



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



Licitação nº 081/2019 Modalidade de Pregão Presencial nº 022/2019

PREÂMBULO

O Município de RIO PRETO torna público que se fará realizar licitação para contratar interessados em fornecer o objeto previsto no ANEXO X.

O certame está instaurado na modalidade de PREGÃO Presencial para AQUISIÇÕES DE MATERIAL DE GRÁFICO PARA ATENDER AS NECESSIDADES DAS SECRETARIAS DO MUNICÍPIO de acordo com a descrição contida no ANEXO X deste edital, com o julgamento tipo MENOR PREÇO POR ITEM pelo SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇO.

Tanto a licitação quanto a execução do objeto serão regidos pela lei federal nº8666/93, republicada no Diário Oficial da União de 06/07/94 com as modificações determinadas pelas Leis nº 8883/94 e nº 9032/95, nº 9648/98, nº 9854/99 e posteriores, principalmente pela lei federal nº10520/2002.

Entrega dos Envelopes

Os envelopes serão recebidos durante o expediente normal da entidade, até a data e hora definidas para a abertura da documentação, no seguinte local:

Pregoeiro e Equipe de Apoio

Município de RIO PRETO
Rua Getúlio Vargas, nº 27
Bairro Centro

Abertura da Documentação

A documentação dos licitantes será aberta em sessão pública, no local acima identificado, na seguinte data e horário.

Data: 12/09/2019

Horário: 09:00



EDITAL

O certame será regulado pelas seguintes cláusulas e condições:

1 - DO OBJETO DA LICITAÇÃO

1.1 – O objeto desta licitação com suas características e particularidades encontra-se definido e especificado no ANEXO X, devendo os interessados se encontrar inscritos em todos os órgãos exigidos pela legislação para seu funcionamento, inclusive no que refere às normas de segurança.

2 - DAS DEFINIÇÕES

Adotam-se neste instrumento e em toda a documentação a ele associada as seguintes definições:

2.1 – MUNICÍPIO: pessoa jurídica que promove a presente licitação.

2.2 – PROPONENTE, INTERESSADOS, LICITANTE OU CONCORRENTE: pessoa física ou jurídica de direito público ou privado que venha a apresentar documentação de habilitação e proposta na presente licitação.

2.3 – COMISSÃO DE LICITAÇÃO/LEILOEIRO/PREGOEIRO: grupo de servidores ou servidor do município designado para receber, analisar documentos de habilitação e julgar as propostas ou lances apresentados nesta licitação.

2.4 – CONTRATANTE: município signatário do instrumento contratual para execução do objeto.

2.5 – CONTRATADO: pessoa física ou jurídica que executará o objeto licitado e será signatária do contrato com a Administração.

2.6 – ADMINISTRAÇÃO: todos os órgãos, entidades ou unidades do município.

2.7 – FISCALIZAÇÃO: representante da Administração especialmente designado ou contratado para acompanhar e fiscalizar a execução do instrumento contratual.

3 - DAS OBRIGAÇÕES ADICIONAIS DO CONTRATADO

3.1 – Além de se responsabilizar pela conclusão do objeto nos exatos termos previstos e estipulados no ANEXO X, o CONTRATADO se obriga, ainda, a comunicar à CONTRATANTE, qualquer ocorrência anormal verificada na conclusão do objeto desta licitação.

3.2 - Obriga-se também a fornecer o objeto licitado a partir dos 2 dias subsequentes à data em que for convocado a fornecer o objeto ou da assinatura do instrumento contratual, que será assinado em prazo não superior a 5 dias da data em que o licitante for convocado para tanto.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



3.2.1 – A entrega dos produtos será no máximo de até 05 (cinco) dias após o recebimento da AF (autorização de fornecimento) emitida e assinada pelo setor de compras da administração, independente das quantidades solicitada. Caso o fornecimento não ocorra conforme previsto, se não houver a concordância do solicitante sobre o atraso por escrito, será automaticamente extinto o contrato e realizado os procedimentos legais cabíveis.

3.3 – O CONTRATADO é o único responsável por todas as obrigações fiscais, parafiscais, trabalhistas e previdenciárias referentes à sua personalidade jurídica, inclusive as relações empregatícias, se houver, com os profissionais e demais pessoas que utilizar na execução do objeto contratado.

3.4 – Em face da supramencionada responsabilidade inexistirá qualquer vínculo empregatício ou de qualquer outra natureza entre o CONTRATANTE e os prepostos, os auxiliares, os profissionais ou os sócios da CONTRATADA.

3.5 – A CONTRATADA, quando solicitada pelo CONTRATANTE, promoverá o afastamento e conseqüente substituição de funcionários que apresentarem baixa produtividade, forem descorteses com a FISCALIZAÇÃO ou não realizarem o objeto de forma satisfatória.

3.6 – Sendo relevante o motivo do afastamento, a critério do CONTRATANTE, o afastamento será imediato.
do afastamento, a critério do CONTRATANTE, o afastamento será imediato.

4 - DA FISCALIZAÇÃO DO OBJETO DA LICITAÇÃO

4.1 – O objeto licitado será fiscalizado por servidor expressamente designado pelo MUNICÍPIO, que, entre outras atribuições, atestará a realização do objeto em conformidade com o previsto neste instrumento.

4.2 – A FISCALIZAÇÃO fica impedida de atestar a realização do objeto fora das especificações técnicas estabelecidas no ANEXO X, sem prejuízo das exigências estabelecidas pelos órgãos oficiais que fiscalizam o segmento.

4.2.1 – O objeto realizado em desacordo com as especificações previstas no item anterior, não impede a ação fiscal posterior e retenção de pagamentos.

4.3 – A FISCALIZAÇÃO fica impedida de encaminhar para pagamento documentos de cobrança (duplicata, nota fiscal ou similar) que não atendam rigorosamente às condições previstas neste instrumento e na legislação, sendo certo que qualquer tolerância ou mesmo a inobservância do procedimento ora estabelecido não representará novação ou alteração do que ficou pactuado.

4.4 – Qualquer entendimento entre a FISCALIZAÇÃO e o CONTRATADO será sempre por escrito, não sendo levada em consideração, para nenhum efeito, qualquer alegação fundada em ordens ou declarações verbais.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



4.5 – A FISCALIZAÇÃO é exercida no interesse do MUNICÍPIO e não exclui ou reduz a responsabilidade exclusiva do CONTRATADO, inclusive perante terceiros, por quaisquer irregularidades, as quais, se verificadas, não implicarão em co-responsabilidade do MUNICÍPIO ou de seus prepostos.

5 - DO PRAZO

5.1 - O prazo para cumprimento do objeto licitado será de 12 (doze) meses, conforme estabelecido no ANEXO X e de acordo com as necessidades do MUNICÍPIO.

6 - CONDIÇÕES PARA PARTICIPAR

6.2 – Não poderão participar do presente certame empresas declaradas inidôneas de acordo com o inciso IV do art. 87 da Lei federal 8666/93 ou suspensas de participar de licitações ou contratar com esta Administração nos termos do inciso III do mesmo artigo.

6.3 – Não poderá participar da licitação:

- a) servidor ou dirigente do MUNICÍPIO ou os membros da COMISSÃO DA LICITAÇÃO.
- b) interessados que apresentarem documentos e propostas enviados via fax, telex e e-mail ou que apresentarem propostas alternativas.

7 - DA APRESENTAÇÃO DAS PROPOSTAS

7.1 – A proposta será apresentada em envelope lacrado em uma única via, preferencialmente datilografada ou digitada em linguagem clara, sem rasuras, emendas, entrelinhas ou ressalvas, datada e assinada, com todas as suas páginas rubricadas, contendo o preço em modelo semelhante ao contido no ANEXO III, bem como os ANEXOS III, V e IX preenchidos e entregues fora do envelope, para identificação do representante ou participante, bem como para se apurar a ausência de fato impeditivo da habilitação posterior.

7.2 – Os preços deverão ser apresentados em moeda corrente nacional com até 2 (duas) casas decimais.

7.3 - O prazo de validade da proposta será de 60 (sessenta) dias, sendo desclassificadas as propostas que apresentem validade inferior.

7.4 - A proposta deverá ser apresentada em envelope lacrado com o título:

RAZÃO SOCIAL DO LICITANTE
LICITAÇÃO N° 081/2019
MODALIDADE DE PREGÃO PRESENCIAL n° 022/2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



PROPOSTA

8 - DOS CRITÉRIOS DO JULGAMENTO

8.1 - A licitação é do tipo Menor Preço por Item pelo Sistema de Registro de Preços.

8.2 – Não serão levadas em consideração quaisquer ofertas ou vantagens não previstas neste instrumento.

8.3 – A Comissão examinará as propostas apresentadas desclassificando as que:

- a) deixarem de apresentar todos os documentos solicitados;
- b) oferecerem objetos com especificações em desacordo com o ANEXO X;
- c) oferecerem condições de pagamento de forma diferente do previsto no instrumento convocatório;
- d) condicionarem sua oferta, preços ou quaisquer outras condições a fatores não previstos neste edital ou em relação a outras propostas;
- e) refiram-se simplesmente a reduções sobre outras ofertas apresentadas;
- f) contenham divergência de números, dados ou valores;
- g) contenham ressalvas, rasuras, emendas ou entrelinhas;
- h) forem ilegíveis;
- i) contenham limitações, omissões, alterações, adições ou correções;
- j) forem apresentadas sem assinatura do interessado ou de seu representante legal;
- k) estiverem preenchidas a lápis; e
- l) tenham validade inferior a 60 (sessenta) dias.

8.4 – Cada licitante poderá participar com uma única proposta. Caso um licitante apresente mais de uma proposta, todas elas serão desclassificadas independentemente dos preços ofertados.

8.5 – Simples omissões ou irregularidades irrelevantes ou facilmente sanáveis, a exclusivo critério do PREGOEIRO, poderão ser relevadas.

9 - DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO

9.1 Para se habilitarem na licitação, os interessados deverão apresentar os seguintes documentos:



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



9.1.1 – JURÍDICA

- Registro Comercial, no caso de empresa individual,
- Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores,
- Xerox da Cédula de Identidade do(s) Sócio(s),
- Xerox do CPF do(s) Sócio(s),

9.1.2 – FISCAL

- CNPJ para pessoas jurídicas
- Prova de regularidade com a Fazenda Municipal
- Prova de regularidade com a Fazenda Estadual
- Prova de regularidade com a Fazenda Federal
- Prova de regularidade com o FGTS
- Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho

9.1.3 - QUALIFICAÇÃO ECONÔMICA – FINANCEIRA

- Certidão negativa de falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial, expedida no domicílio da pessoa física (esta certidão se não trouxer em seu corpo, data de validade, entende-se, que sua validade será até sessenta (60) dias da data de sua expedição).

9.2 – As empresas que não conseguirem a emissão da Certidão Negativa de Débitos (CND) durante o período de greve dos servidores previdenciários, poderão apresentar os documentos abaixo:

- Os 6 (seis) últimos comprovantes de recolhimento do INSS (GPS)
- Última GFIP (Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia e Informações a Previdência Social).
- Declaração do Sócio-Proprietário ou Titular, juntamente com o Contador da empresa, informando a regularidade junto ao INSS, sob as penalidades da Lei.

9.3 – Junto com os documentos deverá ser apresentada declaração feita pelo representante legal da interessada informando o endereço eletrônico (e-mail) para remessa de dados relativos às decisões emitidas pela comissão e informações.

9.4 – Os licitantes deverão apresentar os documentos acima em cópia autenticada na forma da lei ou cópia mais original para avaliação feita pela Comissão de Licitação.

9.5 – Os licitantes poderão deixar de apresentar os documentos de habilitação que já constem do Sistema de Cadastramento de Fornecedores do Município, assegurado aos demais licitantes o direito de acesso aos dados nele constantes.



9.6 – A documentação referida nos itens anteriores deverá ser apresentada em envelope lacrado com o título:

RAZÃO SOCIAL DO LICITANTE
LICITAÇÃO Nº 081/2019
MODALIDADE DE PREGÃO PRESENCIAL nº 022/2019
DOCUMENTAÇÃO

9.7 – O envelope DOCUMENTAÇÃO deverá ser entregue ao PREGOEIRO fechado, de modo que esteja assegurada sua inviolabilidade.

9.8 – A DOCUMENTAÇÃO deverá ser apresentada em uma única via, sendo que a falta de qualquer documento ou a sua apresentação com prazo validade vencido, exceto nas exceções previstas na lei complementar nº123/2006, ensejará a inabilitação da empresa para continuar no processo.

10 - DA ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO

10.1 – Será inabilitado o licitante que:

- a) Deixar de apresentar qualquer um dos documentos relacionados, principalmente o endereço eletrônico para remessa de decisões e informações (ver Anexo IV);
- b) Apresentar documentos com validade vencida;
- c) Apresentar apenas o protocolo do pedido do documento nos respectivos órgãos ou repartições, em substituição ao documento solicitado neste instrumento;
- d) Apresentar documentos de comarca ou jurisdição diferente de sua sede ou domicílio;
- e) Possuir objeto social que não autorize a execução do objeto licitado;
- f) Apresentar documento copiado por fax.

11 - DA SOLICITAÇÃO DE ESCLARECIMENTOS

11.1 – As dúvidas quanto à interpretação dos termos utilizados nos documentos que integram este instrumento, bem como qualquer incorreção ou discrepância encontrada nos mesmos, deverão ser apresentadas ao MUNICÍPIO até cinco dias úteis antes da data de recebimento dos envelopes com os documentos de habilitação e proposta de preços. Para isso, os interessados deverão dirigir-se ao PREGOEIRO no endereço citado no preâmbulo deste instrumento, nos dias úteis.

11.2 – Se for de interesse do licitante que a reposta seja por escrito, a consulta também deverá ser feita por escrito e protocolizada na sede do MUNICÍPIO, não se admitindo consultas via fax ou e-mails.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



11.3 – O MUNICÍPIO não aceitará reclamação a qualquer pretexto se as dúvidas não forem formuladas dentro do prazo e condições aqui expostas.

11.4 – A solicitação de esclarecimentos não será considerada como motivo para prorrogação da data da entrega dos documentos de habilitação e proposta de preços.

11.5 – A entrega da documentação e proposta será considerada como evidência de que o licitante:

a) tomou conhecimento de todas as condições para realização e cumprimento das obrigações estipuladas no presente instrumento;

b) examinou completamente todos os elementos entregues pelo MUNICÍPIO, que os comparou entre si e que obteve do MUNICÍPIO todas as informações e esclarecimentos necessários sobre qualquer ponto que considerou duvidoso, antes de preparar sua proposta.

12 - DA QUALIFICAÇÃO PARA REPRESENTAR OS LICITANTES

12.1 – A entrega dos envelopes com a documentação e proposta poderá ser efetuada por uma das seguintes formas:

a) pelo representante legal do licitante;

b) por procurador munido do respectivo mandado ou credenciado na forma do ANEXO III;

c) por mensageiro;

d) por correio através de correspondência registrada.

12.2 – Se a entrega for efetuada pelo representante legal do licitante, assim considerado aquele que nos atos de constituição da empresa está qualificado como tal, este deverá apresentar ao PREGOEIRO, para exame, no ato da entrega, documentos de identidade.

12.3 – Sendo a entrega por procurador, deverá esse apresentar ao PREGOEIRO documento de identidade e a procuração que o credencie como representante do proponente.

12.4 – A representação do licitante junto ao PREGOEIRO e em todos os atos do processo licitatório somente poderá ser exercida pelo representante legal, especificado no documento de constituição da empresa, ou por procuradores, através de instrumento próprio.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



12.5 – Na hipótese prevista na alínea “c” do item 12.1, o portador da proposta poderá assistir à sessão pública, contudo, por faltar-lhe qualificação, não poderá se manifestar em nome do licitante.

12.6 – Falhas, irregularidades ou falta de documentação dos representantes dos licitantes não impedirão a participação desses no certame, no entanto, a pessoa inabilitada como representante, não poderá se manifestar ou praticar atos em nome do licitante durante a sessão, embora seja garantido o direito de assisti-la.

12.7 – Também não serão aceitas propostas enviadas por telex, fax-símile ou similares.

12.8 – O MUNICÍPIO não se responsabilizará por propostas encaminhadas de forma diversa do estabelecido neste Edital ou por seus extravios antes do seu recebimento, ainda que encaminhada por correio.

13 - DO RECEBIMENTO E ABERTURA DA DOCUMENTAÇÃO E PROPOSTA

13.1 – Em sessão pública, na data e hora estabelecidas no preâmbulo deste Edital, o PREGOEIRO receberá os envelopes com a proposta e a documentação dos licitantes, bem como declaração referida no ANEXO VIII deste edital.

13.2 – Aberta a sessão, os interessados ou seus representantes, apresentarão declaração dando ciência de que cumprem plenamente os requisitos de habilitação conforme parâmetro contido no ANEXO VIII e entregarão os envelopes contendo a indicação do objeto e do preço oferecidos, procedendo-se à sua imediata abertura e à verificação da conformidade das propostas com os requisitos estabelecidos no instrumento convocatório.

13.3 – No curso da sessão, o autor da oferta de valor mais baixo e os das ofertas com preços até 10% (dez por cento) superiores àquela poderão fazer novos lances verbais e sucessivos, até a proclamação do vencedor.

13.4 – Não havendo pelo menos 3 (três) ofertas nas condições definidas no inciso anterior, poderão os autores das melhores propostas, até o máximo de 3 (três), oferecer novos lances verbais e sucessivos, quaisquer que sejam os preços oferecidos.

13.5 – Para julgamento e classificação das propostas, será adotado o critério de menor preço, observados os prazos máximos para fornecimento, as especificações técnicas e parâmetros mínimos de desempenho e qualidade definidos no edital;

13.6 – Examinada a proposta classificada em primeiro lugar, quanto ao objeto e valor, caberá ao pregoeiro decidir motivadamente a respeito da sua aceitabilidade.

13.7 – Encerrada a etapa competitiva e ordenadas as ofertas, o pregoeiro procederá à abertura do invólucro contendo os documentos de habilitação do licitante que



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



apresentou a melhor proposta, para verificação do atendimento das condições fixadas no edital.

13.8 – Se a oferta não for aceitável ou se o licitante desatender às exigências habilitatórias, o pregoeiro examinará as ofertas subsequentes e a qualificação dos licitantes, na ordem de classificação, e assim sucessivamente, até a apuração de uma que atenda ao edital, sendo o respectivo licitante declarado vencedor.

13.9 – Nas situações previstas nos itens 13.6 e 13.8, o pregoeiro poderá negociar diretamente com o proponente para que seja obtido preço melhor.

13.10 - A ata assinada vinculará os interessados ao fornecimento do objeto pelo prazo de validade da licitação que será de: 12 meses

13.11 - Adere ao conteúdo da ata o participante vencedor que se limitar a encaminhar sua proposta sem preposto com poderes para representá-lo na sessão de julgamento, ocasião em que a decisão o obrigará ao fornecimento do objeto pelo prazo de validade da licitação.

13.12 - Não será permitido o uso de aparelhos celulares e equipamentos eletrônicos durante o certame.

14 - DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS

14.1 – Os recursos administrativos obedecerão ao estabelecido no art. 109 da lei federal nº 8666/1993, devidamente fundamentados.

14.2 – Declarado o vencedor, qualquer licitante poderá manifestar imediata e motivadamente a intenção de recorrer, quando lhe será concedido o prazo de 3 (três) dias para apresentação das razões do recurso, ficando os demais licitantes desde logo intimados para apresentar contra-razões em igual número de dias, que começarão a correr do término do prazo do recorrente, sendo-lhes assegurada vista imediata dos autos.

14.3 – O acolhimento de recurso importará a invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento.

14.4 – A falta de manifestação imediata e motivada do licitante importará a decadência do direito de recurso e a adjudicação do objeto da licitação pelo pregoeiro ao vencedor.

