃO MONITOR ECG: _____

REPOSIÇÃO VOLÊMICA / MEDICAMENTOS: _____

TRANSP. TIPO ORIGEM DESTINO CONTATO NO DESTINO

74. SIMPLES 75. MEDICALIZADO

REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO REGISTRE HOSPITAL, UNIDADE E LEITO

INCIDENTE 76. CANCELADO 77. FALSO 78. ÓBITO 79. RECUSOU ATENDIMENTO 80. RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO 81. NÃO ESTÁ MAIS NO LOCAL 82. OUTROS _____

OBSERVAÇÕES

Equipe Médico / CRM Enfermagem / COREN Condutor



PROGRAMA DE PRÉ-NATAL

CARTEIRA DA GESTANTE

Unidade de Saúde: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Referência Hospitalar: _____

AGENDAMENTO

DATA	MÉDICO

SINAIS DE ALERTA

- * PERDA DE SANGUE OU LÍQUIDO PELA VAGINA;
- * INCHAÇO DO ROSTO OU DE TODO O CORPO;
- * DOR DE CABEÇA OU MANCHAS NA VISÃO, PROCURAR IMEDIATAMENTE AMATERNIDADE;
- * FEBRE OU CALAFRIOS;
- * SINAIS DE COMEÇO DO PARTO, QUALQUER QUE SEJA O TEMPO DA GRAVIDEZ;
- * FALTA DE MOVIMENTAÇÃO DO SEU BEBÊ POR MAIS DE 12 HORAS.

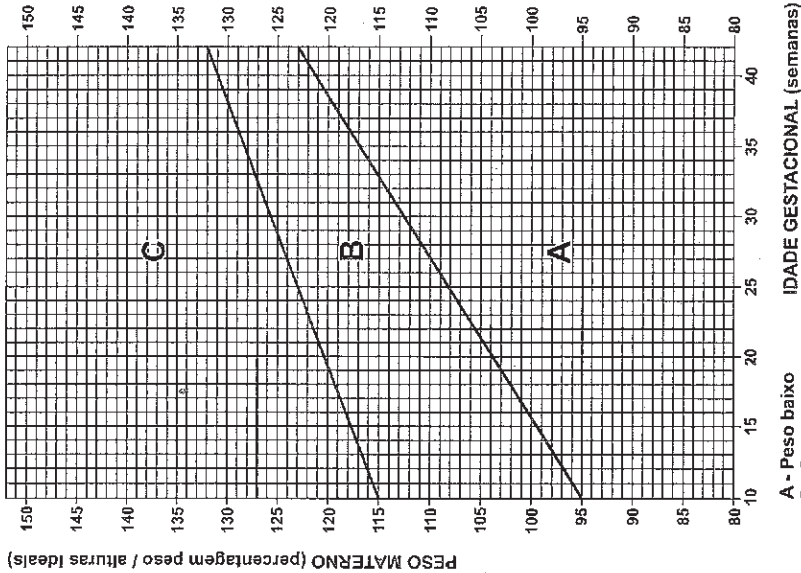
SINAIS DE COMEÇO DO TRABALHO DE PARTO:

- * ENDURECIMENTO DA BARRIGA, CADA VEZ MAIS FREQUENTE E MAIS FORTE, COM OU SEM PERDA DE MUCO (TIPO "CLARA DE OVO") PELA VAGINA;
- * TRABALHO DE PARTO ATIVO GERALMENTE COM 3 CONTRAÇÕES EM CADA 10 MINUTOS;
- * ROMPIMENTO DA BOLSA DAS ÁGUAS (PERDA DE LÍQUIDO).