14.5 – Decididos os recursos, a autoridade competente fará a adjudicação do objeto da licitação ao licitante vencedor;

14.6 – Encerrada a licitação, o Pregoeiro e os concorrentes presentes assinarão a respectiva ata da sessão.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



14.7 – Os recursos serão dirigidos ao Prefeito Municipal, encaminhados através do Pregoeiro conforme estabelece o §4º do art. 109 da Lei 8666/1993.

14.8 – O não comparecimento do licitante ou de seu representante, nas seções de abertura de envelopes, implicará na presunção de renúncia tácita ao direito de interpor recurso.

15 - DA ASSINATURA DO INSTRUMENTO CONTRATUAL

15.1 – O adjudicatário firmará com o MUNICÍPIO instrumento contratual conforme modelo do ANEXO I em prazo não superior a 5 dias da data em que for convocado para tanto, prevalecendo sempre os preços estipulados em sua proposta na ocasião em que subscreveu a ata.

15.1.1 – O adjudicatário decairá do direito de contratar se não comparecer para assinar o contrato no prazo acima, sem prejuízo da aplicação de multa de 1% sobre o valor de sua proposta, sendo convocado o licitante subsequente, analisando sua oferta e qualificação e assim sucessivamente, até a apuração de uma que atenda ao edital, sendo o respectivo licitante declarado vencedor.

15.1.2 – O contratado obriga-se a fornecer o objeto licitado a partir dos 2 dias subsequentes à data em que for convocado a fornecer o objeto ou da assinatura do instrumento contratual.

15.1.3 – Se, por qualquer motivo, o adjudicatário deixar de assinar o contrato no prazo estipulado e o MUNICÍPIO autorizar a execução/fornecimento de seu objeto, presumir-se-á adesão tácita aos termos do contrato, vinculando o adjudicatário no limite de sua proposta, ocasião em que serão aditivamente consideradas, para fins de aferição da liquidação das despesas, a nota de empenho de despesa, a autorização de compra ou a ordem de execução de serviço, conforme o caso.

15.2 – Para assinar o instrumento contratual o adjudicatário deverá apresentar os documentos de identidade e CPF do seu representante legal, signatário do instrumento contratual.

15.3 – O CONTRATADO não poderá subcontratar, no todo ou em partes, os fornecimentos objetos desta licitação sem prévia e expressa autorização, por escrito, do CONTRATANTE.

16 - DOS PREÇOS

16.1 – Os preços serão aqueles cotados pelo adjudicatário em sua proposta e em seus lances, sendo considerado fixo e irrevogável.

16.2 – Ocorrendo qualquer uma das hipóteses previstas no art. 65, inciso II, “d” da lei federal nº8666/1993, o preço poderá ser revisto desde que a situação seja devidamente comprovada pelo CONTRATADO.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



17 - DOS PAGAMENTOS

17.1 – O preço contratado será pago de acordo com a execução do objeto previsto no ANEXO X, numa proporção direta ao percentual concluído ou fornecido.

17.2 – A critério exclusivo do MUNICÍPIO, o pagamento poderá ocorrer em até 30 dias a partir do aceite do documento fiscal pela administração, atendendo-se ao regime do Decreto Federal nº7507/2011, quando se tratar de recursos federais transferidos pela União ou se faça opção pela realização de movimentação de recursos por meio eletrônico, mediante crédito em conta corrente de titularidade dos fornecedores e prestadores de serviços devidamente identificados.

17.2.1 – O CONTRATADO deverá abrir nova conta corrente em banco indicado pelo MUNICÍPIO ou informar conta já existente nesse mesmo banco, onde serão efetuados os seus pagamentos.

17.3 – Na eventualidade de o CONTRATADO paralisar a execução do objeto previsto no ANEXO X, por qualquer motivo, também serão suspensos os pagamentos ainda não realizados.

18 - DA INDICAÇÃO DE RECURSO PARA AS DESPESAS

18.1 – As despesas com o objeto desta licitação serão suportadas pelas seguintes dotações orçamentárias nº:

02.02001.04.122.0004.208-339039 - MANUT. ATIVIDADES DA ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS / 100

02.03001.10.122.0004.213-339039 - MANUTENÇÃO DA GESTÃO DO SUS / 102

02.04001.12.122.0004.214-339039 - MANUT. DAS ATIVIDADES DA SECRETARIA DE EDUCAÇÃO / 101

02.07001.23.695.0011.252-339039 - DESENVOLVIMENTO DO TURISMO LOCAL / 100

02.10003.10.304.0013.270-339039 - MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE / 102

02.11001.08.244.0005.279-339039 - MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DO CRAS / PAIF / 129

19 - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

19.1 - Havendo descumprimento total ou parcial, assegurando-se direito de defesa, poderão ser aplicadas ao contratado as seguintes sanções:

19.1.1 - Advertência, para pequenos atrasos na execução do contrato, não podendo estes ser superior a 12 horas.

19.1.2 - Multa moratória de 5% (cinco por cento) do valor contratado, sem prejuízo da rescisão do contrato, por cada infração cometida (atraso ou entrega de produto distinto do especificado no objeto, não entrega do produto especificado no edital,



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



execução do serviço em desacordo com o objeto, execução da obra em desacordo com o objeto).

19.1.3 - Multa rescisória no valor de 1% (um por cento) do valor do contrato, cumulativamente nas hipóteses acima mencionadas.

19.1.4 - Suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, por prazo não superior a 2 (dois) anos, sem prejuízo da rescisão do contrato, por suspensão ou paralisação de serviço público ou de atividades nas repartições públicas em decorrência de atraso ou inadimplemento do contratado.

19.1.5 - Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, sem prejuízo da rescisão do contrato, por suspensão ou paralisação de serviço público essencial em decorrência de atraso ou inadimplemento do contratado.

PARÁGRAFO ÚNICO. Na forma do §2º do art.87 da lei federal nº8666/1993, as sanções acima podem ser aplicadas isolada ou cumulativamente, assegurando-se direito de defesa no prazo de 5 (cinco) dias úteis a contar da notificação do contratado.

19.2 – As multas, aplicadas após regular processo administrativo, serão limitadas ao valor do contrato e descontadas da garantia do respectivo pacto, permitindo a ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA suspender os pagamentos até a conclusão do processo.

19.3 – Na forma do §3º do art.86 da lei federal nº8666/1993, se as multas aplicadas forem em valor superior ao valor da garantia prestada ou não existir garantia, além da perda da garantia, responderá o contratado pela sua diferença ou integralidade, as quais serão descontadas dos pagamentos eventualmente devidos pela Administração ou ainda, quando for o caso, cobrada judicialmente.

20 - DAS DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES

20.1 – O MUNICÍPIO poderá suprimir ou acrescer em até 25% (vinte e cinco por cento) o valor inicial do contrato, de acordo com o § 1º do art.65 da lei federal nº8666/1993.

20.2 – Ao PREGOEIRO, além do recebimento e exame da documentação e das propostas, caberá a decisão sobre dúvidas e omissões, bem como o julgamento da DOCUMENTAÇÃO e PROPOSTA de cada licitante, obedecendo às disposições aqui estabelecidas.

20.3 – Esclarecemos que o preâmbulo, texto e anexos deste instrumento e demais informações fornecidas pelo MUNICÍPIO são complementares entre si, de modo que qualquer detalhe que se mencione em um local e se omita em outro é considerado especificado e válido.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



20.4 – Nos termos do art. 49 da lei federal nº8666/1993, esta licitação poderá ser revogada por interesse público ou anulada por ilegalidade, no todo ou em parte, por iniciativa do MUNICÍPIO ou mediante provocação de terceiros.

20.5 – O MUNICÍPIO poderá, ainda, adiar ou prorrogar prazos para recebimento das propostas, bem como aditar os termos do presente Edital, sem que caiba aos licitantes o direito a indenizações ou reembolso.

20.6 – O MUNICÍPIO poderá inabilitar qualquer licitante ou desclassificar suas propostas subordinadamente às condições deste instrumento.

20.7 – Em caso de rescisão contratual, são reconhecidos e resguardados os direitos do CONTRATANTE estabelecidos no art. 80 da lei federal nº8666/1993.

20.8 – É único e exclusivo competente para a solução de todo e qualquer litígio decorrente deste procedimento o foro da comarca da sede da administração.

20.09 – Integram este edital de Pregão Presencial:

ANEXO I – Minuta do Contrato/ATA

ANEXO II – Modelo de Proposta de Preços

ANEXO III – Credenciamento

ANEXO IV – Informações de e-mail(s)

ANEXO V – Declaração de Inteiro Teor

ANEXO VI – Declaração Empregador Pessoa Jurídica

ANEXO VII – Modelo de Declaração de Inexistência de Fato Impeditivo da Habilitação

ANEXO VIII – Declaração

ANEXO IX – Declaração de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte

ANEXO X – Termo de Referência/Modelos

Em RIO PRETO, 23 de agosto de 2019.

LUIZ RENATO DE MELO ABREU
PREGOEIRO

SAMYR DE MELO E LIMA
EQUIPE DE APOIO

LUANA APARECIDA DE PAIVA REIS PEREIRA
EQUIPE DE APOIO



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



ANEXO I

Licitação nº 081/2019
Modalidade de Pregão Presencial nº 022/2019

MINUTA DO CONTRATO nº _____

Contratante

Razão Social

Logradouro n° Bairro

Cidade UF CEP TEL

CNPJ Inscrição Estadual

Contratado

Razão Social

Logradouro n° Bairro

Cidade UF CEP TEL

CNPJ Inscrição Estadual

Pelo presente instrumento, devidamente autorizado no processo administrativo referente à licitação nº 081/2019, instaurada sob a modalidade de licitação de Pregão nº 022/2019, regido pela lei federal nº 8666/1993, o CONTRATANTE autoriza o CONTRATADO a fornecer os produtos abaixo relacionados, de acordo com as condições estabelecidas no edital e em sua proposta, documentos estes que integram este contrato como se nele estivessem fielmente transcritos.

Objeto

Constitui objeto do presente CONTRATO o fornecimento pelo CONTRATADO dos produtos abaixo relacionados pelos preços especificados:

Especificação do Material, Obras e/ou Serviços

Nº Item	Quantidade	Unidade	Especificação	Marca	Valor Unitário	Valor Total
1						
2						

Documentos em Anexo

Integram o presente instrumento, como se nele estivessem fielmente transcritos, a proposta da CONTRATADA, bem como o Edital referente à licitação.

Valor

Dá-se ao presente instrumento o valor de R\$ _____, _____

Forma de Pagamento

Os pagamentos serão efetuados mensalmente, de acordo com a execução do objeto previsto no ANEXO X, numa proporção direta ao percentual concluído. Após a apresentação do documento de cobrança pelo CONTRATADO, a critério do



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



MUNICÍPIO, o pagamento poderá ocorrer em até 30 dias a partir do aceite da documentação fiscal pela administração.

Na eventualidade de o CONTRATADO paralisar a execução do objeto previsto no ANEXO X, por qualquer motivo, também serão suspensos os pagamentos ainda não realizados.

Dotação Orçamentária

As despesas com o objeto desta licitação serão suportadas pelas seguintes dotações orçamentárias nº:

02.02001.04.122.0004.208-339039 - MANUT. ATIVIDADES DA ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS / 100

02.03001.10.122.0004.213-339039 - MANUTENÇÃO DA GESTÃO DO SUS / 102

02.04001.12.122.0004.214-339039 - MANUT. DAS ATIVIDADES DA SECRETARIA DE EDUCAÇÃO / 101

02.07001.23.695.0011.252-339039 - DESENVOLVIMENTO DO TURISMO LOCAL / 100

02.10003.10.304.0013.270-339039 - MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE / 102

02.11001.08.244.0005.279-339039 - MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DO CRAS / PAIF / 129

Prazo

O prazo para execução do presente instrumento terá início na data de sua assinatura, encerrando-se em ____/____/____ ou quando concluído todo o objeto licitado, a critério do MUNICÍPIO.

CONDIÇÕES GERAIS CONTRATUAIS

PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 – O objeto contratado deverá obedecer integralmente a esse instrumento. Qualquer alteração somente poderá ser efetuada mediante prévio entendimento, sendo o mesmo consubstanciado em termo aditivo.

SEGUNDO - DO PREÇO

2.1 – O preço é considerado completo não podendo, em qualquer fase da execução deste instrumento, ser exigido seu complemento sob qualquer fundamento.

2.2 – Ocorrendo qualquer uma das hipóteses previstas no art. 65, inciso II, “d” da lei federal nº8666/1993, o preço poderá ser revisto desde que a situação seja devidamente comprovada pelo CONTRATADO.

TERCEIRA - DAS RESPONSABILIDADES DO CONTRATADO

3.1 – A CONTRATADA assume por força do presente instrumento a responsabilidade de indenizar o CONTRATANTE dos danos ou prejuízos, inclusive causados a terceiros, em razão de defeitos, erros, falhas e outras irregularidades provenientes de negligência, desídia, má fé ou imperfeição do material, peça ou mão



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



de obra empregada, que tornarem objeto contratado impróprio a finalidades a que se destinam; tudo isso sem prejuízo da responsabilidade criminal cabível.

3.2 – Além das responsabilidades previstas nesta cláusula, obriga-se, ainda, o CONTRATADO a:

3.2.1 – A entrega dos produtos será no máximo de até 05 (cinco) dias após o recebimento da AF (autorização de fornecimento) emitida e assinada pelo setor de compras da administração, independente das quantidades solicitada. Caso o fornecimento não ocorra conforme previsto, se não houver a concordância do solicitante sobre o atraso por escrito, será automaticamente extinto o contrato e realizado ops procedimentos legais cabíveis.

3.2.2 – Cumprir as normas gerais e regulamentares de medicina e segurança do trabalho nas suas instalações, inclusive o uso por seus empregados dos equipamentos de proteção individual.

3.2.3 - Não transferir a terceiros, ou subcontratar, o objeto do presente contrato, no todo ou em parte, sem prévia e expressa autorização do CONTRATANTE.

3.2.4 – Comunicar ao CONTRATANTE qualquer alteração que ocorra na sua constituição.

3.2.5 – Apresentar, sempre que solicitado, as cópias das guias de recolhimento dos encargos previdenciários, devidamente autenticadas.

3.2.6 – Manter, durante toda a execução do objeto, as condições de habilitação exigidas.

3.3 - O descumprimento total ou parcial deste contrato, a execução parcial ou a inexecução do objeto licitado, resguardado o direito de defesa, poderá ensejar a aplicação das seguintes sanções ao CONTRATADO:

3.3.1 - Advertência, para pequenos atrasos na execução do contrato, não podendo estes ser superior a 12 horas.

3.3.2 - Multa moratória de 1% (um por cento) do valor contratado, sem prejuízo da rescisão do contrato, por cada infração cometida (atraso ou entrega de produto distinto do especificado no objeto, não entrega do produto especificado no edital, execução do serviço em desacordo com o objeto, execução da obra em desacordo com o objeto).

3.3.3 - Multa rescisória no valor de 5% (cinco por cento) do valor do contrato.

3.3.4 - Suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, por prazo não superior a 2 (dois) anos, sem prejuízo da rescisão do contrato, por suspensão ou paralisação de serviço público



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



ou de atividades nas repartições públicas em decorrência de atraso ou inadimplemento do contratado.

3.3.5 - Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, sem prejuízo da rescisão do contrato, por suspensão ou paralisação de serviço público essencial em decorrência de atraso ou inadimplemento do contratado.

PARÁGRAFO ÚNICO. Na forma do §2º do art.87 da lei federal nº8666/1993, as sanções acima podem ser aplicadas isolada ou cumulativamente, assegurando-se direito de defesa no prazo de 5 (cinco) dias úteis a contar da notificação do contratado.

3.4 – As multas, aplicadas após regular processo administrativo, serão limitadas ao valor do contrato e descontadas da garantia do respectivo pacto, permitindo a ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA suspender os pagamentos até a conclusão do processo.

3.5 – Na forma do §3º do art.86 da lei federal nº8666/1993, se as multas aplicadas forem em valor superior ao valor da garantia prestada ou não existir garantia, além da perda da garantia, responderá o contratado pela sua diferença ou integralidade, as quais serão descontadas dos pagamentos eventualmente devidos pela Administração ou ainda, quando for o caso, cobrada judicialmente.

QUARTA - DAS RESPONSABILIDADES DO CONTRATANTE

4.1 – Efetuar os pagamentos nos respectivos vencimentos.

4.2 – Atender às condições de sua responsabilidade previstas nos documentos, que, como anexos, integram este instrumento.

QUINTA - DA FISCALIZAÇÃO

5.1 – O objeto licitado será fiscalizado por servidor ou empresa expressamente designado pelo MUNICÍPIO, que, entre outras atribuições, atestará a realização do objeto em conformidade com o previsto neste instrumento.

5.1.1 – O produto ao ser entregue no setor solicitante, será sempre acompanhado de nota fiscal e da AF e o servidor que receber o produto ou serviço, realizará a conferência da nota postando nesta: assinatura, carimbo e encaminhando a mesma para o setor de compras.

5.2 – A FISCALIZAÇÃO fica impedida de atestar a realização do objeto fora das especificações técnicas estabelecidas, sem prejuízo das exigências estabelecidas pelos órgãos oficiais que fiscalizam o segmento.

5.2.1 – O objeto realizado em desacordo com as especificações previstas no item anterior, não impede a ação fiscal posterior e a retenção de pagamentos.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



5.3 – A FISCALIZAÇÃO fica impedida de encaminhar para pagamento documentos de cobrança (duplicata, nota fiscal ou similar) que não atendam rigorosamente às condições previstas neste instrumento e na legislação, sendo certo que qualquer tolerância ou mesmo a inobservância do procedimento ora estabelecido não representará novação ou alteração do que ficou pactuado.

5.4 – Qualquer entendimento entre a FISCALIZAÇÃO e o CONTRATADO será sempre por escrito, não sendo levada em consideração, para nenhum efeito, qualquer alegação fundada em ordens ou declarações verbais.

5.5 – A FISCALIZAÇÃO é exercida no interesse do MUNICÍPIO e não exclui ou reduz a responsabilidade exclusiva do CONTRATADO, inclusive perante terceiros, por quaisquer irregularidades, as quais, se verificadas, não implicarão em co-responsabilidade do MUNICÍPIO ou de seus prepostos.

5.6 – A atuação ou ausência total ou parcial da fiscalização em nada diminui a responsabilidade da CONTRATADA na execução do objeto.

SEXTA - DAS EXONERAÇÕES DE RESPONSABILIDADES

6.1 – As partes não serão responsáveis pelo inadimplemento que resultar de caso fortuito ou de força maior, assim entendidos os fenômenos naturais, tais como inundações e outros, ou circunstâncias alheias às vontades das partes, imprevisíveis, sempre na medida em que impeçam ou retardem o cumprimento das respectivas obrigações.

6.2 – A parte cuja prestação seja impedida ou retardada por quaisquer dos fatos ou atos acima mencionados, deverá comunicar e provar a ocorrência a outra parte, imediatamente e por escrito, expondo-lhe as razões pelas quais está compelida a sustar ou retardar a execução do pactuado.

6.3 – Cessado o impedimento, retorna-se à execução do objeto, prorrogando-se o prazo contratual pelo número de dias de sua paralisação, ressalvado ao CONTRATANTE a faculdade de rescindir o contrato, caso tal período tenha sido superior a 10% (dez por cento) do prazo pactuado.

SÉTIMA - DA RESCISÃO

7.1 – O presente instrumento poderá ser rescindido ocorrendo qualquer uma das hipóteses previstas no art. 78 da Lei 8666/1993.

7.2 – A rescisão se fará pelas formas e condições previstas no art. 79 da mesma Lei.

7.3 – Nos casos de rescisão, são resguardados os direitos do CONTRATANTE estabelecidos no art. 80 da Lei 8666/1993.

OITAVA - DO FORO

8.1 – Fica eleito o foro da sede do MUNICÍPIO, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, como competente para dirimir quaisquer questões decorrentes da execução deste instrumento.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



NONA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

9.1 – O CONTRATADO, ainda que demandado, administrativa ou judicialmente, não poderá opor ao CONTRATANTE qualquer tributo, seja federal, estadual ou municipal, incidente sobre mão-de-obra, materiais ou peças empregados no objeto, correndo à sua conta exclusiva os pagamentos que sobre esses títulos tiverem sido feitos, ou opor, ainda, qualquer cobrança oriunda de encargos decorrentes de processos que contra si forem instaurados, ainda que por sua natureza sejam suscetíveis de transação.

9.2 – Ocorrendo qualquer das hipóteses previstas no art. 65 da Lei 8666/96, ao CONTRATANTE fica reservado o direito de acrescer ou reduzir, mediante autorização específica, o objeto do presente instrumento, estipulando, na ocasião, preços, prazos e todos os demais elementos indispensáveis à perfeita caracterização da alteração, o que se fará por termo aditivo assinado pelas partes. Em havendo interesse público e vontade das partes, o presente contrato poderá também ser prorrogado por igual período na forma e condições previstas no art. 57 da Lei nº 8.666/1993.

9.3 – O não exercício pelas partes de qualquer dos direitos contratuais ou legais, representará ato de mera tolerância e não implicará, com relação a esse instrumento, novação quanto a seus termos ou renúncia ou desistência dos referidos direitos, os quais poderão ser exercidos a qualquer tempo.

E por estarem justos e acordados as partes assinam o presente instrumento, digitado e impresso em 3 (três) vias de igual forma e teor, para um só efeito e para todos os fins de direito, na data adiante mencionada, juntamente com as testemunhas abaixo.

Local Data

Contratante
CPF:

Contratado
CPF:

Testemunha
CPF:

Testemunha
CPF:



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



Licitação nº 081/2019 Modalidade de Pregão Presencial nº 022/2019

MINUTA DA ATA DE REGISTRO DE PREÇO nº _____
Validade _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____

O Município de RIO PRETO, neste ato representado pelo Sr(a). INÁCIO DE LOYOLA MACHADO FERREIRA, doravante denominado PROMITENTE COMPRADOR, com interveniência do Sr(a). _____, e a empresa _____, estabelecida na rua _____, nº _____, devidamente cadastrada no CNPJ nº _____, pelo seu representante infra-assinado, doravante denominada PROMITENTE FORNECEDORA, nos termos do artigo 15 da Lei Federal nº 8.666/93, Lei Federal nº 10.520/02, Decreto Federal nº 3.555/00 e das demais normas legais aplicáveis e, considerando o resultado Processo Licitatório nº 081/2019, Pregão Presencial nº 022/2019 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:

PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 - Através da presente ata ficam registrados os seguintes preços, abaixo especificados:

Nº Item	Unidade	Especificação	Marca	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
1						
2						

1.2 - A PROMITENTE FORNECEDORA detentora da Ata de Registro, quando da solicitação pela Secretaria, deverá atender às seguintes exigências:

1.2.1 - Entregar os produtos no endereço especificado pela Ordem de Compra, se esta for apresentada, ou no endereço do PROMITENTE COMPRADOR.

SEGUNDA - DA VALIDADE DO REGISTRO DE PREÇOS

2.1 - A presente ATA terá a validade de 12 meses, contados a partir da data de assinatura.

2.2 - Nos termos do § 4º do artigo 15 da Lei Federal nº 8.666/93, durante o prazo de validade desta ATA, o PROMITENTE COMPRADOR, não será obrigado à aquisição, exclusivamente por seu intermédio, dos materiais referidos na cláusula primeira, podendo utilizar, para tanto, outros meios, desde que permitidos em lei, sem que, desse fato, caiba recurso ou indenização de qualquer espécie à PROMITENTE FORNECEDORA.

2.3 - Em cada aquisição decorrente desta ATA serão observadas, quanto ao preço, às cláusulas e condições constantes do edital do Pregão nº 081/2019, Edital nº 022,



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



que a precedeu e integra o presente instrumento de compromisso, independente de transcrição, por ser de pleno conhecimento das partes.

TERCEIRA - DO PAGAMENTO

3.1 - Os pagamentos serão efetuados em até 30 (trinta) dias contados da data da liberação da nota fiscal pelo setor competente.

3.2 - A nota fiscal somente será liberada quando o cumprimento do empenho estiver em total conformidade com as especificações exigidas pela PROMITENTE FORNECEDORA.

3.3 - Na eventualidade de aplicação de multas, estas deverão ser liquidadas simultaneamente com parcela vinculada ao evento cujo descumprimento der origem à aplicação da penalidade.

3.4 - As notas fiscais deverão ser emitidas em conformidade com as normas vigentes da Receita Federal do Brasil.

3.4.1 - Juntamente com a nota fiscal, a contratada deverá apresentar o certificado de regularidade do FGTS e CND Federal.

3.5 - O CNPJ da PROMITENTE FORNECEDORA constante da nota fiscal e fatura deverá ser o mesmo da documentação apresentada no procedimento licitatório.

3.6 - Nenhum pagamento será efetuado à PROMITENTE FORNECEDORA 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.

QUARTA - DA ENTREGA E DO PRAZO

4.1 - A entrega dos produtos será no máximo de até 05 (cinco) dias após o recebimento da AF (autorização de fornecimento) emitida e assinada pelo setor de compras da administração, independente das quantidades solicitada. Caso o fornecimento não ocorra conforme previsto, se não houver a concordância do solicitante sobre o atraso por escrito, será automaticamente extinto o contrato e realizado os procedimentos legais cabíveis.

4.1.1 - A PROMITENTE FORNECEDORA deverá constar na nota fiscal a data e hora em que a entrega dos produtos foi feita, além da identificação de quem procedeu ao recebimento dos produtos.

4.2 - A entrega será feita à Comissão de Recebimento no endereço indicado, a quem caberá conferi-lo e lavrar Termo de Recebimento Provisório, para efeito de posterior verificação da conformidade do mesmo com as exigências do edital.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



4.3 - Caso o objeto não esteja de acordo com as especificações exigidas, a Comissão de Recebimento 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 pela PROMITENTE FORNECEDORA no prazo de 01 (um) dia útil contados da notificação da não aceitação, para reposição no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis

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 PROMITENTE FORNECEDORA 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 verificar vícios, defeitos ou incorreções.

QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES

5.1 - Do PROMITENTE COMPRADOR:

5.1.1 - Atestar nas notas fiscais e/ou faturas a efetiva entrega do objeto desta licitação;

5.1.2 - Aplicar à PROMITENTE FORNECEDORA, penalidades, quando for o caso;

5.1.3 - Prestar à PROMITENTE FORNECEDORA toda e qualquer informação, por esta solicitada, necessária à perfeita execução do contrato;

5.1.4 - Efetuar o pagamento à PROMITENTE FORNECEDORA no prazo avençado, após a entrega da nota fiscal no setor competente;

5.1.5 - Notificar, por escrito, à PROMITENTE FORNECEDORA da aplicação de qualquer sanção.

5.2 - Da PROMITENTE FORNECEDORA:

5.2.1 - Fornecer o objeto desta licitação nas especificações contidas neste edital;

5.2.2 - Pagar todos os tributos que incidam ou venham a incidir, direta ou indiretamente, sobre os produtos vendidos;

5.2.3 - Manter, durante a execução do contrato, as mesmas condições de habilitação;



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



5.2.4 - Aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários no quantitativo do objeto desta licitação, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor contratado;

5.2.5 - Fornecer o objeto licitado, no preço, prazo e forma estipulada na proposta;

5.2.6 - Fornecer o objeto de boa qualidade, dentro dos padrões exigidos neste edital.

SEXTA - DAS CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO

6.1 - Os contratos de aquisição decorrentes da presente Ata de Registro de Preços serão formalizados pela retirada da nota de empenho pela PROMITENTE FORNECEDORA.

6.2 - A PROMITENTE FORNECEDORA 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 PROMITENTE 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, referida no item anterior, deverá ser devolvida, a fim de ser anexada ao processo de administração da ata.

SÉTIMA - DA FISCALIZAÇÃO

7.1 - Os casos de inexecução total ou parcial, erro de execução, execução imperfeita, atraso injustificado e inadimplemento de cada ajuste representado pela nota de empenho sujeitará a PROMITENTE FORNECEDORA às penalidades previstas no artigo 87 da Lei Federal nº 8.666/93, das quais se destacam:

a) advertência;

b) multa de 1% (um por cento) do valor da nota de empenho, por dia de atraso injustificado na execução da mesma.

c) multa de 5% (cinco por cento) sobre o valor da nota de empenho, pela recusa injustificada da PROMITENTE FORNECEDORA em executá-la;

d) suspensão temporária de participação em licitações e impedimento de contratar com o município, no prazo de até 05 (cinco) anos;



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



e) declaração de inidoneidade para contratar com a Administração Pública até que seja promovida a reabilitação, facultado à detentora da Ata o pedido de reconsideração da decisão da autoridade competente, no prazo de 10 (dez) dias da abertura de vistas ao processo.

7.2 - Os valores das multas aplicadas previstas nos subitens acima poderão ser descontados dos pagamentos devidos pela Administração.

7.3 - Da aplicação das penas definidas nas alíneas "a", "d" e "e" do item 7.1, caberá recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da intimação, o qual deverá ser apresentado no mesmo local.

7.4 - O recurso ou o pedido de reconsideração relativa às penalidades acima dispostas será dirigido ao Secretário da unidade requisitante, o qual decidirá o recurso no prazo de 05 (cinco) dias úteis e o pedido de reconsideração, no prazo de 10(dez) dias úteis.

7.5 - O produto ao ser entregue no setor solicitante, será sempre acompanhado de nota fiscal e da AF e o servidor que receber o produto ou serviço, realizará a conferência da nota postando nesta: assinatura, carimbo e encaminhando a mesma para o setor de compras.

OITAVA - DO REAJUSTAMENTO DE PREÇOS

8.1 - Considerado o prazo de validade estabelecido no item 2.1 da cláusula segunda da presente Ata, é vedado qualquer reajustamento de preços, até que seja completado o período de 12 (doze) contados a partir da data de recebimento das propostas indicadas no preâmbulo do Edital do Pregão Presencial nº 022/2019, o qual integra a presente Ata de Registro de Preços.

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.

NONA - DO CANCELAMENTO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

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

9.1.1 - a PROMITENTE FORNECEDORA não cumprir as obrigações constantes desta Ata;

9.1.2 - a PROMITENTE FORNECEDORA não retirar qualquer nota de empenho, no prazo estabelecido e a Administração não aceitar sua justificativa;

9.1.3 - a PROMITENTE FORNECEDORA der causa à rescisão administrativa de contrato decorrente de registro de preços, a critério da Administração, observada a legislação em vigor;



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



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 PROMITENTE FORNECEDORA 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.

9.3 - Pela PROMITENTE FORNECEDORA, 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 nos incisos XIII a XVI do artigo 78 da Lei Federal nº 8.666/93.

9.3.1 - A solicitação da PROMITENTE FORNECEDORA para cancelamento dos preços registrados deverá ser formulada com antecedência de 30 (dias) dias, facultada à Administração a aplicação das penalidades previstas na cláusula sétima, caso não aceitas as razões do pedido.

DÉCIMA - 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 à (nome do órgão gerenciador) 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.

DÉCIMA PRIMEIRA - DAS COMUNICAÇÕES

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

DÉCIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

12.1 - Integram esta Ata o edital do Pregão Presencial nº 022/2019 e a proposta da PROMITENTE FORNECEDORA classificada em 1º lugar no certame supra numerado.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



12.2 - Os casos omissos serão resolvidos de acordo com a Lei Federal nº 8.666/93, Decreto Federal nº 3.555/00 no que não colidir com a primeira e nas demais normas aplicáveis. Subsidiariamente, aplicar-se-ão os princípios gerais de direito.

DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO

13.1 - As partes elegem o foro da sede da administração como único competente para dirimir quaisquer ações oriundas desta Ata.

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

Local Data

Entidade contratante

CPF:

Empresa detentora da Ata

CPF:

Testemunha

CPF:

Testemunha

CPF:



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



ANEXO II

Licitação nº 081/2019
Modalidade de Pregão Presencial nº 022/2019

MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS

Proponente

Razão Social

Logradouro n° Bairro

Cidade UF CEP TEL

CNPJ Inscrição Estadual

Para os fornecimentos da licitação em referência, propomos os seguintes preços

Especificação do Material, Obras e/ou Serviços

Nº Item	Quant.	Un.	Especificação	Marca/Nome Comercial	Valor unit.	Valor Total
1	100,00	BLOCO	ATENDIMENTO DOMICILIAR (PARA USO EXCLUSIVO DE SAD), BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.			
2	50,00	BLOCO	ATESTADO DE SAÚDE, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO 1/2 OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.			
3	3,00	BLOCO	AUTO TERMO, BLOCO COM 100 VIAS, CADA VIA COM TRÊS FOLHAS, NAS CORES BRANCA, VERDE E ROSA, TAMANHO OFÍCIO, IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA, AUTOCOPIÁVEL, GRAMATURA COMPATÍVEL.			
4	5,00	UNIDADE	BANNER, CRIAÇÃO E IMPRESSÃO DIGITAL, COM DIMENSÃO DE 1,00M X 0,70CM, IMPRESSÃO EM LONA, VERNIZ PARA PROTEÇÃO, EM 04 CORES, COM BASTÃO E CORDA. COR COM ARTE E CTP INCLUSOS. TEXTOS A SEREM INCLUSOS QUANDO SOLITADOS			
5	1,00	UNIDADE	BANNER, CRIAÇÃO E IMPRESSÃO DIGITAL, COM DIMENSÃO DE 2,50M X 2,00M, IMPRESSÃO EM LONA, VERNIZ PARA PROTEÇÃO, EM 04 CORES, COM BASTÃO E			



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



			CORDA. COM A LOGO DA PREFEITURA MUNICIPAL			
6	5,00	BLOCO	BOLETIM DE CAMPO E LABORATÓRIO DO LEVANTAMENTO RÁPIDO DE ÍNDICES - LIRAA, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.			
7	3,00	BLOCO	BOLETIM DE REMESSA DE LARVAS PARA REVISÃO, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, PRETA.			
8	500,00	UNIDADE	BOLETIM ESCOLAR FOLHA OFICIO, PAPEL TIPO VERGÊ			
9	20,00	BLOCO	CADASTRAMENTO DA GESTANTE, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.			
10	80,00	BLOCO	CADASTRO DOMICILIAR, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.			
11	100,00	BLOCO	CADASTRO INDIVIDUAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.			
12	400,00	UNIDADE	CARTAZ TAMANHO A3 CONFECCIONADO EM PAPEL COUCHÊ 170G 30X40CM COR COM ARTE E CTP INCLUSOS. TEXTOS A SEREM INCLUSOS QUANDO SOLITADOS			
13	2.000,00	UNIDADE	CARTÃO DA MULHER, TAMANHO APROXIMADO 21 X 23,5 CM, GRAMATURA TIPO CARTÃO, IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.			
14	1.000,00	UNIDADE	CARTÃO DE RETORNO - CLÍNICA ODONTOLÓGICA, TAMANHO APROXIMADO 11,5 X 7,5, GRAMATURA TIPO CARTÃO, IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA			
15	2.000,00	UNIDADE	CARTÃO FISIOTERAPIA, TAMANHO APROXIMADO 11,5 X 7,5, GRAMATURA TIPO CARTÃO, IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA			
16	110,00	BLOCO	COMPROVANTE DE ATENDIMENTO MÉDICO-AMBULATORIAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO APROXIMADO 21 X 15 CM, GRAMATURA 75 G/M²,			



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



			IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.			
17	100,00	BLOCO	COMPROVANTE DE VISITA DOMICILIAR - PROGRAMA DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO 1/2 OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.			
18	10,00	BLOCO	COMPROVANTE DE VISITA DOMICILIAR - VIGILÂNCIA SANITÁRIA, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.			
19	30,00	BLOCO	COMUNICAÇÃO INTERNA, BLOCO COM 100 VIAS, CADA VIA COM DUAS FOLHAS, NAS CORES BRANCA E AZUL, TAMANHO 1/2 OFÍCIO, IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA, AUTOCOPIÁVEL, GRAMATURA COMPATÍVEL.			
20	20,00	BLOCO	CONTROLE DE GLICEMIA, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.			
21	20,00	BLOCO	CONTROLE DE PA, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.			
22	10,00	BLOCO	CONTROLE DE PROTOCOLO, BLOCO COM 100 FOLHAS, MEDIDA APROXIMADA 9 X 5 CM, IMPRESSÃO FRENTE NA COR PRETA.			
23	500,00	UNIDADE	CONVITE PARA FORMATURA CONFECCIONADO EM PAPEL COUCHÊ COLORIDO 23X32 CM 180G COM ENVELOPE ARTE E CTP INCLUSOS			
24	20,00	BLOCO	DECLARAÇÃO - SAÚDE DA FAMÍLIA, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO APROXIMADO 21 X 10 CM, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.			
25	20,00	BLOCO	DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO 1/2 OFÍCIO, IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA, GRAMATURA 75 G/M²			
26	10,00	BLOCO	DECLARAÇÃO, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.			
27	100,00	UNIDADE	DIÁRIO ESCOLAR 1º AO 5º ANO (



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



			20CM X 12,5CM)			
28	200,00	UNIDADE	DIÁRIO ESCOLAR 6º AO 9º ANO (20CM X 12,5CM)			
29	20,00	BLOCO	ENCAMINHAMENTO DA APS PARA O CEAE-HAS/DM/DRC-JUIZ DE FORA, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.			
30	30,00	BLOCO	EXAMES DE PRÉ-NATAL (1ª ROTINA), BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO 1/2 OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.			
31	30,00	BLOCO	EXAMES DE PRÉ-NATAL (2ª ROTINA), BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO 1/2 OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.			
32	100,00	BLOCO	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.			
33	10,00	BLOCO	FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.			
34	10,00	BLOCO	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA - ATENÇÃO BÁSICA, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.			
35	50,00	BLOCO	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.			
36	50,00	BLOCO	FICHA DE PROCEDIMENTOS, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.			
37	110,00	BLOCO	FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.			
38	500,00	UNIDADE	FICHA INDIVIDUAL ESCOLAR FOLHA OFICIO			
39	500,00	UNIDADE	FOLDER 4X4 COR CONFECCIONADO EM PAPEL COUCHÊ 115G MEDINDO 20X15CM, COM ARTE E CTP INCLUSOS. TEXTOS A SEREM			



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



			INCLUSOS QUANDO SOLICITADO IMPRESSOS FRENTE E VERSO			
40	4.000,00	UNIDADE	FOLDER 4X4 COR CONFECCIONADO EM PAPEL COUCHÊ 115G MEDINDO 31X21CM, COM ARTE E CTP INCLUSOS. TEXTOS A SEREM INCLUSOS QUANDO SOLICITADO IMPRESSOS FRENTE E VERSO			
41	20,00	BLOCO	FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DO IDOSOS PARA O CMV, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.			
42	15,00	BLOCO	GUIA DE ENCAMINHAMENTO INTERMUNICIPAL - DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.			
43	2.000,00	UNIDADE	HISTÓRICO DO PACIENTE - FISIOTERAPIA MUNICIPAL, TAMANHO OFÍCIO, IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA, GRAMATURA TIPO CARTÃO			
44	20,00	BLOCO	IDENTIFICAÇÃO - FISIOTERAPIA MUNICIPAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.			
45	5.000,00	UNIDADE	INFORMATIVO CONFECCIONADO EM PAPEL COUCHÊ DE 04 PAGINAS 180GR, 4X4 CORES MEDINDO 23X32CM COM ARTE E CTP INCLUSOS.			
46	30,00	BLOCO	LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.			
47	10,00	BLOCO	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.			
48	20,00	BLOCO	LAUDO, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.			
49	30,00	UNIDADE	LIVRO DE PONTO ESPECIFICO PROFESSOR COM 200 PAGINAS TAMANHO OFÍCIO			
50	30,00	UNIDADE	LIVRO DE PONTO DIARIO COM 200			



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



			PAGINAS TAMANHO OFÍCIO			
51	20,00	BLOCO	MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.			
52	2.000,00	UNIDADE	PANFLETO COR CONFECCIONADO EM PAPEL COUCHÊ 75G MEDINDO 15X21CM, COM ARTE E CTP INCLUSOS. TEXTOS A SEREM INCLUSOS QUANDO SOLICITADO IMPRESSOS FRENTE E VERSO			
53	1.000,00	UNIDADE	PASTA CARTÃO DUPLEX, COR VERDE, GRAMATURA 250G/M ² , 235 X 340 MM, COM IMPRESSÃO NA CAPA NA COR PRETA.			
54	20,00	BLOCO	PRESCRIÇÃO DE EXERCÍCIOS/EVOLUÇÃO DIÁRIA-FISOTERAPIA, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.			
55	18,00	BLOCO	RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL, BLOCO COM 100 VIAS, CADA VIA COM DUAS FOLHAS, NAS CORES BRANCA E AMARELA, TAMANHO 1/2 OFÍCIO, IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA, AUTOCOPIÁVEL, GRAMATURA COMPATÍVEL.			
56	25,00	BLOCO	RECEITUÁRIO, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO 1/2 OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.			
57	15,00	BLOCO	REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.			
58	1.000,00	UNIDADE	REGISTRO MULTIPROFISSIONAL, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA TIPO CARTÃO, IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.			
59	80,00	BLOCO	REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.			
60	50,00	BLOCO	REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.			
61	5,00	BLOCO	RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTIVETORIAL, BLOCO COM 100			



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



			FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.			
62	10,00	BLOCO	SEÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - RECLAMAÇÃO, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.			
63	50,00	BLOCO	SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.			