DEPOIS DO PARTO:

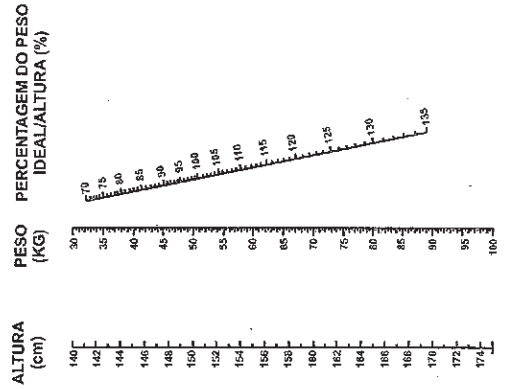
- * RETORNE EM ATÉ 30 DIAS PARA A REVISÃO;
- * CONVERSE COM SEU MÉDICO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS NO PÓS-PARTO;
- * AMAMENTAÇÃO: O LEITE MATERNO É O MELHOR E MAIS COMPLETO ALIMENTO PARA SEU FILHO;
- * O BEBÊ DEVE COMEÇAR A MAMAR IMEDIATAMENTE APÓS O NASCIMENTO. PRATICAMENTE TODAS AS MÃES PODEM AMAMENTAR SEUS BEBÊS;
- * O ALEITAMENTO MATERNO ESTIMULA MAIOR PRODUÇÃO DE LEITE E AJUDA A PROTEGER O BEBÊ CONTRA DOENÇAS PERIGOSAS.

- * A GESTANTE NÃO DEVE FUMAR, TOMAR BEBIDAS ALCOÓLICAS OU USAR DROGAS, POIS O BEBÊ PODE SER PREJUDICADO.



A - Peso baixo
B - Peso normal
C - Sobrepeso

NOMOGRAMA



PESO INÍCIO GESTAÇÃO: _____



Item 4
Prefeitura Municipal de Santo Antônio da Patrulha

Secretaria Municipal de Saúde

Comprovante

Comprovo para devidos fins, que o Sr, Sr^a.

Paciente: _____

compareceu a _____
no dia ____/____/____ às _____ horas nesta Unidade
de Saúde.

Santo Antônio da Patrulha, ____/____/____

Carimbo e Assinatura



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DA PATRULHA

DESLOCAMENTO DE VEÍCULO E MOTORISTA

(Art. 5º da Lei 3.012/95)

Solicitante: SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Destino: _____

Objetivo do Serviço: _____

Saída: Data: _____ Horário: _____

Retorno: Data: _____ Horário: _____

Visto do Depto. de Veículos Data: ____/____/____

Assinatura

Motorista: _____

Veículo: _____ Placas: _____

Certifico que o motorista acima designado efetuou o deslocamento solicitado na data e horário indicados fazendo jus à diária nos termos da Lei.

Data: ____/____/____

Assinatura do Secretário Responsável pela Solicitação

Item 6



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DA PATRULHA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E CONTRA - REFERÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Fone: _____

Nome do Paciente: _____

Endereço: _____

Filiação: _____

INFORMAÇÕES PARA A REFERÊNCIA
Investigação / Diagnósticos:

Indicação de referência (objetivos separados)

Endereço: _____

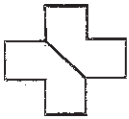
INFORMAÇÕES DE CONTRA - REFERÊNCIA

MULTHIGRAF

Médico responsável pela referência - CRM

Médico responsável pela contra referência - CRM

Item 7



SIA/SUS-RS
SISTEMA DE INFORMAÇÕES
AMBULATORIAIS
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

4 - Motivo do atendimento

1-Unidade Prestadora de Atendimento CNES: _____ Nome da Unidade: _____ Endereço: _____ Município: Santo Antônio da Patrulha UF: RS		5-CBO Código Brasileiro de Ocupações	6-Código da Tabela de Procedimentos SIA/SUS	7-Tratamento / Descrição dos Procedimentos	8-Assinatura e Carimbo do Profissional
2-Identificação do Paciente Nome: _____ CNS: _____ Raça/Cor: _____ Sexo: _____ Data de nasc.: ____/____/____ Idade: _____ Endereço: _____ Município: _____ UF: RS					
3-Data do Atendimento ____/____/____	9-Hora do Atendimento _____	10-Caráter do Atendimento [] [] []	11-Diagnóstico 12-CID 13-Assinatura do Paciente ou Responsável		14-Polegar Direito

INDICAÇÃO CLÍNICA

5. Mamografia diagnóstica Mama Esquerda Mama Direita Ambas

5a. Achados no exame clínico

Mama Direita

Lesão papilar Descarga papilar Cristalina
 Hemorrágica

Nódulo:
Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Espessamento:
Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Linfonodo Palpável Axilar Supraclavicular

Mama Esquerda

Lesão papilar Descarga papilar Cristalina
 Hemorrágica

Nódulo:
Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Espessamento:
Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Linfonodo Palpável Axilar Supraclavicular

5b. Controle radiológico categoria 3

Mama Direita

nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal

Mama Esquerda

5c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama Direita

nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 * área densa
 distorção focal

Mama Esquerda

5d. Avaliação da resposta de QT neo-adjuvante

6. Mamografia de rastreamento

Data de Solicitação

____/____/____

Examinador

Número do Exame

Número a ser preenchido pelo Serviço de Mamografia.

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

5. Mamografia Diagnóstica

5a. Achados no exame clínico

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

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

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

5c. Lesão com diagnóstico de câncer

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

5d. Avaliação de resposta à quimioterapia neo-adjuvante

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

6. Mamografia de Rastreamento

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

Localização:

QSL - Quadrante superior lateral
QIL - Quadrante inferior lateral
QSM - Quadrante superior medial
QIM - Quadrante inferior medial
UQlat - União dos quadrantes laterais
UQsup - União dos quadrantes superiores

UQint - União dos quadrantes internos
UQmed - União dos quadrantes mediais
RRA - Região retroareolar
RC - Região central (união de todos os quadrantes)
PA - Prolongamento axilar
NR - Não realizado

Item 9



Prefeitura Municipal de Santo Antônio da Patrulha - Secretaria Municipal de Saúde
Posto de Saúde Central

FORMULÁRIO MÉDICO - PERÍCIA MÉDICA TL

Nome Completo: _____ Tipo de Perícia: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Cargo: _____

Tempo Profissional: _____ Último dia de trabalho: _____ Estado Civil: _____

DADOS INFORMADOS OU TRAZIDOS PELO PACIENTE

O que o impede de trabalhar?

Apresenta atestado do seu médico? _____ Com qual doença? (CID): _____

Faz uso de qual medicação?

Exames anexados:

DADOS DO EXAME FÍSICO E MENTAL

Estado Geral: _____ Pressão Arterial: _____ Peso: _____ Estatura: _____ IMC: _____

Exame Físico Geral:

Observação:

CONCLUSÕES

Conclusão:

Tempo do afastamento por causa da doença: _____ Necessita de nova avaliação? () Sim () Não

Observação:

Santo Antônio da Patrulha _____ / _____ / _____

Nome do médico examinador _____
Carimbo c/ CRM _____

Nome do médico examinador _____
Carimbo c/ CRM _____

Nome do médico examinador _____
Carimbo c/ CRM _____

Ciente do Servidor: _____
Data: _____ / _____ / _____



Prefeitura Municipal de Santo Antônio da Patrulha - Secretaria Municipal de Saúde
Posto de Saúde Central

FORMULÁRIO MÉDICO - PERÍCIA MÉDICA TL

Nome Completo: _____ Tipo de Perícia: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Cargo: _____

Tempo Profissional: _____ Último dia de trabalho: _____ Estado Civil: _____

DADOS INFORMADOS OU TRAZIDOS PELO PACIENTE

O que o impede de trabalhar?

Apresenta atestado do seu médico? _____ Com qual doença? (CID): _____

Faz uso de qual medicação?

Exames anexados:

DADOS DO EXAME FÍSICO E MENTAL

Estado Geral: _____ Pressão Arterial: _____ Peso: _____ Estatura: _____ IMC: _____

Exame Físico Geral:

Observação:

CONCLUSÕES

Conclusão:

Tempo do afastamento por causa da doença: _____ Necessita de nova avaliação? () Sim () Não

Observação:

Santo Antônio da Patrulha _____ / _____ / _____

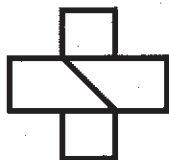
Nome do médico examinador
Carimbo c/ CRM

Nome do médico examinador
Carimbo c/ CRM

Nome do médico examinador
Carimbo c/ CRM

Ciente do Servidor: _____

Data: _____ / _____ / _____



**SISTEMA
SUS ÚNICO DE
SAÚDE**

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
MUNICÍPIO: SANTO ANTÔNIO DA PATRULHA

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAME DE ALTO CUSTO

DADOS DO SERVIÇO/UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE

IDENTIFICAÇÃO: SUS (Público) CONTRATADA CONVENIADA

NOME DA UNIDADE SOLICITANTE:

CÓDIGO SIA/SUS: **11830-3**

MUNICÍPIO: **SANTO ANTÔNIO DA PATRULHA**

CEP: **95.500-000**

FONE: **(51) 3662.7555**

DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE

NOME: (por extenso)

Assinatura
e Carimbo:

ESPECIALIDADE:

NÚMERO DO C.R.M.