Validade da Proposta

Tenho conhecimento que a opção pelo sistema de registro de preços vincula este interessado ao seu fornecimento nos valores contemplados na proposta pelo prazo de validade da licitação que será de 12 meses.

Local _____ Data ____/____/____

Assinatura / Carimbo do CNPJ



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas n° 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



ANEXO III

Licitação n° 081/2019
Modalidade de Pregão Presencial n° 022/2019

CRENCIAMENTO

Proponente

Razão Social

Logradouro n° Bairro

Cidade UF CEP TEL

CNPJ Inscrição Estadual

Para os fornecimentos objeto da licitação em referência, credenciamos o Sr. _____ portador da célula de identidade n° _____, expedida pela _____, outorgando-lhe plenos poderes para representá-la na sessão pública do Pregão n° 081/2019 - Edital n° 022/2019, em especial para formular lances verbais e para interpor recursos ou deles desistir.

Por oportuno, a outorgante declara, sob as penas da lei, a inexistência de fato impeditivo de sua participação no citado certame; declarando-se, ainda, ciente de todas as disposições relativas à licitação em causa e sua plena concordância com as condições constantes no edital.

Nome

Cargo

Identidade

CPF

Data ____/____/____

Assinatura / Carimbo CNPJ



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO
Rua Getúlio Vargas n° 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



ANEXO IV

Licitação n° 081/2019
Modalidade de Pregão Presencial n° 022/2019

INFORMAÇÕES DE E-MAILS

Proponente
Razão Social:
Logradouro:
Cidade:
CNPJ:

UF:
Inscrição Estadual:

N°:

CEP:

Bairro:

TEL

DECLARA-SE que o proponente acima qualificado possui o(s) endereço(s) eletrônico(s) (e-mail) abaixo relacionado(s) para remessa de dados relativos às decisões emitidas pela comissão e informações necessárias ao correto andamento do processo licitatório.

E-mail (s):

Nome:
Cargo:
Identidade:
CPF:

Assinatura / Carimbo do CNPJ



ANEXO V

Licitação n° 081/2019
Modalidade de Pregão Presencial n° 022/2019

DECLARAÇÃO DE INTEIRO TEOR

DECLARAÇÃO

Declaro, para os fins de direito, que conheço o teor do Edital Pregão n° 022/2019, e submeto-me às condições e exigências inseridas no mesmo, nada existindo que possa colocar impedimentos à sua finalidade.

E, para que esta declaração surta os seus jurídicos e legais efeitos, vai a mesma devidamente datada e assinada

_____, _____ de _____ de _____
cidade dia mês ano

Empresa: _____

Assinatura: _____

Nome legível:

CARIMBO DA EMPRESA



ANEXO VI

Licitação nº 081/2019
Modalidade de Pregão Presencial nº 022/2019

DECLARAÇÃO **EMPREGADOR PESSOA JURÍDICA**

_____, inscrito no CNPJ nº _____, por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a) _____, portador da Identidade nº _____, e do CPF nº _____, **DECLARA, sob pena da Lei em cumprimento ao disposto no inciso XXXIII, do art. 7º da Constituição da República**, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz(...).

_____, _____ de _____ de _____
cidade dia mês ano

Assinatura, qualificação e carimbo
(Representante Legal)

(Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima)



ANEXO VII

Licitação nº 081/2019
Modalidade de Pregão Presencial nº 022/2019

MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO DA HABILITAÇÃO

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO IMPEDITIVO DA HABILITAÇÃO

(Nome da Empresa) _____, inscrito no CNPJ nº _____, sediada _____, declara, sob as penas da Lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no presente processo licitatório - Licitação nº 081/2019 - Modalidade Pregão nº 022/2019, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

_____, _____ de _____ de _____
cidade dia mês ano

Assinatura, qualificação e carimbo
(Representante Legal)



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO
Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



ANEXO VIII

Licitação nº 081/2019
Modalidade de Pregão Presencial nº 022/2019

DECLARAÇÃO

Declaro ter tomado conhecimento do instrumento convocatório relativo à licitação em referência, estar ciente dos critérios de julgamento do certame e da forma de fornecimento e pagamento estabelecidos para remunerar a execução do objeto licitado.

Nome
Cargo
Identidade
CPF

Assinatura / Carimbo do CNPJ



ANEXO IX

Licitação nº 081/2019
Modalidade de Pregão Presencial nº 022/2019

Declaração de MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE.

(Nome da Empresa) _____, inscrito no CNPJ nº _____, por intermédio de seu representante legal o(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA, sob as penas da Lei, que cumpre os requisitos legais para a qualificação como MICROEMPRESA - ME/EMPRESA DE PEQUENO PORTE - EPP, estando apta a usufruir do tratamento favorecido estabelecido nos artigos 42 à 49 da lei complementar nº123/2006.

_____, _____ de _____ de _____
cidade dia mês ano

Assinatura, qualificação e carimbo
(Representante Legal)



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



ANEXO X

Licitação nº 081/2019
Modalidade de Pregão Presencial nº 022/2019

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETIVO:

1.1 O presente procedimento tem como objeto selecionar para contratação empresa(s) especializada(s) para aquisições de material de gráfico para atender as necessidades das Secretarias do Município.

2. DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:

2.1 – O prazo para cumprimento do objeto licitado será de 12 (doze) meses, conforme estabelecido no edital e de acordo com as necessidades do MUNICÍPIO.

3. JUSTIFICATIVA:

3.1. A presente licitação será utilizada para aquisição de materiais indispensáveis ao funcionamento diário das Secretarias bem como de todos os setores das mesmas.

4. PERÍODO E FORMA DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1 - A licitante vencedora deverá disponibilizar os produtos da presente licitação que atenda, rigorosamente, as especificações constantes de sua proposta, respeitando o solicitado no termo de referência;

4.2 - Os produtos deverão ser entregues dentro do prazo estabelecido no edital, nos endereços constantes das respectivas ordens de serviços, de acordo com a necessidade exposta pelas Secretárias.

4.3 - A entrega dos produtos será de inteira responsabilidade do(os) proponente(es) vencedor(es), sendo o mesmo responsável por qualquer dano causado a terceiro por má execução dos serviços no cumprimento do contrato.

4.4 – A contratada obrigar-se-á a substituir, sem ônus para a contratante, o material de construção entregue avariado ou impróprio ao uso a que se destina.

4.5 – O prazo para cumprimento do objeto licitado será de 12 (doze) meses, conforme estabelecido no edital e de acordo com as necessidades do MUNICÍPIO.

5- DOS CRITÉRIOS DO JULGAMENTO

5.1. A licitação deverá ser do tipo Menor Preço por Item.

6 - DAS RESPONSABILIDADES DO CONTRATADO

6.1 – A CONTRATADA assume por força do presente instrumento a responsabilidade de indenizar o CONTRATANTE dos danos ou prejuízos, inclusive causados a terceiros, em razão de defeitos, erros, falhas e outras irregularidades provenientes de negligência, desídia, má fé ou imperfeição do material, peça ou mão de obra empregada, que tornarem objeto contratado impróprio a finalidades a que se destinam; tudo isso sem prejuízo da responsabilidade criminal cabível.

6.2 – Além das responsabilidades previstas nesta cláusula, obriga-se, ainda, o CONTRATADO a:



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



6.2.1 – A entrega dos produtos será no máximo de até 05 (cinco) dias após o recebimento da AF (autorização de fornecimento) emitida e assinada pelo setor de compras da administração, independente das quantidades solicitada. Caso o fornecimento não ocorra conforme previsto, se não houver a concordância do solicitante sobre o atraso por escrito, será automaticamente extinto o contrato e realizado os procedimentos legais cabíveis.

6.2.2 – Cumprir as normas gerais e regulamentares de medicina e segurança do trabalho nas suas instalações, inclusive o uso por seus empregados dos equipamentos de proteção individual.

6.2.3 - Não transferir a terceiros, ou subcontratar, o objeto do presente contrato, no todo ou em parte, sem prévia e expressa autorização do CONTRATANTE.

6.2.4 – Comunicar ao CONTRATANTE qualquer alteração que ocorra na sua constituição.

6.2.5 – Apresentar, sempre que solicitado, as cópias das guias de recolhimento dos encargos previdenciários, devidamente autenticadas.

6.2.6 – Manter, durante toda a execução do objeto, as condições de habilitação exigidas.

7 - DAS RESPONSABILIDADES DO CONTRATANTE

7.1 – Efetuar os pagamentos nos respectivos vencimentos.

7.2 – Atender às condições de sua responsabilidade previstas nos documentos, que, como anexos, integram este instrumento.

8 - DA FISCALIZAÇÃO

8.1 – O objeto licitado será fiscalizado por servidor ou empresa expressamente designados pelo MUNICÍPIO, que, entre outras atribuições, atestará a realização do objeto em conformidade com o previsto neste instrumento.

8.1.1 – O produto ao ser entregue no setor solicitante, será sempre acompanhado de nota fiscal e da AF e o servidor que receber o produto ou serviço, realizará a conferência da nota postando nesta: assinatura, carimbo e encaminhando a mesma para o setor de compras.

8.2 – A FISCALIZAÇÃO fica impedida de atestar a realização do objeto fora das especificações técnicas estabelecidas, sem prejuízo das exigências estabelecidas pelos órgãos oficiais que fiscalizam o segmento.

8.2.1 – O objeto realizado em desacordo com as especificações previstas no item anterior, não impede a ação fiscal posterior e a retenção de pagamentos.

8.3 – A FISCALIZAÇÃO fica impedida de encaminhar para pagamento documentos de cobrança (duplicata, nota fiscal ou similar) que não atendam rigorosamente às condições previstas neste instrumento e na legislação, sendo certo que qualquer tolerância ou mesmo a inobservância do procedimento ora estabelecido não representará novação ou alteração do que ficou pactuado.

8.4 – Qualquer entendimento entre a FISCALIZAÇÃO e o CONTRATADO será sempre por escrito, não sendo levada em consideração, para nenhum efeito, qualquer alegação fundada em ordens ou declarações verbais.

8.5 – A FISCALIZAÇÃO é exercida no interesse do MUNICÍPIO e não exclui ou reduz a responsabilidade exclusiva do CONTRATADO, inclusive perante terceiros, por quaisquer irregularidades, as quais, se verificadas, não implicarão em co-responsabilidade do MUNICÍPIO ou de seus prepostos.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



8.6 – A atuação ou ausência total ou parcial da fiscalização em nada diminui a responsabilidade da CONTRATADA na execução do objeto.

9 - ESPECIFICAÇÃO, QUANTIDADE E PREÇO DE REFERÊNCIA DOS ITENS

9.1 – Conforme exigência legal foi elaborada a Planilha Orçamentária, dos valores apresentados através de pesquisa de preço objetivando saber os valores praticados no mercado:

Nº Item	Quant.	Val. Méd.	Val. Tot.	Und.	Especificação
1	100,00	26,70	2.670,00	BLOCO	ATENDIMENTO DOMICILIAR (PARA USO EXCLUSIVO DE SAD), BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.
2	50,00	16,50	825,00	BLOCO	ATESTADO DE SAÚDE, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO 1/2 OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.
3	3,00	95,00	285,00	BLOCO	AUTO TERMO, BLOCO COM 100 VIAS, CADA VIA COM TRÊS FOLHAS, NAS CORES BRANCA, VERDE E ROSA, TAMANHO OFÍCIO, IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA, AUTOCOPIÁVEL, GRAMATURA COMPATÍVEL.
4	5,00	380,00	1.900,00	UNIDADE	BANNER, CRIAÇÃO E IMPRESSÃO DIGITAL, COM DIMENSÃO DE 1,00M X 0,70CM, IMPRESSÃO EM LONA, VERNIZ PARA PROTEÇÃO, EM 04 CORES, COM BASTÃO E CORDA. COR COM ARTE E CTP INCLUSOS. TEXTOS A SEREM INCLUSOS QUANDO SOLITADOS
5	1,00	490,00	490,00	UNIDADE	BANNER, CRIAÇÃO E IMPRESSÃO DIGITAL, COM DIMENSÃO DE 2,50M X 2,00M, IMPRESSÃO EM LONA, VERNIZ PARA PROTEÇÃO, EM 04 CORES, COM BASTÃO E CORDA. COM A LOGO DA PREFEITURA MUNICIPAL
6	5,00	59,00	295,00	BLOCO	BOLETIM DE CAMPO E LABORATÓRIO DO LEVANTAMENTO RÁPIDO DE ÍNDICES - LIRAA, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.
7	3,00	75,00	225,00	BLOCO	BOLETIM DE REMESSA DE LARVAS PARA REVISÃO, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, PRETA.
8	500,00	1,87	935,00	UNIDADE	BOLETIM ESCOLAR FOLHA OFICIO, PAPEL TIPO VERGÊ
9	20,00	29,00	580,00	BLOCO	CADASTRAMENTO DA GESTANTE, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.
10	80,00	24,70	1.976,00	BLOCO	CADASTRO DOMICILIAR, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.
11	100,00	25,70	2.570,00	BLOCO	CADASTRO INDIVIDUAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



12	400,00	10,50	4.200,00	UNIDADE	CARTAZ TAMANHO A3 CONFECCIONADO EM PAPEL COUCHÊ 170G 30X40CM COR COM ARTE E CTP INCLUSOS. TEXTOS A SEREM INCLUSOS QUANDO SOLITADOS
13	2.000,00	1,56	3.120,00	UNIDADE	CARTÃO DA MULHER, TAMANHO APROXIMADO 21 X 23,5 CM, GRAMATURA TIPO CARTÃO, IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.
14	1.000,00	1,20	1.200,00	UNIDADE	CARTÃO DE RETORNO - CLÍNICA ODONTOLÓGICA, TAMANHO APROXIMADO 11,5 X 7,5, GRAMATURA TIPO CARTÃO, IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA
15	2.000,00	1,01	2.020,00	UNIDADE	CARTÃO FISIOTERAPIA, TAMANHO APROXIMADO 11,5 X 7,5, GRAMATURA TIPO CARTÃO, IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA
16	110,00	14,50	1.595,00	BLOCO	COMPROVANTE DE ATENDIMENTO MÉDICO-AMBULATORIAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO APROXIMADO 21 X 15 CM, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.
17	100,00	14,63	1.463,00	BLOCO	COMPROVANTE DE VISITA DOMICILIAR - PROGRAMA DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO 1/2 OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.
18	10,00	62,50	625,00	BLOCO	COMPROVANTE DE VISITA DOMICILIAR - VIGILÂNCIA SANITÁRIA, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.
19	30,00	39,40	1.182,00	BLOCO	COMUNICAÇÃO INTERNA, BLOCO COM 100 VIAS, CADA VIA COM DUAS FOLHAS, NAS CORES BRANCA E AZUL, TAMANHO 1/2 OFÍCIO, IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA, AUTOCOPIÁVEL, GRAMATURA COMPATÍVEL.
20	20,00	29,00	580,00	BLOCO	CONTROLE DE GLICEMIA, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.
21	20,00	29,00	580,00	BLOCO	CONTROLE DE PA, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.
22	10,00	11,63	116,30	BLOCO	CONTROLE DE PROTOCOLO, BLOCO COM 100 FOLHAS, MEDIDA APROXIMADA 9 X 5 CM, IMPRESSÃO FRENTE NA COR PRETA.
23	500,00	6,50	3.250,00	UNIDADE	CONVITE PARA FORMATURA CONFECCIONADO EM PAPEL COUCHÊ COLORIDO 23X32 CM 180G COM ENVELOPE ARTE E CTP INCLUSOS
24	20,00	19,20	384,00	BLOCO	DECLARAÇÃO - SAÚDE DA FAMÍLIA, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO APROXIMADO 21 X 10 CM, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.
25	20,00	19,20	384,00	BLOCO	DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO 1/2 OFÍCIO, IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA, GRAMATURA 75 G/M ²
26	10,00	30,10	301,00	BLOCO	DECLARAÇÃO, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² ,



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



					IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.
27	100,00	13,67	1.367,00	UNIDADE	DIÁRIO ESCOLAR 1º AO 5º ANO (20CM X 12,5CM)
28	200,00	13,67	2.734,00	UNIDADE	DIÁRIO ESCOLAR 6º AO 9º ANO (20CM X 12,5CM)
29	20,00	29,00	580,00	BLOCO	ENCAMINHAMENTO DA APS PARA O CEAEHAS/DM/DRC-JUIZ DE FORA, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.
30	30,00	24,10	723,00	BLOCO	EXAMES DE PRÉ-NATAL (1ª ROTINA), BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO 1/2 OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.
31	30,00	24,10	723,00	BLOCO	EXAMES DE PRÉ-NATAL (2ª ROTINA), BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO 1/2 OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.
32	100,00	26,70	2.670,00	BLOCO	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.
33	10,00	65,50	655,00	BLOCO	FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.
34	10,00	36,10	361,00	BLOCO	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA - ATENÇÃO BÁSICA, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.
35	50,00	28,40	1.420,00	BLOCO	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.
36	50,00	28,30	1.415,00	BLOCO	FICHA DE PROCEDIMENTOS, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.
37	110,00	26,20	2.882,00	BLOCO	FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.
38	500,00	1,77	885,00	UNIDADE	FICHA INDIVIDUAL ESCOLAR FOLHA OFÍCIO
39	500,00	1,75	875,00	UNIDADE	FOLDER 4X4 COR CONFECCIONADO EM PAPEL COUCHÊ 115G MEDINDO 20X15CM, COM ARTE E CTP INCLUSOS. TEXTOS A SEREM INCLUSOS QUANDO SOLICITADO IMPRESSOS FRENTE E VERSO
40	4.000,00	1,80	7.200,00	UNIDADE	FOLDER 4X4 COR CONFECCIONADO EM PAPEL COUCHÊ 115G MEDINDO 31X21CM, COM ARTE E CTP INCLUSOS. TEXTOS A SEREM INCLUSOS QUANDO SOLICITADO IMPRESSOS FRENTE E VERSO
41	20,00	29,00	580,00	BLOCO	FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DO IDOSOS PARA O CMV, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.
42	15,00	30,60	459,00	BLOCO	GUIA DE ENCAMINHAMENTO INTERMUNICIPAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



					- DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.
43	2.000,00	1,64	3.280,00	UNIDADE	HISTÓRICO DO PACIENTE - FISIOTERAPIA MUNICIPAL, TAMANHO OFÍCIO, IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA, GRAMATURA TIPO CARTÃO
44	20,00	31,50	630,00	BLOCO	IDENTIFICAÇÃO - FISIOTERAPIA MUNICIPAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.
45	5.000,00	2,57	12.850,00	UNIDADE	INFORMATIVO CONFECCIONADO EM PAPEL COUCHÊ DE 04 PAGINAS 180GR, 4X4 CORES MEDINDO 23X32CM COM ARTE E CTP INCLUSOS.
46	30,00	27,90	837,00	BLOCO	LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.
47	10,00	33,40	334,00	BLOCO	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.
48	20,00	29,00	580,00	BLOCO	LAUDO, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.
49	30,00	156,67	4.700,10	UNIDADE	LIVRO DE PONTO ESPECIFICO PROFESSOR COM 200 PAGINAS TAMANHO OFÍCIO
50	30,00	195,00	5.850,00	UNIDADE	LIVRO DE PONTO DIARIO COM 200 PAGINAS TAMANHO OFÍCIO
51	20,00	29,00	580,00	BLOCO	MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.
52	2.000,00	0,99	1.980,00	UNIDADE	PANFLETO COR CONFECCIONADO EM PAPEL COUCHÊ 75G MEDINDO 15X21CM, COM ARTE E CTP INCLUSOS. TEXTOS A SEREM INCLUSOS QUANDO SOLICITADO IMPRESSOS FRENTE E VERSO
53	1.000,00	4,73	4.730,00	UNIDADE	PASTA CARTÃO DUPLEX, COR VERDE, GRAMATURA 250G/M ² , 235 X 340 MM, COM IMPRESSÃO NA CAPA NA COR PRETA.
54	20,00	29,00	580,00	BLOCO	PRESCRIÇÃO DE EXERCÍCIOS/EVOLUÇÃO DIÁRIA-FISOTERAPIA, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.
55	18,00	34,20	615,60	BLOCO	RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL, BLOCO COM 100 VIAS, CADA VIA COM DUAS FOLHAS, NAS CORES BRANCA E AMARELA, TAMANHO 1/2 OFÍCIO, IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA, AUTOCOPIÁVEL, GRAMATURA COMPATÍVEL.
56	25,00	18,50	462,50	BLOCO	RECEITUÁRIO, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO 1/2 OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.
57	15,00	32,80	492,00	BLOCO	REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



					ANTIVETORIAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.
58	1.000,00	2,18	2.180,00	UNIDADE	REGISTRO MULTIPROFISSIONAL, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA TIPO CARTÃO, IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.
59	80,00	26,00	2.080,00	BLOCO	REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.
60	50,00	28,30	1.415,00	BLOCO	REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.
61	5,00	61,10	305,50	BLOCO	RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTIVETORIAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.
62	10,00	33,50	335,00	BLOCO	SEÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - RECLAMAÇÃO, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.
63	50,00	27,15	1.357,50	BLOCO	SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M ² , IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.

A opção pelo sistema de registro de preços vincula os interessados ao seu fornecimento nos valores contemplados em sua proposta pelo prazo de validade da licitação que será de 12 meses.




PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO
Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



Licitação nº 081/2019
Modalidade de Pregão Presencial nº 022/2019

MODELOS

ATENDIMENTO DOMICILIAR (PARA USO EXCLUSIVO DE SAD), BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



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

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

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)

08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa 11 - Hospital 12 - Unidade de Pronto-Atendimento 13 - Cacon/A

Modalidade de AD: destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD 1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de Atenção Básica. AD 2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, r mínimo, semanais. AD 3: usuários com os critérios de AD2, com agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica e parac

* Campo obrigatório



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



ATESTADO DE SAÚDE, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO 1/2 OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.

33

ATESTADO DE SAÚDE

ATESTO que _____

ao exame clínico não mostra sinais de doença infecto contagiosa, tem bom funcionamento dos órgãos do sentido, faculdades mentais e não apresenta defeito físico que o incapacite.

Rio Preto, _____ de _____ de 20 _____

Centro de Saúde de Rio Preto - MG



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



BOLETIM DE CAMPO E LABORATÓRIO DO LEVANTAMENTO RÁPIDO DE ÍNDICES - LIRAA, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.

LEVANTAMENTO RÁPIDO DE ÍNDICES PARA Aedes Aegypti NO BRASIL – LIRAA
METODOLOGIA PARA AVALIAÇÃO DOS ÍNDICES DE BRETEAU E PREDIAL E TIPO DE RECIPIENTES

Boletim de Campo e Laboratório do Levantamento Rápido de Índices - LIRAA																				
MUNICÍPIO/UF: _____			N.º DE QUARTEIROS: _____			N.º DE IMÓVEIS: _____			ESTRATO: _____											
BAIRRO (S): _____			N.º DE QUARTEIROS: _____			N.º DE IMÓVEIS: _____			FOLHA: _____ / _____											
N.º DO QUARTERÃO	ENDEREÇO				PREENCHIMENTO NO CAMPO				LABORATÓRIO											
	LOGRADOURO (Rua, Av., Praça, etc.)	Inóveis N.º compl.	TIPO DE RECIPIENTE	IDENTIFICAÇÃO	N.º das amostras coletadas	N.º tubitos	EXAMINADOS	N.º de tubos	EXAMINADOS	N.º de imóveis positivos p/ Aedes aegypti	N.º de imóveis positivos p/ Aedes albopictus	NÚMERO DE RECIPIENTES POSITIVOS								
	TI	Out	A1	A2	B	C	D1	D2	E	A1	A2	B	C	D1	D2	E	TOTAL	Aedes aegypti	Aedes albopictus	
TOTAL																				
Grupo A - Armazenamento de água p/ consumo humano A.1 - Caixa-d'água ligada à rede (depósitos elevados) A.2 - Depósitos ao nível do solo: consumo doméstico (barril, tira, tonel, tambor, depósito de barro, tanque, poço, cisterna, cacomba)				Grupo B - Depósitos móveis Vasos/ratoeiras, coletores, pratos, piqueteiras, recipientes de diversos materiais em geral, peças ornamentais, etc. nat. ees. construção, objetos religiosos/funerais				Grupo C - Depósitos fixos Banqueiros/depósitos em obras, hortas, canteiros e jardins, canteiros, sanitários em desuso, piscinas não tratadas, fontes ornamentais em cemitérios, cacos em muros, jardins, peças arquitet. (caixas de inspeção/poço)				Grupo D - Passíveis de remoção/proteção D.1 - Pneus e outros materiais rodantes (manchões/câmaras) D.2 - Lixo (resíduos plásticos, garrafas, latas) sucatas em pilhas, ferros-velhos e recicladoras, entulhos				Grupo E - Naturais Avulsos de folhas (bromélias, etc.), buracos em árvores e em rochas, cascos, restos de animais (cascos, carapaças)				
Nome: _____										Data: _____ / _____ / _____		Data: _____ / _____ / _____		Exame de laboratório						
Visto do Supervisor: _____										Data: _____ / _____ / _____		Data: _____ / _____ / _____		Responsável pela identificação						



BOLETIM DE REMESSA DE LARVAS PARA REVISÃO, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, PRETA.

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE JUÍZ DE FORA
 NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR - NUVEAST



BOLETIM DE REMESSA DE LARVAS PARA REVISÃO

6

Município: _____
 Semana Epidemiológica: _____

Número da Amostra	Localidade	Data da Coleta	Data do Exame	RESULTADO MUNICIPAL						REVISÃO LABORATORIAL REGIONAL										
				Número de Larvas			Número de Larvas			Aedes aegypti		Aedes albopictus		Outros		Outros		Data da Revisão		
				Larvas	Pupas	Larvas	Larvas	Pupas	Larvas	Pupas	Larvas	Pupas	Larvas	Pupas	Larvas	Pupas				

Nome do Laboratorista Regional _____

Nome do Laboratorista Municipal _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



BOLETIM ESCOLAR FOLHA OFICIO, PAPEL TIPO VERGÊ

SÃO DEVERES DO ALUNO

(Regimento Escolar, Seção II, pág 15)

- I. obedecer às normas regimentais da Escola;
- II. freqüentar as aulas e outras atividades escolares com assiduidade e respeito;
- III. apresentar-se devidamente trajado;
- IV. executar exercícios e tarefas nos prazos determinados pelos professores;
- V. apresentar aos pais e/ou responsáveis as informações enviadas pela Escola;
- VI. comunicar à Escola seu afastamento temporário por motivo de doença ou outros;
- VII. ausentar-se das salas de aula, durante as aulas, apenas com a autorização do professor;
- VIII. contribuir, no que lhe couber, para o prestígio da Escola.



Escola Municipal
Dr. José Rogério Moura de Almeida

Entidade Mantenedora: Prefeitura Municipal de Rio Preto
Rua Viscondessa do Monte Verde, 447-Rio Preto- MG
Telefone: (32) 3283-1290

BOLETIM ESCOLAR/2019

ANO ESCOLAR: _____ TURMA: _____ Nº: _____

ALUNO: _____

NASCIMENTO: _____

PAI: _____

MÃE: _____

ENDEREÇO: _____

* ENSINO FUNDAMENTAL *

NOTAS BIMESTRAIS

DISCIPLINAS	1º Bimestre 25 Pontos		2º Bimestre 25 Pontos	
	Nota	Falta	Nota	Falta
Língua Portuguesa				
Arte				
Educação Física				
Matemática				
Ciências da Natureza				
História				
Geografia				
Ensino Religioso				
Inglês				
Projeto de Informática Educativa Produção Textual/Redação				

Dias letivos: 200

Mínimo p/ aprovação: 50 pontos

* 1º AO 9º ANO DE ESCOLARIDADE *

NOTAS BIMESTRAIS

DISCIPLINAS	3º Bimestre 25 Pontos				4º Bimestre 25 Pontos		TOTAL DE PONTOS	
	25 Pontos		25 Pontos		Nota	Falta	Nota	Falta
	Nota	Falta	Nota	Falta				
Língua Portuguesa								
Arte								
Educação Física								
Matemática								
Ciências da Natureza								
História								
Geografia								
Ensino Religioso								
Inglês								
Projeto de Informática Educativa Produção Textual/Redação								

RESULTADO FINAL: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



CADASTRAMENTO DA GESTANTE, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.



Município de Rio Preto - MG

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO
COMPONENTE I - INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

36

1. Nome da Unidade de Saúde	2. Código da Unidade no SIASUS
	064262
3. Nome do Município	4. Código do Município no IBGE
RIO PRETO	315590
5. Sigla da UF	6. Código da UF no IBGE
MG	31

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

7. Nº da Gestante no SISPRENATAL	8. Gestante acompanhada pelo PSF
	Código da Área Microárea

9. Nome da Gestante	10. Data de nascimento	
11. Nome da Mãe da Gestante		
12. Endereço Residencial		
Número	Complemento	Bairro
Município	CEP	
RIO PRETO	36.130.000	

Preencher com apenas um dos seguintes documentos

13. Nº do cartão SUS	14. Nº do CPF	
15. Certidão de Nascimento ou Casamento	Livro	Folha
Nome do Cartório		
16. Identidade	Órgão Emissor	
Numero		
17. Carteira de Trabalho	Série	UF
Numero		
18. Data da 1ª Consulta de Pré-natal	19. Data da última Menstruação	
20. Assinatura do Carimbo do responsável pela primeira consulta de Pré-natal	21. Atividade Profissional do responsável pela 1ª consulta de Pré-natal	

* Preencher no campo 21 o código da atividade profissional responsável pela primeira consultal, conforme a tabela:
01 - Enfermeira; 29 - Obstetrícia; 60 - Enfermeira do PSF; 74 - Médica Geral Comunitária; 79 - Enfermeira obstetra;
22 - Ginecologia; 59 - Médico do PSF; 73 - Ginecologia/Obstetrícia; 76 - Enfermeira do PACS; 84 - médico(qualquer especialidade)



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



CADASTRO DOMICILIAR, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.

SAÚDE MAIS PERTO DE VOCE	SAÚDE SISTEMA E-SUS	CADASTRO DOMICILIAR	DIGITADO POR:	DATA:
			CONFERIDO:	FOLHA:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	Cód. CNES UNIDADE	Cód. CNES EQUIPE	MICROÁREA	DATA:
----------------------------------	-------------------	------------------	-----------	-------

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

ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA		NOME DO LOGRADOURO:		Nº:
TIPO DE LOGRADOURO:		BAIRRO:		
COMPLEMENTO:		MUNICÍPIO:		UF:
				CEP:

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

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

Assinatura

TELEFONES PARA CONTATO	TELEFONE DE REFERÊNCIA: ()
TELEFONE RESIDENCIAL: ()	

CONDIÇÕES DE MORADIA

SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA	LOCALIZAÇÃO
<input type="radio"/> Próprio <input type="radio"/> Financiada <input type="radio"/> Alugada <input type="radio"/> Arrendada <input type="radio"/> Cedida <input type="radio"/> Ocupação <input type="radio"/> Situação de Rua <input type="radio"/> Outra	<input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural

TIPO DE DOMICÍLIO	EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra
<input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Cômodo <input type="radio"/> Outro	<input type="radio"/> Proprietário <input type="radio"/> Parceiro(a) / Meeiro(a) <input type="radio"/> Assentado(a) <input type="radio"/> Posseiro <input type="radio"/> Arrendatário(a)
Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____	<input type="radio"/> Comodatário(a) <input type="radio"/> Beneficiário(a) do Banco da Terra <input type="radio"/> Não se aplica

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO	MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO
<input type="radio"/> Asfalto <input type="radio"/> Chão Batido <input type="radio"/> Fluvial <input type="radio"/> Outro	Alvenaria/Tijolo: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento
Disponibilidade de Energia Elétrica? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Taipa: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento
	Outros: <input type="radio"/> Madeira Aparelhada <input type="radio"/> Palha <input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material

ABASTECIMENTO DE ÁGUA	TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO
<input type="radio"/> Rede Encanada até o Domicílio <input type="radio"/> Poço / Nascente no Domicílio <input type="radio"/> Cisterna <input type="radio"/> Carro Pipa <input type="radio"/> Outro	<input type="radio"/> Filtração <input type="radio"/> Fervura <input type="radio"/> Cloração <input type="radio"/> Sem Tratamento
FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO	DESTINO DO LIXO
<input type="radio"/> Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial <input type="radio"/> Fossa Séptica <input type="radio"/> Fossa Rudimentar <input type="radio"/> Direto para um Rio, Lago ou Mar <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outra Forma	<input type="radio"/> Coletado <input type="radio"/> Queimado/ Enterrado <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?	QUANTOS: _____
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	QUAL(IS)? <input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Pássaro <input type="checkbox"/> De Criação (porco, galinha...) <input type="checkbox"/> Outros

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]
		/ /	¼ ½ 1 2 4 +		
		/ /	¼ ½ 1 2 4 +		
		/ /	¼ ½ 1 2 4 +		
		/ /	¼ ½ 1 2 4 +		



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



CADASTRO INDIVIDUAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.

e-SUS Atenção Básica	CADASTRO INDIVIDUAL (31)	DIGITADO POR:	DATA:	
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:	
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	MICROÁREA	DATA:*
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO				
Nº DO CARTÃO SUS	RESPONSÁVEL FAMILIAR		DATA DE NASCIMENTO:	
	É o responsável? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		/ /	
NOME COMPLETO:*				
NOME SOCIAL:			DATA DE NASCIMENTO:*	
SEXO:*	RAÇA / COR:*		Nº NIS (PIS/PASEP):	
<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	<input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena			
NOME COMPLETO DA MÃE:*				
<input type="checkbox"/> Desconhecido				
NACIONALIDADE:*		PAÍS DE NASCIMENTO:		TELEFONE CELULAR: ()
<input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro				
MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**			E-MAIL:	
INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS				
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR			OCUPAÇÃO	
<input type="radio"/> Cônjuge / Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Enteado(a) <input type="radio"/> Neto(a) / Bisneto(a) <input type="radio"/> Pai / Mãe <input type="radio"/> Sogro(a)				
<input type="radio"/> Irmão / Irmã <input type="radio"/> Genro / Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente				
FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?*				
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?			SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO	
<input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 9ª)			<input type="radio"/> Empregador	
<input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc)			<input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho	
<input type="radio"/> Classe Alfabetizada - CA <input type="radio"/> Ensino Médio Especial			<input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo)			<input type="radio"/> Autônomo com previdência social	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado			<input type="radio"/> Autônomo sem previdência social	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral, etc)			<input type="radio"/> Aposentado/Pensionista	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Nenhum			<input type="radio"/> Desempregado	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)			<input type="radio"/> Não trabalha	
			<input type="radio"/> Outro	
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="radio"/> Adulto Responsável <input type="radio"/> Outra(s) Criança(s) <input type="radio"/> Adolescente <input type="radio"/> Sozinha <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Outro				
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		POSSUI PLANO DESAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL?				
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO?			TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
SE SIM, QUAL?			SE SIM, QUAL(is)?	
<input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Lésbica <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Outro			<input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra	
<input type="radio"/> Gay <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Transsexual			<input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física	
SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO: <input type="radio"/> Óbito <input type="radio"/> Mudança de território				
TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA				
Eu, _____ portador do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde.				
Assinatura				



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



CARTÃO DA MULHER, TAMANHO APROXIMADO 21 X 23,5 CM, GRAMATURA TIPO CARTÃO, IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.

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

Ar puro - Direito do não fumante.

Faça seu exame de prevenção ao câncer pelo menos uma vez a cada dois anos.

Apalpe suas mamas após a cada menstruação, conforme lhe foi ensinado.

Procure sua unidade de atendimento se notar alguma alteração.

DST, vá ao médico, não espere os sintomas desaparecerem.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SNPES / DINSAMI



Prefeitura Municipal
de Rio Preto

PROGRAMAÇÃO DE ASSISTÊNCIA
INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

CARTÃO DA MULHER

Unidade de Saúde: _____

Nome: _____

Nº Matrícula	Nº do Prontuário	Data de Nascimento

Endereço: _____

ESTADO CIVIL

ESCOLARIDADE

Solteira

Completa

Incomp.

Casada

1º Grau

Superior

Viúva

2º Grau

Nenhuma

Outros

AGENDAMENTO

DATA	ATENDIMENTO	DATA	ATENDIMENTO

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



CARTÃO FISIOTERAPIA, TAMANHO APROXIMADO 11,5 X 7,5, GRAMATURA TIPO CARTÃO, IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA

 Prefeitura Municipal de Rio Preto Secretaria de Saúde		 SUS		FISIOTERAPIA	
Nome: _____		Dias: _____ Nº: _____		Aplic.: _____	
SUS: _____		DATA		RUBRICA	
01				VOLTAR EM	
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



COMPROVANTE DE ATENDIMENTO MÉDICO-AMBULATORIAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO APROXIMADO 21 X 15 CM, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.