CIC / CPF:

DADOS DO PACIENTE

NOME (completo em letra de forma):

CIC / CPF DO PACIENTE (obrigatório):

DATA NASCIMENTO: ____/____/____

IDADE:

SEXO: () Masculino () Feminino

ENDEREÇO:

Nº

BAIRRO:

ESTADO: RS

CEP:

Telefone: ()

MUNICÍPIO (preenchimento obrigatório): **SANTO ANTÔNIO DA PATRULHA**

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS CLÍNICOS:

CID - 10:

(Preenchimento
obrigatório)

CÓD. PROCEDIMENTO:

EXAMES

COMPLEMENTARES
REALIZADOS

(anexar os resultados que auxiliem
na realização e interpretação do exame):

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

EXAME SOLICITADO:

AUTORIZAÇÃO

SITUAÇÃO: AUTORIZADO

NÃO AUTORIZADO

DATA ____/____/____

NOME DO MÉDICO
RESPONSÁVEL:

Assinatura
e Carimbo:

CIC / CPF:

EXAME AUTORIZADO:

CÓDIGO: SIA/SUS:

Este laudo de alto custo deve ser preenchido, obrigatoriamente em duas vias, com dados completos, especialmente CIC / CPF do paciente e do médico solicitante.
Laudos incompletos não serão autorizados.



Prefeitura Municipal de Santo Antônio da Patrulha
Secretaria Municipal da Saúde
"Juntos promovendo qualidade de vida"

1. N° de Registro

/

2. Nome: _____ 3. Sexo: _____

4. Endereço: _____ 5. Procedência: _____

6. Data de Nascimento: ____/____/____ 7. Lugar de Nascimento: _____

8. Estado Civil: _____ 9. Profissão: _____

10. Nome do Pai: _____ 11. Profissão do Pai: _____

12. Nome da Mãe: _____ 13. Profissão da Mãe: _____

14. Imunização: _____

DATA	15. CONSULTAS - VISITAS - EXAMES DE LABORATÓRIO - PRESCRIÇÕES	ASSINAT.

Item 12

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

RS	_____ DRS
	MUNICÍPIO _____
	Nº _____

B

Identificação do Emitente

Prefeitura Mun. de Sto. Ant. da Patrulha
 Secretaria Municipal da Saúde
 CNPJ: 88.814.199/0001-32
 Rua Antônio Nunes Benfica, 15
 95.500-000 - Santo Antônio da Patrulha - RS

Medicamento ou Substância

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

Carimbo do Fornecedor

Nome do Vendedor

Data

_____ de _____ de _____

Assinatura do Emitente

Paciente - Nome _____

Endereço _____

18020442

Identificação do Comprador

Nome _____

Endereço _____

Telefone _____

Identidade Nº _____ Órgão Emissor _____

Item 13

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

RS	18ª CRS
	MUNICÍPIO: Santo Antônio da Patrulha
	18105687

B2

Identificação do Emitente

Prefeitura Mun. de Sto. Ant. da Patrulha
 Secretaria Municipal da Saúde
 CNPJ: 88.814.199/0001-32
 Rua Antônio Nunes Benfica, 15
 95.500-000 - Santo Antônio da Patrulha - RS

Medicamento ou Substância

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

Carimbo do Fornecedor

Nome do Vendedor

Data

_____ de _____ de _____

Assinatura do Emitente

Paciente - Nome _____

Endereço _____

Identificação do Comprador

Nome _____

Endereço _____

Telefone _____

Identidade Nº _____ Órgão Emissor _____

Item 14



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DA PATRULHA - RS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - CREMERS 07031

RUA ANTÔNIO NUNES BENFICA, 15 - CIDADE ALTA - FONE: (51) 3662.7555

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Nº 9050

1ª VIA - FARMÁCIA

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data:/...../.....