100 ~~50~~ blocos 100 URGENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO
SUS - Sistema Único de Saúde - Serviço Municipal de Saúde
COMPROVANTE DE ATENDIMENTO MÉDICO - AMBULATORIAL



Médico _____ Matrícula _____ CID _____ Código _____

Nome do Paciente _____ Data do Nasc _____

Endereço _____

Nome do Responsável _____

Motivo do Atendimento _____

Descrição Sumaria do Exame Clínico _____

Diagnóstico _____

Procedimento _____

Materiais e Medicamentos:

Exames Complementares

RX Laboratório Outros

Descrição do Exame

Data Hora Assinatura Atendente Assinatura Médico Ass. do Paciente ou Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO
SUS - Sistema Único de Saúde - Serviço Municipal de Saúde
COMPROVANTE DE ATENDIMENTO MÉDICO - AMBULATORIAL



Médico _____ Matrícula _____ CID _____ Código _____

Nome do Paciente _____ Data do Nasc _____

Endereço _____

Nome do Responsável _____

Motivo do Atendimento _____

Descrição Sumaria do Exame Clínico _____

Diagnóstico _____

Procedimento _____

Materiais e Medicamentos:

Exames Complementares

RX Laboratório Outros

Descrição do Exame

Data Hora Assinatura Atendente Assinatura Médico Ass. do Paciente ou Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



COMPROVANTE DE VISITA DOMICILIAR - PROGRAMA DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO 1/2 OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE



COMPROVANTE DE VISITA DOMICILIAR

Nome do Paciente: _____

Endereço: _____ Data Nasc.: ____/____/____

Nome do Responsável: _____

Área: _____ Microárea: _____

Procedimento: _____

Descrição Sumária do Exame: _____

Data: ____/____/____ Hora: _____

Ass. do Médico

Ass. do Agente

✓ Bruna

Ass. do Paciente



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



COMUNICAÇÃO INTERNA, BLOCO COM 100 VIAS, CADA VIA COM DUAS FOLHAS, NAS CORES BRANCA E AZUL, TAMANHO 1/2 OFÍCIO, IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA, AUTOCOPIÁVEL, GRAMATURA COMPATÍVEL.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas n° 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



Prefeitura Municipal de Rio Preto

Estado de Minas Gerais

117

C I - COMUNICAÇÃO INTERNA

Nº _____

De: _____

Para: _____

Assinatura Recebedor

Data













PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



CONTROLE DE PROTOCOLO, BLOCO COM 100 FOLHAS, MEDIDA APROXIMADA 9 X 5 CM, IMPRESSÃO FRENTE NA COR PRETA.

 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 Tel.: (32) 3283-3850</p> <p>Protocolo nº _____ Data _____ Requisitante: _____ Data prevista para retorno: _____ Obs : _____ Responsável _____</p>	 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 Tel.: (32) 3283-3850</p> <p>Protocolo nº _____ Data _____ Requisitante: _____ Data prevista para retorno: _____ Obs : _____ Responsável _____</p>
 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 Tel.: (32) 3283-3850</p> <p>Protocolo nº _____ Data _____ Requisitante: _____ Data prevista para retorno: _____ Obs : _____ Responsável _____</p>	 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 Tel.: (32) 3283-3850</p> <p>Protocolo nº _____ Data _____ Requisitante: _____ Data prevista para retorno: _____ Obs : _____ Responsável _____</p>
 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 Tel.: (32) 3283-3850</p> <p>Protocolo nº _____ Data _____ Requisitante: _____ Data prevista para retorno: _____ Obs : _____ Responsável _____</p>	 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 Tel.: (32) 3283-3850</p> <p>Protocolo nº _____ Data _____ Requisitante: _____ Data prevista para retorno: _____ Obs : _____ Responsável _____</p>
 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 Tel.: (32) 3283-3850</p> <p>Protocolo nº _____ Data _____ Requisitante: _____ Data prevista para retorno: _____ Obs : _____ Responsável _____</p>	 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 Tel.: (32) 3283-3850</p> <p>Protocolo nº _____ Data _____ Requisitante: _____ Data prevista para retorno: _____ Obs : _____ Responsável _____</p>
 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 Tel.: (32) 3283-3850</p> <p>Protocolo nº _____ Data _____ Requisitante: _____ Data prevista para retorno: _____ Obs : _____ Responsável _____</p>	 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 Tel.: (32) 3283-3850</p> <p>Protocolo nº _____ Data _____ Requisitante: _____ Data prevista para retorno: _____ Obs : _____ Responsável _____</p>



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



DECLARAÇÃO - SAÚDE DA FAMÍLIA, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO APROXIMADO 21 X 10 CM, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA

COORDENADORIA DE ATENÇÃO BÁSICA /PSF/PACS/SB
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA / AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E SB

(13)

DECLARAÇÃO

DECLARO para a Secretaria de Estado da Saúde Minas Gerais-SES/MG, e Gerência Regional de Saúde de Juiz de

Fora que a Equipe do Programa de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde e SB esteve em funcionamento no mês _____ segundo a Deliberação CIB-MG nº 027 de 17/09/1999.

do Município de: _____ (Código CNES e Nome da Equipe)
trabalhando 08 (oito) horas por dia, desde: _____

NOME DO PROFISSIONAL	ESPECIALIDADE		CPF	Nº REGISTRO	ASSINATURA
	CATEGORIA PROFISSIONAL	CÓD.			

Categoria da Equipe: () Nova () Modificada
Modalidade ()

Nº Registro do Conselho respectivo, quando profissional de Nível Superior.
Em se tratando de profissional de Nível Médio, especificar o nível da escalaridade.

Localidade: _____ Data: ____/____/____ Por ser verdade, firmo a presente.





PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO 1/2 OFÍCIO, IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA, GRAMATURA 75 G/M²

	PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO SECRETARIA DE SAÚDE		SUS Sistema Único de Saúde
39 DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO			
Declaro que _____			

portador da Carteira Profissional nº _____ série _____			
permaneceu nesta unidade no dia ____ / ____ / ____			
de ____ às ____ horas, para fim de:			
_____		_____ / /	_____
Ambulatório		Localidade	Data

Ass. e nº do Servidor			

Cod 347




PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



DECLARAÇÃO, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.

34

	Prefeitura Municipal de Rio Preto Secretaria Municipal de Saúde	SAÚDE DA Família
DECLARAÇÃO		
DECLARO para os devidos fins que a Sra. _____		
_____ , matrícula _____ foi		
atendida em consulta médica na UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE RIO PRETO, no dia _____ / _____ / _____		
no período de _____ h às _____ h. Rio Preto, _____ / _____ / _____		
_____ Assinatura e Carimbo do Médico		



DIÁRIO ESCOLAR 1º AO 5º ANO (20CM X 12,5CM)

**DIÁRIO DE CLASSE
BIMESTRAL
REGISTRO GERAL DA TURMA**

ENSINO FUNDAMENTAL

(NÍVEL 1) 1º ao 5º ano

ANO: _____

SÉRIE: _____

TURMA: _____

TURNO: _____

ESTABELECIMENTO: _____

PROFESSOR: _____

HORÁRIO

AULAS	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
1ª AULA						
2ª AULA						
3ª AULA						
4ª AULA						
5ª AULA						

Número do Escaninho do Professor: _____



DIÁRIO ESCOLAR 6º AO 9º ANO (20CM X 12,5CM)

Ano Letivo

DIÁRIO DE CLASSE BIMESTRAL

disciplina

curso

série

grau

turma

turno

sala

professor

estabelecimento de ensino

HORÁRIO

AULAS	segunda	terça	quarta	quinta	sexta	sábado
1ª AULA						
2ª AULA						
3ª AULA						
4ª AULA						
5ª AULA						



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



ENCAMINHAMENTO DA APS PARA O CEAE-HAS/DM/DRC-JUIZ DE FORA, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.

ENCAMINHAMENTO DA APS PARA O CEAE-HAS/DM/DRC-JUIZ DE FORA

Nome:		
Data encaminhamento:	UAPS / CIDADE:	
Idade: ____ anos	Sexo: () M () F	Tel. de contato:
Usuário deve trazer em todas as consultas: Cartão SUS, CPF e Identidade		
Indicação para encaminhamento:		
1. Usuário com diabetes mellitus - DM		
<input type="checkbox"/> DM 1 32		
<input type="checkbox"/> DM 2:		
Recém diagnosticado, com glicemia > 300 mg/dl, e a insulinização não é possível ser realizada na APS.		
Utilizando doses máximas de antidiabéticos orais e/ou insulina e que apresentam controle metabólico ruim com HbA1c > 9 %.		
<input type="checkbox"/> Baixa de acuidade visual repentina.		
<input type="checkbox"/> Usuário com DM 1 ou DM 2 com diagnóstico de perda de sensibilidade protetora plantar ou polineuropatia diabética confirmada e/ou alterações na avaliação vascular dos pés, úlceras MMH, deformidades e amputações.		
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e Diabéticas que engravidaram		
As usuárias com DMG ou as diabéticas que engravidaram deverão ser encaminhadas ao Centro Viva Vida ou Instituto da Mulher e estes Serviços encaminharão para o Centro Hiperdia.		
2. Usuário com doença renal crônica - DRC		
Estágio: () 3B () 4 () 5		
<input type="checkbox"/> 1 ou 2 ou 3A e diminuição de FGGe > 5ml/min/ano		
<input type="checkbox"/> 1 ou 2 ou 3A e proteinúria < 1,0 g/dia + hematuria		
<input type="checkbox"/> 1 ou 2 ou 3A e proteinúria > 1,0 g/dia		
<input type="checkbox"/> Queda da FGGe > 25% e/ou aumento súbito da creatinina (>30%) do basal ao iniciar medicação(ões) que bloqueia o eixo renina-angiotensina-aldosterona		
3. Usuário com hipertensão arterial - HAS		
<input type="checkbox"/> HA resistente () HA secundária () HA paciente com alto e muito alto risco cardiovascular		
<input type="checkbox"/> HA+lesão de órgão alvo: () coração () rim () retinopatia () SNC () DVP () Doença Hipertensiva específica da gravidez		
TRAZER NA PRIMEIRA CONSULTA RESULTADOS RECENTES DOS EXAMES ABAIXO RELACIONADOS:		
Para todos os ambulatórios:		
Hg; Htc; glicemia de jejum; creatinina; colesterol; HDL colesterol; triglicérides; potássio; relação albumina-creatinina na urina.		
Observação: acrescentar os exames abaixo para o ambulatório de DM		
Glicemia jejum e 2 horas após o almoço e HbA1c		
Observação: acrescentar os exames abaixo para o ambulatório de DRC		
FGGe < 45 ml/min/1,73 m ² (Utilizar Tabela)		
Urina: EAS + PHQ		
A ausência de exames laboratoriais impedirá o atendimento ao usuário		

Médico da APS / carimbo

Comentários adicionais (utilize o verso se necessário)

Data Base: Abril/2016



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



EXAMES DE PRÉ-NATAL (1ª ROTINA), BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO 1/2 OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.

100 folhas - 100



PREFEITURA MUNICIPAL
DE RIO PRETO
Secretaria Municipal de Saúde



SUS

Nome: _____

Endereço: _____

EXAMES DE PRÉ-NATAL (1ª Rotina)

TIPO DE EXAME	SIM	NÃO
GRUPO SANGUÍNEO		
FATOR RH		
VDRL		
GLICEMIA		
HEMOGRAMA COMPLETO		
TOXOPLASMOSE IgG		
TOXOPLASMOSE IgM		
URINA - EAS		
FEZES PARASITOLÓGICO		
CULTURA - URINA		
ANTI-HIV		
HBsAg		

Rio Preto, ____ / ____ / ____

Médico Solicitante



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



EXAMES DE PRÉ-NATAL (2ª ROTINA), BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO 1/2 OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.



Nome: _____ 42

Endereço: _____

EXAMES DE PRÉ-NATAL (2ª Rotina) Próximo à trigésima semana da Gestação

TIPO DE EXAME	SIM	NÃO
GRUPO SANGÜÍNEO		
FATOR RH		
VDRL		
GLICEMIA		
HEMOGRAMA COMPLETO		
URINA - EAS		
CULTURA - URINA		
FEZES PARASITOLÓGICO		
HBsAg		

Rio Preto, ____ / ____ / ____

Médico Solicitante



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.

	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

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

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



Problema/Condição avaliada*		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Doenças transmissíveis	Tuberculose														
	Hanseníase														
	Dengue														
	DST														
	Rastreio	Câncer do colo do útero													
		Câncer de mama													
		Risco cardiovascular													
		Outros													
	Outros	CIAP-2													
		CIAP-2													
CID-10															
CID-10															
Exames solicitados (S) e avaliados (A)	Coletar total														
	Creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	
	EAS/EDU	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	
	Electrocardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	
	Electroforese de hemoglobina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	
	Espirometria	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	
	Exame de escarro	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	
	Glicemia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	
	HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	
	Hemoglobina glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	
	LDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	
	Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	
	Sorologia de sífilis (VDRL)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	
	Sorologia para dengue	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	
	Sorologia para HIV	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	
	Teste indireto de antígeno humana (TIA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	
	Teste de gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	
	Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	
	Urocultura	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	
	Triagem neonatal	Teste da orelhinha (EOA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
		Teste do olhinho (TRV)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
		Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
	Outros exames (S) e avaliados (A)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S
		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	
		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	
Ficou em Observação?		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	
NAS/Polio	Avaliação/Diagnóstico	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	
	Procedimentos Clínicos/ Terapêutico														
	Prescrição terapêutica														
	Retorno para consulta agendada														
Condição/Diagnóstico	Retorno p/ cuidado continuado/programado														
	Agendamento para grupos														
	Agendamento p/ NASF														
	Encaminhamento	Alta do episódio													
		Encaminhamento interno no dia													
		Encaminhamento p/ serviço especializado													
		Encaminhamento p/ CAPS													
		Encaminhamento p/ internação hospitalar													
		Encaminhamento p/ urgência													
		Encaminhamento p/ serviço de Atenção Domiciliar													
Encaminhamento Intersetorial															

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

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)

08 - Instituição/Abrijo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa Aleitamento materno: 01 - Exclusivo 02 - Predominante

03 - Complementado 04 - Inexistente Racionalidade em saúde: 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposofia Aplicada à Saúde

03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Ayurveda 06 - Outra (caso a racionalidade utilizada seja a Alopátia/Convencional, deixar este campo em branco)

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

* Campo obrigatório



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.

SAÚDE ATENÇÃO BÁSICA	FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

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

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN	MTN
Nº PRONTUÁRIO													
CNS DO CIDADÃO													
Data de nascimento*	Dia/mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano												
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Local de atendimento* (ver legenda)													
Paciente com necessidades especiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de atendimento*													
Demanda espontânea													
Consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escuta inicial/Orientação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulta no dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atendimento de urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de consulta*													
Primeira consulta odontológica programática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulta de retorno em odontologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulta de manutenção em odontologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilância em Saúde Bucal*													
Abscesso dentoalveolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteração em tecidos moles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor de dente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fendas ou fissuras labiopalatais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluorose dentária moderada ou severa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumatismo dentoalveolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não identificado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedimentos (quantidade realizada)													
Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adaptação de prótese dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplicação de cariostático (por dente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplicação de selante (por dente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capeamento pulpar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cimentação de prótese dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curativo de dêmora c/ ou s/ preparo biomecânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drenagem de abscesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evidenciação de placa bacteriana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exodontia de dente decíduo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exodontia de dente permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instalação de prótese dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moldagem dentogengival p/ construção de prótese dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientação de higiene bucal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Procedimentos realizados	Profilaxia/Remoção da placa bacteriana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pulpotomia dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Radiografia periapical/interproximal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente decíduo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente permanente anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Restauração de dente permanente posterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Selamento provisório de cavidade dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tratamento de alveolite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ulotomia/ulectomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Outros procedimentos (código do SIGTAP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fornecimento	Escova dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Creme dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fio dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conduta/Desfecho*	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ outros profissionais AB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ Nasf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Alta do episódio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tratamento concluído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Encaminhamento	Atendimento a pacientes c/ necessidades especiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Cirurgia BMF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Endodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Estomatologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantodontia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Odontopediatria		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ortodontia/Ortopedia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Periodontia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prótese dentária		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Radiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA - ATENÇÃO BÁSICA, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.

SAÚDE ATENÇÃO BÁSICA	8	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA	DIGITADO POR:	DATA: / /
			CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

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

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

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

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



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

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

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório ao informar lista de participantes

***Campo com obrigatoriedade condicionada



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.

 	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA		DIGITADO POR:	DATA: / /
			CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

DATA DE ATIVIDADE	HORA INÍCIO	HORA FIM	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO
/ /	:	:	_____	____-____
Nº INEP (ESCOLA / CRECHE)	PROGRAMAÇÃO DE Nº DE PARTICIPANTES		_____	____-____
_____	_____		_____	____-____
LOCAL DE ATIVIDADES:			_____	____-____
			_____	____-____
			_____	____-____

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

ATIVIDADE (Opção Única)		TEMAS PARA REUNIÃO (Opção Múltipla)	
<input type="radio"/> 01	Reunião de Equipe	<input type="checkbox"/> 01	Questões Administrativas / Funcionamento
<input type="radio"/> 02	Reunião com outras Equipes de Saúde	<input type="checkbox"/> 02	Processos de Trabalho
<input type="radio"/> 03	Reunião Intersetorial / Conselho Local de Saúde / Controle Social	<input type="checkbox"/> 03	Diagnóstico do Território / Monitoramento do Território
		<input type="checkbox"/> 04	Planejamento / Monitoramento das Ações da Equipe
		<input type="checkbox"/> 05	Discussão de Caso / Projeto Terapêutico Singular
		<input type="checkbox"/> 06	Educação Permanente
		<input type="checkbox"/> 07	Outros

PÚBLICO ALVO (Opção Múltipla)		PRÁTICAS / TEMAS PARA SAÚDE (Opção Múltipla)			
<input type="checkbox"/> 01	Comunidade em geral	<input type="checkbox"/> 01	Alimentação Saudável	<input type="checkbox"/> 18	Semana Saúde na Escola
<input type="checkbox"/> 02	Criança 0 a 3 anos	<input type="checkbox"/> 02	Aplicação tópica de flúor	<input type="checkbox"/> 19	Agravos Negligenciados
<input type="checkbox"/> 03	Criança 4 a 5 anos	<input type="checkbox"/> 03	Acuidade Visual	<input type="checkbox"/> 20	Antropometria
<input type="checkbox"/> 04	Criança 6 a 11 anos	<input type="checkbox"/> 04	Autocuidado de pessoas com Doenças Crônicas	<input type="checkbox"/> 21	Outros
<input type="checkbox"/> 05	Adolescente	<input type="checkbox"/> 05	Cidadania e Direitos Humanos		
<input type="checkbox"/> 06	Mulher	<input type="checkbox"/> 06	Saúde do Trabalhador		
<input type="checkbox"/> 07	Gestante	<input type="checkbox"/> 07	Dependência Química (Tabaco, Álcool e Outras drogas)		
<input type="checkbox"/> 08	Homem	<input type="checkbox"/> 08	Envelhecimento (Climatério, Andropausa, etc.)		
<input type="checkbox"/> 09	Familiares	<input type="checkbox"/> 09	Escovação Dental Supervisionada		
<input type="checkbox"/> 10	Idoso	<input type="checkbox"/> 10	Plantas Medicinais / Fitoterapia		
<input type="checkbox"/> 11	Pessoas com Doenças Crônicas	<input type="checkbox"/> 11	Práticas Corporais / Atividade Física		
<input type="checkbox"/> 12	Usuário de Tabaco	<input type="checkbox"/> 12	Práticas Corporais e Mentais em PIC		
<input type="checkbox"/> 13	Usuário de Álcool	<input type="checkbox"/> 13	Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz		
<input type="checkbox"/> 14	Usuário de Outras Drogas	<input type="checkbox"/> 14	Saúde Ambiental		
<input type="checkbox"/> 15	Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental	<input type="checkbox"/> 15	Saúde Bucal		
<input type="checkbox"/> 16	Profissional de Educação	<input type="checkbox"/> 16	Saúde Mental		
<input type="checkbox"/> 17	Outros	<input type="checkbox"/> 17	Saúde Sexual e Reprodutiva		

Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	Cód. CNES UNIDADE	Cód. CNES EQUIPE	Nº DE PARTICIPANTES	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	RÚBRICA / CARIMBO DO PROFISSIONAL
_____	_____	_____	_____	_____	



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



Nº	Nº CARTÃO SUS	DATA DE NASCIMENTO	AVALIAÇÃO ALTERADA	Obrigatório somente para Antropometria		ASSINATURA
				PESO	ALTURA	
1	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
2	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
3	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
4	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
5	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
6	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
7	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
8	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
9	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
10	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
11	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
12	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
13	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
14	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
15	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
16	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
17	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
18	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
19	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
20	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
21	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
22	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
23	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
24	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
25	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
26	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
27	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
28	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
29	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
30	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
31	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
32	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			
33	□□□□□□□□□□□□□□□□	/ /	<input type="checkbox"/>			



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



FICHA DE PROCEDIMENTOS, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.

	FICHA DE PROCEDIMENTOS	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

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

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Procedimentos/Pequenas cirurgias* Outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Procedimentos consolidados

Total no período	Aferição de PA	<input type="checkbox"/>
	Aferição de temperatura	<input type="checkbox"/>
	Curativo simples	<input type="checkbox"/>
	Coleta de material para exame laboratorial	<input type="checkbox"/>
	Glicemia capilar	<input type="checkbox"/>
	Medição de altura	<input type="checkbox"/>
	Medição de peso	<input type="checkbox"/>

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

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

*Campo obrigatório



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.

nao fazer frente e verso (reporado)

SAÚDE ATENÇÃO BÁSICA		FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL		DIGITADO POR:	DATA: / /																			
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº: /																			
CNS DO PROFISSIONAL*		CBO*		INE*																				
CNS*		CNE*		DATA: / /																				
Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
TURNO*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MICROÁREA*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIPO DE IMÓVEL*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nº PRONTUÁRIO																								
<p><i>12 e 13</i></p> <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																						
Sexo*		Ano																						
Visita compartilhada com outro profissional		<input type="checkbox"/>																						
Cadastro/Atualização		<input type="checkbox"/>																						
Visita periódica		<input type="checkbox"/>																						
Busca ativa		<input type="checkbox"/>																						
Exame		<input type="checkbox"/>																						
Vacina		<input type="checkbox"/>																						
Condições de Bolsa Família		<input type="checkbox"/>																						
Gestante		<input type="checkbox"/>																						
Puerpera		<input type="checkbox"/>																						
Recém-nascido		<input type="checkbox"/>																						
Criança		<input type="checkbox"/>																						
Pessoa com desnutrição		<input type="checkbox"/>																						

VD/e-SUS AB v.2/1

1/2



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



FICHA INDIVIDUAL ESCOLAR FOLHA OFICIO



Escola Municipal Dr. José Rogério Moura de Almeida

Entidade Mantenedora: Prefeitura Municipal de Rio Preto - Rua Viscondessa do Monte Verde, 447-Rio Preto- MG
Resolução nº 8788/98 de 09/02/98 - MG 12/02/98 - Portaria SEE nº 1635/2002 - MG 04/07/02

1º AO 9º ANO DE ESCOLARIDADE DO ENSINO FUNDAMENTAL

FICHA INDIVIDUAL DO ALUNO												4º E 5º ANO DE ESCOLARIDADE - TARDE			ANO LETIVO: 2019	
CPF:						CARTÃO SUS:										
NOME DO ALUNO:																
PAI:																
MAE:																
ENDEREÇO:										NATURALIDADE:						
DATA DE NASCIMENTO	ANO ESCOLAR	TURMA	NÚMERO	TURNO	MÍNIMO P/ PROMOÇÃO	DIAS LETIVOS	CHTOTAL	REMANEJAMENTO PARA			BOLSA FAMÍLIA					
				3º/TARDE	50%	200	800HR	TURMA	Nº	DATA	() SIM	() NÃO				
Base Nacional Comum LDBEN nº9394/96, Parecer CEE nº 1132/97 e nº 1158/98, Resol. SEE nº 06/00, nº 08/00, 07/10-Parecer CEB nº 04/98 e Resol. CEB nº 02/98- Lei 11.247 de fevereiro de 2006																
BIMESTRE	VERIFICAÇÃO DO RENDIMENTO	ÁREAS DE CONHECIMENTO - CONTEÚDOS CURRICULARES BASE NACIONAL COMUM							PARTE DIVERSIFICADA					OBSERVAÇÕES:		
		LINGUAGENS			MATEMÁTICA	CIÊNCIAS DA NATUREZA	CIÊNCIAS HUMANAS	ENSINO RELIGIOSO	LINGUAGENS							
		Língua Portuguesa	Arte	Educação Física	Matemática	Ciências da Natureza	História	Geografia	Ensino Religioso	Inglês	Projeto de Informática Educativa	Produção Textual/ Redação				
1º	NOTA															
	FALTA															
2º	NOTA															
	FALTA															
3º	NOTA															
	FALTA															
4º	NOTA															
	FALTA															
RESULTADO FINAL	TOTAL ANUAL DE PONTOS															
	TOTAL ANUAL DE FALTAS															
CARGA HORÁRIA (HR)		200	33:20	33:20	166:40	66:40	100	66:40	33:20	33:20	33:20	33:20				
TÉRMINO DO ANO LETIVO: 17 de dezembro de 2019. CONCEITOS BIMESTRAIS: O: Ótimo B: Bom S: Suficiente I: Insuficiente																
SITUAÇÃO DO ALUNO: () APROVADO () REPROVADO () DESISTENTE () EM CONTINUIDADE () TRANSFERIDO EM ____/____/____																



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



Escola Municipal Dr. José Rogério Moura de Almeida

Entidade Mantenedora: Prefeitura Municipal de Rio Preto - Rua Viscondessa do Monte Verde, 447-Rio Preto- MG
Resolução nº 8788/98 de 09/02/98 – MG 12/02/98 - Portaria SEE nº 1635/2002 – MG 04/07/02

1º AO 9º ANO DE ESCOLARIDADE DO ENSINO FUNDAMENTAL

FICHA INDIVIDUAL DO ALUNO										6º AO 8º ANO DE ESCOLARIDADE - MANHÃ				ANO LETIVO: 2019					
CPF:										CARTÃO SUS:									
NOME DO ALUNO:																			
PAI:																			
MÃE:																			
ENDEREÇO:										NATURALIDADE:									
DATA DE NASCIMENTO		ANO ESCOLAR		TURMA		NÚMERO		TURNO		MÍNIMO P/ PROMOÇÃO		DIAS LETIVOS		CHTOTAL		REMANEJAMENTO PARA		BOLSA FAMÍLIA	
								1º/MANHÃ		50%		200		1000HR		TURMA Nº DATA		() () SIM NÃO	
Base Nacional Comum																			
<small>LDBEN nº9394/96, Parecer CEE nº 1132/97 e nº 1158/98, Resol. SEE nº 06/00, nº 08/00, 07/10-Parecer CEB nº 04/98 e Resol. CEB nº 02/98- Lei 11.247 de fevereiro de 2006</small>																			
BIMESTRE	VERIFICAÇÃO DO RENDIMENTO	ÁREAS DE CONHECIMENTO - CONTEÚDOS CURRICULARES BASE NACIONAL COMUM										PARTE DIVERSIFICADA				SITUAÇÃO DO ALUNO: () APROVADO () REPROVADO () DESISTENTE () TRANSFERIDO EM () APROVADO C/ PROGRESSÃO PARCIAL NA(S) DISCIPLINA(S) DE: Observações:			
		LINGUAGENS			MATEMÁTICA	CIÊNCIAS DA NATUREZA		CIÊNCIAS HUMANAS		ENSINO RELIGIOSO	LINGUAGENS			MATEMÁTICA					
		Língua Portuguesa	Arte	Educação Física	Matemática	Ciências da Natureza	História	Geografia	Ensino Religioso	Inglês	Informática Educativa	Produção Textual / Redação	Geometria						
1º	NOTA																		
	25 pontos FALTA																		
2º	NOTA																		
	25 pontos FALTA																		
3º	NOTA																		
	25 pontos FALTA																		
4º	NOTA																		
	25 pontos FALTA																		
RESULTADO FINAL	TOTAL ANUAL DE PONTOS																		
	TOTAL ANUAL DE FALTAS																		
CARGA HORÁRIA (HR)		200	33:20	66:40	166:40	100	100	100	33:20	66:40	33:20	66:40	33:20						
Término do ano letivo: 17 de dezembro de 2019										Conceitos bimestrais: O: Ótimo B: Bom S: Suficiente I: Insuficiente									
PROGRESSÃO PARCIAL REFERENTE AO ANO DE 20 ANO ESCOLAR / TURMA (ANO ANTERIOR) _____ / _____ DISCIPLINA: _____ 1º Semestre: Nota: _____ Resultado: _____ 2º Semestre: Nota: _____ Resultado: _____ RESULTADO FINAL: _____ <small>Critério de Aprovação: 100 pontos por semestre</small>										PROGRESSÃO PARCIAL REFERENTE AO ANO DE 20 ANO ESCOLAR / TURMA (ANO ANTERIOR) _____ / _____ DISCIPLINA: _____ 1º Semestre: Nota: _____ Resultado: _____ 2º Semestre: Nota: _____ Resultado: _____ RESULTADO FINAL: _____ <small>Critério de Aprovação: 100 pontos por semestre</small>									



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



Escola Municipal Dr. José Rogério Moura de Almeida

Entidade Mantenedora: Prefeitura Municipal de Rio Preto - Rua Viscondessa do Monte Verde, 447-Rio Preto- MG
Resolução nº 8788/98 de 09/02/98 - MG 12/02/98 - Portaria SEE nº 1635/2002 - MG 04/07/02

1º AO 9º ANO DE ESCOLARIDADE DO ENSINO FUNDAMENTAL

FICHA INDIVIDUAL DO ALUNO										6º AO 8º ANO DE ESCOLARIDADE - TARDE			ANO LETIVO: 2019	
CPF:					CARTÃO SUS:									
NOME DO ALUNO:														
PAI:														
MÃE:														
ENDEREÇO:										NATURALIDADE:				
DATA DE NASCIMENTO	ANO ESCOLAR	TURMA	NÚMERO	TURNO	MÍNIMO P/ PROMOÇÃO	DIAS LETIVOS	CHTOTAL	REMANEJAMENTO PARA			BOLSA FAMILIA			
				3º/TARDE	50%	200	833:20HR	TURMA	Nº	DATA	() SIM	() NÃO		
Base Nacional Comum LOBEN nº9394/96, Parecer CEE nº 1132/97 e nº 1158/98, Resol. SEE nº 06/00, nº 08/00, 07/10-Parecer CEB nº 04/98 e Resol. CEB nº 02/98- Lei 11.247 de fevereiro de 2006														
BIMESTRE	VERIFICAÇÃO DO RENDIMENTO	ÁREAS DE CONHECIMENTO - CONTEÚDOS CURRICULARES BASE NACIONAL COMUM							PARTE DIVERSIFICADA			SITUAÇÃO DO ALUNO: () APROVADO () REPROVADO () DESISTENTE () TRANSFERIDO EM _____ / _____ / _____ () APROVADO C/ PROGRESSÃO PARCIAL NA(S) DISCIPLINA(S) DE: _____ Observações: _____		
		LINGUAGENS			MATEMÁTICA	CIÊNCIAS DA NATUREZA	CIÊNCIAS HUMANAS	ENSINO RELIGIOSO	LINGUAGENS					
		Língua Portuguesa	Arte	Educação Física	Matemática	Ciências da Natureza	História	Geografia	Ensino Religioso	Inglês	Informática Educativa		Produção Textual / Redação	
1º	NOTA													
	25 pontos FALTA													
2º	NOTA													
	25 pontos FALTA													
3º	NOTA													
	25 pontos FALTA													
4º	NOTA													
	25 pontos FALTA													
RESULTADO FINAL	TOTAL ANUAL DE PONTOS													
	TOTAL ANUAL DE FALTAS													
CARGA HORÁRIA (HR)		166:40	33:20	33:20	166:40	100	100	66:40	33:20	66:40	33:20	33:20		
TÉRMINO DO ANO LETIVO: 17 de dezembro de 2019.					CONCEITOS BIMESTRAIS: O: Ótimo B: Bom S: Suficiente I: Insuficiente									
PROGRESSÃO PARCIAL REFERENTE AO ANO DE 20 _____ ANO ESCOLAR / TURMA (ANO ANTERIOR) _____ / _____ DISCIPLINA: _____ 1º Semestre: Nota: _____ Resultado: _____ 2º Semestre: Nota: _____ Resultado: _____ RESULTADO FINAL: _____ Critério de Aprovação: 100 pontos por semestre							PROGRESSÃO PARCIAL REFERENTE AO ANO DE 20 _____ ANO ESCOLAR / TURMA (ANO ANTERIOR) _____ / _____ DISCIPLINA: _____ 1º Semestre: Nota: _____ Resultado: _____ 2º Semestre: Nota: _____ Resultado: _____ RESULTADO FINAL: _____ Critério de Aprovação: 100 pontos por semestre							



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



Escola Municipal Dr. José Rogério Moura de Almeida

Entidade Mantenedora: Prefeitura Municipal de Rio Preto - Rua Viscondessa do Monte Verde, 447-Rio Preto- MG
Resolução nº 8788/98 de 09/02/98 – MG 12/02/98 - Portaria SEE nº 1635/2002 – MG 04/07/02

1º AO 9º ANO DE ESCOLARIDADE DO ENSINO FUNDAMENTAL

FICHA INDIVIDUAL DO ALUNO										9º ANO DE ESCOLARIDADE - TARDE			ANO LETIVO: 2019	
CPF:					CARTÃO SUS:									
NOME DO ALUNO:														
PAI:														
MÃE:														
ENDEREÇO:										NATURALIDADE:				
DATA DE NASCIMENTO		ANO ESCOLAR		TURMA	NÚMERO	TURNO	MÍNIMO P/ PROMOÇÃO	DIAS LETIVOS	CHTOTAL	REMANEJAMENTO PARA			BOLSA FAMÍLIA	
						3º/TARDE	50%	200	833:20HR	TURMA	Nº	DATA	() SIM	() NÃO
Base Nacional Comum LDBEN nº9394/96, Parecer CEE nº 1132/97 e nº 1158/98, Resol. SEE nº 06/00, nº 08/00, 07/10-Parecer CEB nº 04/98 e Resol. CEB nº 02/98- Lei 11.247 de fevereiro de 2006														
BIMESTRE	VERIFICAÇÃO DO RENDIMENTO	ÁREAS DE CONHECIMENTO - CONTEÚDOS CURRICULARES BASE NACIONAL COMUM							PARTE DIVERSIFICADA			SITUAÇÃO DO ALUNO: () APROVADO () REPROVADO () DESISTENTE () TRANSFERIDO EM _____ / _____ / _____ () APROVADO C/ PROGRESSÃO PARCIAL NA(S) DISCIPLINA(S) DE: _____ Observações: _____		
		LINGUAGENS			MATEMÁTICA	CIÊNCIAS DA NATUREZA	CIÊNCIAS HUMANAS	ENSINO RELIGIOSO	LINGUAGENS					
		Língua Portuguesa	Arte	Educação Física	Matemática	Ciências da Natureza	História	Geografia	Ensino Religioso	Inglês	Informática Educativa		Produção Textual / Redação	
1º	NOTA													
	25 pontos FALTA													
2º	NOTA													
	25 pontos FALTA													
3º	NOTA													
	25 pontos FALTA													
4º	NOTA													
	25 pontos FALTA													
RESULTADO FINAL	TOTAL ANUAL DE PONTOS													
	TOTAL ANUAL DE FALTAS													
CARGA HORÁRIA (HR)		166:40	33:20	33:20	166:40	133:20	100	66:40	33:20	33:20	33:20	33:20		
TÉRMINO DO ANO LETIVO: 17 de dezembro de 2019.					CONCEITOS BIMESTRAIS: O: Ótimo B: Bom S: Suficiente I: Insuficiente									
PROGRESSÃO PARCIAL REFERENTE AO ANO DE 20 _____ ANO ESCOLAR / TURMA (ANO ANTERIOR) _____ / _____ DISCIPLINA: _____ 1º Semestre: Nota: _____ Resultado: _____ 2º Semestre: Nota: _____ Resultado: _____ RESULTADO FINAL: _____ Critério de Aprovação: 100 pontos por semestre							PROGRESSÃO PARCIAL REFERENTE AO ANO DE 20 _____ ANO ESCOLAR / TURMA (ANO ANTERIOR) _____ / _____ DISCIPLINA: _____ 1º Semestre: Nota: _____ Resultado: _____ 2º Semestre: Nota: _____ Resultado: _____ RESULTADO FINAL: _____ Critério de Aprovação: 100 pontos por semestre							



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



Escola Municipal Dr. José Rogério Moura de Almeida

Entidade Mantenedora: Prefeitura Municipal de Rio Preto - Rua Viscondessa do Monte Verde, 447-Rio Preto- MG
Resolução nº 8788/98 de 09/02/98 - MG 12/02/98 - Portaria SEE nº 1635/2002 - MG 04/07/02

1º AO 9º ANO DE ESCOLARIDADE DO ENSINO FUNDAMENTAL

FICHA INDIVIDUAL DO ALUNO										9º ANO DE ESCOLARIDADE - MANHÃ				ANO LETIVO: 2019						
CPF:					CARTÃO SUS:															
NOME DO ALUNO:																				
PAI:																				
MÃE:																				
ENDEREÇO:										NATURALIDADE:										
DATA DE NASCIMENTO		ANO ESCOLAR		TURMA		NÚMERO		TURNO		MÍNIMO P/ PROMOÇÃO		DIAS LETIVOS		CHTOTAL		REMANEJAMENTO PARA		BOLSA FAMÍLIA		
								1º/MANHÃ		50%		200		1000HR		TURMA Nº DATA		() () SIM NÃO		
Base Nacional Comum LDBEN nº9394/96, Parecer CEE nº 1132/97 e nº 1158/98, Resol. SEE nº 06/00, nº 08/00, 07/10-Parecer CEB nº 04/98 e Resol. CEB nº 02/98- Lei 11.247 de fevereiro de 2006																				
BIMESTRE	VERIFICAÇÃO DO RENDIMENTO	ÁREAS DE CONHECIMENTO - CONTEÚDOS CURRICULARES BASE NACIONAL COMUM										PARTE DIVERSIFICADA								SITUAÇÃO DO ALUNO: () APROVADO () REPROVADO () DESISTENTE () TRANSFERIDO EM _____ () APROVADO C/ PROGRESSÃO PARCIAL NA(S) DISCIPLINA(S) DE: _____ Observações: _____
		LINGUAGENS			MATEMÁTICA	CIÊNCIAS DA NATUREZA	CIÊNCIAS HUMANAS		ENSINO RELIGIOSO	LINGUAGENS			MATEMÁTICA							
		Língua Portuguesa	Arte	Educação Física	Matemática	Ciências da Natureza	História	Geografia	Ensino Religioso	Inglês	Informática Educativa	Produção Textual / Redação	Geometria							
1º	NOTA																			
	25 pontos FALTA																			
2º	NOTA																			
	25 pontos FALTA																			
3º	NOTA																			
	25 pontos FALTA																			
4º	NOTA																			
	25 pontos FALTA																			
RESULTADO FINAL	TOTAL ANUAL DE PONTOS																			
	TOTAL ANUAL DE FALTAS																			
CARGA HORÁRIA (HR)		200	33:20	66:40	166:40	133:20	100	100	33:20	66:40	33:20	33:20	33:20							
Término do ano letivo: 17 de dezembro de 2019										Conceitos bimestrais: O: Ótimo B: Bom S: Suficiente I: Insuficiente										
PROGRESSÃO PARCIAL REFERENTE AO ANO DE 20 ANO ESCOLAR / TURMA (ANO ANTERIOR) _____ / _____ DISCIPLINA: _____ 1º Semestre: Nota: _____ Resultado: _____ 2º Semestre: Nota: _____ Resultado: _____ RESULTADO FINAL: _____ Critério de Aprovação: 100 pontos por semestre										PROGRESSÃO PARCIAL REFERENTE AO ANO DE 20 ANO ESCOLAR / TURMA (ANO ANTERIOR) _____ / _____ DISCIPLINA: _____ 1º Semestre: Nota: _____ Resultado: _____ 2º Semestre: Nota: _____ Resultado: _____ RESULTADO FINAL: _____ Critério de Aprovação: 100 pontos por semestre										



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DO IDOSOS PARA O CMV, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.