Ass. e Carimbo do Médico

IDENTIFICAÇÃO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO FORNECEDOR
Nome:	<p>.....</p> <p>Ass. Farmacêutico</p> <p>Data:/...../.....</p>
Ident.:	
Órg. Emissor:	
End.:	
Cidade: UF:	
Telefone:	



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DA PATRULHA - RS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - CREMERS 07031
RUA ANTÔNIO NUNES BENFICA, 15 - CIDADE ALTA - FONE: (51) 3662.7555

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Nº 9050

2ª VIA - PACIENTE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data: / /

Ass. e Carimbo do Médico

IDENTIFICAÇÃO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO FORNECEDOR
Nome:	
Ident.:	
Órg. Emissor:	
End.: Ass. Farmacêutico
Cidade: UF:	
Telefone:	Data: / /

Item 15



Prefeitura Municipal de Santo Antônio da Patrulha

Secretaria Municipal da Saúde

"Juntos promovendo qualidade de vida"

Nome: _____


Endereço: _____

Posto de Atendimento: _____

Assinatura e carimbo / CRM do Médico

- * Fumo e álcool prejudicam sua saúde.
- * O leite materno é o melhor alimento para o bebê.
- * Vacina é proteção e segurança. Vacine seus filhos.

Item 16

 Prefeitura Municipal de Santo Antônio da Patrulha Secretaria Municipal da Saúde "Juntos Promovendo Qualidade de Vida" REQUISICÃO / RESULTADOS DE EXAMES												Hospital		Prontuário nº							
										US											
Nome																					
Idade																					
Sexo			Cor			Peso			Altura			Enf.			Leito						
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A																		
Dados Clínicos																					
Material Examinar																					
Exames Solicitados																					
Data												/ /									
MULTIGRAF																				Carimbo e Assinatura do Médico	

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama

UF	CNES da Unidade de Saúde
Unidade de Saúde	
Município	Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS			
Nome Completo da Mulher			
Nome Completo da Mãe			
Identidade	Órgão Emissor	UF	CNPJ (CPF)
Data de Nascimento	Idade	Raça/cor	
		<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena	
Dados Residenciais			
Logradouro			
Número	Complemento	Bairro	UF
Código do Município	Município		
CEP	DDD	Telefone	
Ponto de Referência			
ESCOLARIDADE:	<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> 1º Grau Incompleto <input type="checkbox"/> 1º Grau Completo <input type="checkbox"/> 2º Grau Completo		

DADOS DA ANAMNESE

1. Fez o exame preventivo (Papanicolaú) alguma vez?

 Sim. Quando fez o último exame?

ano

 Não Não sabe2. Usa DIU? Sim Não Não sabe3. Está grávida? Sim Não Não sabe4. Usa pílula anticoncepcional?
 Sim Não Não sabe5. Usa hormônio/remédio para tratar a menopausa?
 Sim Não Não sabe

6. Já fez tratamento por radioterapia?

 Sim Não Não sabe

7. Data da última menstruação/regra:

/ / Não sabe/Não lembra8. Tem ou teve algum sangramento após relação sexual?
(não considerar a primeira relação sexual na vida) Sim
 Não/Não sabe/Não lembra9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?
(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal) Sim
 Não/Não sabe/Não lembra/Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

10. Inspeção do colo

 Normal
 Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)
 Alterado
 Colo não visualizado

11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?

 Sim
 Não

Data da coleta

/ /

Coletor

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ do Laboratório

Número do Exame

Nome do Laboratório

Recebido em

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AValiação PRÉ-ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR:

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

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:

- Escamoso
- Glandular
- Metaplásico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL

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

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE, NO MATERIAL EXAMINADO

ALTERAÇÕES CELULARES BENÍGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

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

MICROBIOLOGIA

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

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

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

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

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

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

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

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

Observações Gerais: _____

Data da Liberação

Responsável pelo resultado

CNPJ (CPF)

Item 19



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DA PATRULHA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SEMSA
SETOR DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

LICENÇA PARA FUNCIONAMENTO NÚMERO _____

ALVARÁ SANITÁRIO

RAZÃO SOCIAL:

ENDEREÇO:

ATIVIDADE:

VIA:	VALIDADE:
-------------	------------------

MANTENHA ESSE ALVARÁ EM LOCAL VISÍVEL

Santo Antônio da Patrulha, de de .

OBS:

Vigilância Sanitária

Item 20



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DA PATRULHA

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Secretaria Municipal da Saúde - SEMSA

Area: _____ Microarea: _____

Agente Comunitária: _____ Data: ____/____/____

Nome do entrevistado	Nº Família	Assinatura

Declaro ter visitado estes domicílios nesta data.

Assinatura do profissional

Item 11



FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

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

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*		CNES*										INE*		DATA:*									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Nº																								
TURNO*																								
MICROÁREA*																								
TIPO DE IMÓVEL*																								
Nº PRONTUÁRIO																								
<p>CNS do Cidadão (para visita periódica ou visita domiciliar para controle veicular, usar o CNS do responsável familiar)</p>																								
Data de nascimento**																								
Dia/mês																								
Ano																								
Sexo** (F) Feminino (M) Masculino																								
Visita compartilhada com outro profissional																								
Cadastro/Atualização																								
Visita periódica																								
Consulta																								
Exame																								
Vacina																								
Condições de Bolsa Família																								
Gestante																								
Puérpera																								
Recém-nascido																								
Criança																								
Pessoa com desnutrição																								
Motivo da visita*																								

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

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
 Microárea: usar FA para Fora de Área ou 00 a 99 para o número da microárea.
 Tipo de imóvel: 01 Domicílio, 02 comércio, 03 terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, barracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros
 Campo L: campo numérico
 * Campo obrigatório
 ** Campos obrigatórios para visitas ao cidadão ou a sua família

Item 23



MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

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

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

Nº CARTÃO SUS:

Nome do Cidadão:*

Data de Nascimento:*/ / Sexo: Feminino Masculino Local de Atendimento:*

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

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

* Campo Obrigatório

** Todas as questões do bloco devem ser respondidas

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

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

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA

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

BAIRRO*: _____ TIPO DE LOGRADOURO*: _____ NOME DO LOGRADOURO*: _____

NÚMERO*: SEM NÚMERO COMPLEMENTO: _____ PTO. REFERÊNCIA: _____ MICROÁREA*
 FA

TIPO DE IMÓVEL* _____

TELEFONES PARA CONTATO

TEL. RESIDÊNCIA: () _____ TEL. CONTATO: () _____

CONDIÇÕES DE MORADIA

SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*

Próprio Financiado Alugado Arrendado Cedido Ocupação Situação de Rua Outra

LOCALIZAÇÃO*

Urbana Rural

TIPO DE DOMICÍLIO

Casa Apartamento Cômodo Outro

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

Proprietário Parceiro(a)/Meeiro(a) Assentado(a) Posseiro Arrendatário(a)
 Comodatário(a) Beneficiário(a) do Banco da Terra Não se aplica

Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO

Pavimento Chão Batido Fluvial Outro

MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO

Alvenaria/Tijolo:	Taipa:	Outros:
<input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento	<input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento	<input type="radio"/> Madeira Aparelhada <input type="radio"/> Palha <input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material

Disponibilidade de Energia Elétrica? Sim Não

ABASTECIMENTO DE ÁGUA

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

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO

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

ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO

Filtrada Fervida Clorada Mineral
 Sem Tratamento

DESTINO DO LIXO

Coletado Queimado/Enterrado Céu Aberto Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?

Sim Não

QUAL(IS)?

Gato Cachorro Pássaro Outros

Quantos: _____

FAMÍLIAS						
Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
_____	_____	____/____/____	¼ ½ 1 2 3 4 +	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	____/____/____	¼ ½ 1 2 3 4 +	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	____/____/____	¼ ½ 1 2 3 4 +	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	____/____/____	¼ ½ 1 2 3 4 +	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/>

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

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

Assinatura

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

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

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

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

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

* Campo obrigatório

** Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