		PROGRAMA MAIS VIDA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE – MINAS GERAIS	
31		Formulário de encaminhamento do Idoso para o CMV FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE CONSULTA DO IDOSO FRÁGIL	
CENTRO MAIS VIDA DE REFERENCIA EM ATENÇÃO AO IDOSO			
Nome do paciente:			
CNS:		Data do atendimento:	
Responsável/ Acompanhante:			
Endereço:			
Médico Responsável pelo encaminhamento:			
Unidade de referência/ Município:			
Motivo do encaminhamento:			
Anexos <input type="checkbox"/> Plano de cuidados <input type="checkbox"/> Exames/ Citar e anexar quando já realizados			
Código / Senha – Autorização:			
Local da consulta: Centro Mais Vida			
Endereço:			
Agendamento da consulta		Data:	Horário:
Agendamento do transporte		Data:	Horário:
Assinatura / Carimbo do responsável técnico pelo agendamento		Data:	Horário:



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



HISTÓRICO DO PACIENTE - FISIOTERAPIA MUNICIPAL, TAMANHO OFÍCIO, IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA, GRAMATURA TIPO CARTÃO



Prefeitura Municipal de Rio Preto
Secretaria Municipal de Saúde

9



FISIOTERAPIA MUNICIPAL

Nome: _____

Profissão	Naturalidade	Estado Civil	Cor	Idade	Data do Nascimento
					____/____/____

Residência: _____

Diagnóstico: _____

Dr.: _____

Dias: _____

HISTÓRICO DO PACIENTE

TRATAMENTO

DATA	EXAME FISIOTERÁPICO / EVOLUÇÃO	ALTAS



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO
Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



DATA	EXAME FISIOTERÁPICO / EVOLUÇÃO	ALTAS



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



IDENTIFICAÇÃO - FISIOTERAPIA MUNICIPAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.



Prefeitura Municipal de Rio Preto
Secretaria Municipal de Saúde



24

FISIOTERAPIA MUNICIPAL

I - IDENTIFICAÇÃO:

Nome:

Endereço Completo:

Profissão:

Data da Avaliação:

Cor:

Estado Civil:

Sexo:

Telefone:

Data de Nascimento:

Médico Assistente:

Fisioterapeuta Avaliador:

II - ANAMNESE

Diagnóstico Clínico / Médico

Queix: Principal:

História da Doença Principal:



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



Histórias Patológicas Progressas:

--

Exames /complementares (Laudo):

--

III – EXAME FÍSICO:

--

IV – OBSERVAÇÃO:

--



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC		PRONTUÁRIO Nº
Tomografia, Arteriografia, Cateterismo, Cintilografia, Antioplastia, Litotripsia, Ressonância Magnética, Dos, Ciclosporina, Embolização, Infusão, Pielografia, Biópsia Percutânea Orientada, Drenagem Percutânea Orientada, Densitometria		
IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE		
NOME	CNPJ / CPF	
DADOS DO PACIENTE		
NOME		
CPF OU CNS	NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
ENDEREÇO (LOGRADOURO, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO)		TELEFONE
MUNICÍPIO	UF	CEP
DATA DE NASCIMENTO		SEXO
		MASC 1 FEM 2
CONVÊNIO		NOME DO CONVÊNIO
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		
DADOS DA SOLICITAÇÃO		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	
CPF MÉDICO	NOME DO MÉDICO	
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO		
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA		CID 10
HISTÓRIA CLÍNICA - EXAMES FÍSICO E COMPLEMENTARES (RESUMO)		
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO - ANEXAR LAUDOS EXAMES COMPLEMENTARES		
DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	




PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.

37

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL fls. 1/2			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			2 - CNES
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3 - NOME DO PACIENTE		4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
8 - RAÇA/COR		9 - NOME DA MÃE	
10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		11 - NOME DO RESPONSÁVEL	
12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	16 - UF
17 - CEP			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
20 - QTDE.			
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
23 - QTDE.			
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
26 - QTDE.			
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
29 - QTDE.			
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
32 - QTDE.			
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
35 - QTDE.			
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		37 - CID10 PRINCIPAL, 38 - CID10 SECUNDÁRIO, 39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS	
40 - OBSERVAÇÕES			
SOLICITAÇÃO			
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		42 - DATA DA SOLICITAÇÃO	45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
43 - DOCUMENTO () CNS () CPF		44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC a / /			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)			
54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			55 - CNES



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



LAUDO, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.



Prefeitura Municipal de Rio Preto



Laudo

12



Prefeitura Municipal
de Rio Preto
Secretaria de Saúde





PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



LIVRO DE PONTO ESPECIFICO PROFESSOR COM 200 PAGINAS TAMANHO OFÍCIO

ANO: _____				DIAS LETIVOS: _____							
Função:		Turno:		Nome:		Cargo:		Função:		Turno:	
ENTRADA			SAÍDA			ENTRADA			SAÍDA		
Assinatura			Hora	Rubrica	DIA	Hora	Assinatura		Hora	Rubrica	
					1						
					2						
					3						
					4						
					5						
					6						
					7						
					8						
					9						
					10						
					11						
					12						
					13						
					14						
					15						
					16						
					17						
					18						
					19						
					20						
					21						
					22						
					23						
					24						
					25						
					26						
					27						
					28						
					29						
					30						
					31						

Assinatura do Diretor:			
RESUMO MENSAL			
PRESENCAS	FALTAS	LICENÇAS	FREQÜÊNCIA
Obs.:			



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



LIVRO DE PONTO DIARIO COM 200 PAGINAS TAMANHO OFÍCIO

122

*livro de ponto
200 páginas
com termo de abertura e encerramento*
Educação

MÊS:				ANO:				DIAS LETIVOS:							
Nome:				Nome:											
Cargo:		Função:		Turno:		Cargo:		Função:		Turno:					
DIA	ENTRADA			SAÍDA			DIA	ENTRADA			SAÍDA				
	Hora	Assinatura		Hora	Rubrica			Hora	Assinatura		Hora	Rubrica			
1							1								
2							2								
3							3								
4							4								
5							5								
6							6								
7							7								
8							8								
9							9								
10							10								
11							11								
12							12								
13							13								
14							14								
15							15								
16							16								
17							17								
18							18								
19							19								
20							20								
21							21								
22							22								
23							23								
24							24								
25							25								
26							26								
27							27								
28							28								
29							29								
30							30								
31							31								
Assinatura do Diretor:						Assinatura do Diretor:									
RESUMO MENSAL						RESUMO MENSAL									
PRESENCAS		FALTAS		LICENÇAS		FREQÜÊNCIA		PRESENCAS		FALTAS		LICENÇAS		FREQÜÊNCIA	
Obs.:						Obs.:									



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.

	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"/> Liquidificada <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



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



PASTA CARTÃO DUPLEX, COR VERDE, GRAMATURA 250G/M², 235 X 340 MM, COM IMPRESSÃO NA CAPA NA COR PRETA.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO
Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850
ESTADO DE MINAS GERAIS

LICITAÇÃO

Processo nº _____

Modalidade _____ nº _____

Nome: _____

Cargo: _____

Órgão Requisitante(s): _____

Objeto: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL, BLOCO COM 100 VIAS, CADA VIA COM DUAS FOLHAS, NAS CORES BRANCA E AMARELA, TAMANHO 1/2 OFÍCIO, IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA, AUTOCOPIÁVEL, GRAMATURA COMPATÍVEL.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Secretaria Municipal de Saúde
de Rio Preto - MG**

Endereço completo:

Rua Frederico Moura de Almeida, 33 - Centro

Telefone: (32) 3283-3874

Cidade: Rio Preto UF: MG

1ª Via - FARMÁCIA

2ª Via - PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Data ____/____/____



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



RECEITUÁRIO, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO 1/2 OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M²,
IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO
SECRETARIA DE SAÚDE



38

RECEITUÁRIO

NOME: _____

DATA: ____ / ____ / ____

MÉDICO - CRM

“FUMAR FAZ MAL À SAÚDE”



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas n° 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.

22/09/2006

No do quart.	Seq.	Lado	Nome do Logradouro	No	Seq.	Compl.	Tipo do Imóvel	Hora de entrada	Visita (N-Normal/R-Recup)	Pendência	No de depósito							Inmov. inapoc. (U)	Inical	No da amostra	Final	Qtde tubitos	Depositos Eliminados	Imov trat	Tipo	Qtde. (Gramas)	Qtde.dep. trat	Tipo	Qtde. (Gramas)	Qtde.dep. trat	Tipo	Qtde. cargas
											A1	A2	B	C	D1	D2	E															
										RESQUISA ENTOMOLÓGICA / TRATAMENTO																						

Onze da entidade	Município	Código e nome da localidade	Carg. inquil.	Zona	Type	Comunidade?
					1, sede 2, outros	S-sim N-não

1-U - Levantamento de indice	2-L-U1 - Levantamento de indice	3-P-E-onto Estrategico
4-T - Tratamento	5-D-U1-Delimitação de foco	6-P-V-E-Pesquisa Vetorial Especial

Assinatura do Agente	Assinatura do Supervisor	Tipo do Imóvel	R-residencial C-comércio TF-Terreno Bafio	PE-ponto estrategico N-onino	Pendência	R-requisito F-fechado
Assinatura: _____	Assinatura: _____					

Formulário PNCD





PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



Formulário FNCD

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

No imóveis trabalhados por tipo		No imóveis		No depósitos inspecionados por tipo		Pendência		No e seq. dos quarteirões trabalhados					No e seq. dos quarteirões concluídos												
Residência/Comércio	TB	PE	Outro	Total	Treat. Focal	Treat. Perifocal	Inspecionados	Recusados	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total	

TB - terreno baldio PE - Ponto Estratégico

Depósitos		Tratados	
Eliminado	Tipo	Lancida (1)	
		Qtd.(Gramas)	Qtd.dep.trat

Adulticia	
Tipo	Qtd (Cargas)

No. Tubos / Amostras Coletadas	

RESUMO DO LABORATORIO

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

No de imóveis com espécimes por tipo						No de imóveis com espécimes, por tipo					
	A1	A2	B	C	Total	R	C	TB	PE	O	Total
com Aedes aegypti											
com Aedes albopictus											
outros											

No de depósitos com espécimes por tipo						No de exemplares					
	A1	A2	B	C	Total	Laivas	Pupas	Exuvia de pupa	Adultos		
com Aedes aegypti											
com Aedes albopictus											

A1 - caixa d'água (elevado) A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (bacia)
 D1 - Pneus e outros materiais rodantes D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos
 TB - terreno baldio PE - Ponto Estratégico C - Depósitos fixos
 B - Pequenos depósitos móveis E - Depósitos naturais

Data da entrada: _____ Laboratório: _____ Assinatura: _____
 Data da conclusão: _____ Laboratório: _____

FAD01 - verso - 20/09/2006 v.2



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

UF _____ CNES da Unidade de Saúde _____ 29
Unidade de Saúde _____ Nº Protocolo _____
(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)
Município _____ Prontuário _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS* _____
Nome Completo da Mulher* _____
Nome Completo da Mãe* _____
CPF _____ Apellido da Mulher _____
Nacionalidade _____
Data de Nascimento* _____ Idade _____ Raça/cor _____
 Branca Preta Parda Amarela Indígena/ Etnia _____
Dados Residenciais
Logradouro _____
Número _____ Complemento _____
Código do Município _____ Município _____ Bairro _____ UF _____
CEP _____ DDD _____ Telefone _____
Ponto de Referência _____
Escolaridade: Analfabeta Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

DADOS DA ANAMNESE

- Motivo do exame*
 Rastreamento
 Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)
 Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)
- Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?*
- Sim. Quando fez o último exame?
ano _____
- Não Não sabe
- Usa DIU?* Sim Não Não sabe
- Está grávida?* Sim Não Não sabe
- Usa pílula anticoncepcional?*
- Sim Não Não sabe
- Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?*
- Sim Não Não sabe
- Já fez tratamento por radioterapia?*
- Sim Não Não sabe
- Data da última menstruação / regra:*
- _____/_____/_____
 Não sabe / Não lembra
- Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?*
- (não considerar a primeira relação sexual na vida)
 Sim
 Não / Não sabe / Não lembra
- 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

- Inspecção do colo*
 Normal
 Ausente (anormalas congênicas ou retirado cirurgicamente)
 Alterado
 Colo não visualizado
- Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
 Sim
 Não

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

Data da coleta* _____ Responsável* _____

modelo OK



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES 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 oncológica devido a:

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

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?

- Sim
- Não

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

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

MICROBIOLOGIA

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

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

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

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

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

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

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

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

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

- OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____

- PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: _____

Screening pelo citotécnico: _____

Responsável* _____

Data do Resultado* _____

CPF _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, COR PRETA.

MINISTÉRIO DA SAÚDE REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama

UF CNES da Unidade de Saúde 35 Nº Protocolo
 Unidade de Saúde (nº gerado automaticamente pelo SISCAN)
 Código Município Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS* Sexo Masculino Feminino
 Nome Completo do(a) paciente* Apellido do(a) paciente
 Nome Completo da Mãe*
 CPF Nacionalidade
 Data de Nascimento* / / Idade* Cor/Raça Branca Preta Parda Amarela Indígena/ Etnia
 Dados Residenciais
 Logradouro
 Número Complemento Bairro UF
 Código Município Município CEP - DDD Telefone -
 Ponto de Referência
 Escolaridade
 Analfabeto(a) Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?*

Sim, mama direita Sim, mama esquerda Não

2. Apresenta risco elevado* para câncer de mama?*

Sim Não Não sabe

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

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

Sim Nunca foram examinadas anteriormente Não sabe

4- Fez mamografia alguma vez?*

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

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

Sim, mama direita
 Sim, mama esquerda
 Não Não sabe

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

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

7a. 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 Supradavicular

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 Supradavicular

7b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita

nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal
 linfonodo axilar

Mama esquerda

7c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita

nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal
 linfonodo axilar

Mama esquerda

7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

Mama direita
 Mama esquerda

7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

Mama direita

Categoria 0
 Categoria 3
 Categoria 4
 Categoria 5

Mama esquerda

7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno

Mama direita

nódulo
 microcalcificação
 assimetria focal
 assimetria difusa
 área densa
 distorção focal
 Linfonodo axilar

Mama esquerda

8 - Mamografia de rastreamento

8a. População alvo

8b. População de risco elevado (história familiar)

8c. Paciente já tratado de câncer de mama

Data de solicitação*

____/____/____

Responsável*

Número do Exame: _____

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

7 - Mamografia Diagnóstica

7a. Achados no exame clínico

7b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS®)

7c - Lesão com diagnóstico de câncer

7d - Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante

7e - Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

7f - Controle de lesão após biópsia ou PAAF com resultado benigno 8a. População alvo

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

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

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

Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta

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

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

8 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos (população alvo) ou maiores de 35 anos com histórico familiar (População de risco elevado - história familiar) ou histórico pessoal de câncer de mama (pacientes já tratados) Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama

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

UQinf - União dos quadrantes inferiores
UQmed - União dos quadrantes mediais
RRA - Região retroareolar
RC - Região central (união de todos os quadrantes)
PA - Prolongamento axilar
NR - Não realizado Localização:

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



Ministério da Saúde





SEÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - RECLAMAÇÃO, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Ministério da Saúde
SUS Sistema Único de Saúde

SEÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

RECLAMAÇÃO

3

Motivo: _____

Endereço: _____

Descrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO RECLAMANTE

Nome: _____

Residência: _____

Assinatura: _____

Rio Preto, ____ de _____ de 20

Observação do Fiscal: Improcedente Procedente

Parecer da Vigilância: _____

Rio Preto, ____ / ____ / ____



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO PRETO

Rua Getúlio Vargas nº 27 – Centro - CEP: 36.130-000 - Tel.: (32) 3283-3850



SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, BLOCO COM 100 FOLHAS, TAMANHO OFÍCIO, GRAMATURA 75 G/M², IMPRESSÃO FRENTE, COR PRETA.

45

Ministério da Saúde/ SAS/ DAB/ CGPAN					
SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL					
Estabelecimento de Saúde			Nº CNES*		
Nome ou Matrícula do Profissional de Saúde					
Ficha: Inclusão Alteração					
DADOS CADASTRAIS					
Cadastro de domicílio					
Endereço completo (tipo de logradouro, nome do logradouro, número, complemento)*					
Bairro*	CEP	DDD	Telefone		
Nº CNES do domicílio*		Estabelecimento de Saúde			
Cadastro do indivíduo					
Nome completo (sem abreviaturas)*				Data de Nascimento*	Data do Cadastro*
Nome completo da mãe (sem abreviaturas)*				Nome completo do pai	
Sexo*	Raça / Cor*	Escolaridade**	Nacionalidade	País de Origem	
<input type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino	<input type="checkbox"/> 1- Branca <input type="checkbox"/> 2- Negra <input type="checkbox"/> 3- Amarela <input type="checkbox"/> 4- Parda <input type="checkbox"/> 5- Indígena		<input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira		
Data de naturalização	UF Nascimento	Município Nascimento		Situação familiar (2)	
Documentação do indivíduo					
NIS (Nº Identificação Social)		NCNS (Nº Cartão Nac. Saúde)	NPCNS (Nº Provisório Cartão Nac. Saúde)		Outro código identificador
O registro de pelo menos um documento oficial é obrigatório* (consulte lista dos documentos oficiais no verso):					
Tipo (2)	Dados do documento*				
Tipo (2)	Dados do documento				
Programas Vinculados:					
<input type="checkbox"/> Programa Bolsa Família					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL**					
Data do acompanhamento*: / /					
Criança (< 10 anos)	Peso (em Kg)*	Altura (em cm)*	Estado nutricional: Peso por idade: Altura por idade:		Tipo de alimentação (4+***): Peso ao nascer (em gramas)*
Adolescente (> 10 e < 20 anos)	Peso (em Kg)*		Altura (em m)*		Estado nutricional: IMC por idade: Altura por idade:
Adulto (> 20 e < 60 anos)	Peso (em Kg)*	Altura (em m)*	Estado nutricional:	Circunferência da cintura (em cm):	Risco aumentado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Idoso (> 60 anos)	Peso (em Kg)*		Altura (em m)*	Estado nutricional:	
Gestante	Peso (em Kg)*	Altura (em m)*	Estado nutricional:	Peso pré-gestacional (em Kg):	Data de última menstruação*
Doenças*:		Deficiências e/ou intercorrências*:			Tipo de Acompanhamento*:
<input type="checkbox"/> Anemia falciforme <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Outras doenças <input type="checkbox"/> Sem doenças		<input type="checkbox"/> Anemia ferropriva <input type="checkbox"/> DDI (Distúrbio por Deficiência de Iodo) <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Infecções intestinais virais <input type="checkbox"/> IRA (Infecção Respiratória Aguda) <input type="checkbox"/> Hipovitaminose A <input type="checkbox"/> Outras deficiências e/ou intercorrências <input type="checkbox"/> Sem deficiências e/ou intercorrências			<input type="checkbox"/> Atendimento na Atenção Básica <input type="checkbox"/> Chamada Nutricional <input type="checkbox"/> Saúde na Escola <input type="checkbox"/>

* Campos de preenchimento obrigatório (fundo cinza).

** Para maiores informações sobre o registro do acompanhamento nutricional, consulte os materiais técnicos do SISVAN.

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

COD 34