



EDITAL

**PREGÃO ELETRÔNICO SRP Nº 2007/2022 – FMS
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2003/2022 – FMS**

Torna-se público, para conhecimento dos interessados, que o Fundo Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de PEDRAS DE FOGO/PB, por meio do Pregoeiro Oficial, realizará licitação, **PARA REGISTRO DE PREÇOS**, na modalidade PREGÃO, na forma **ELETRÔNICA**, com critério de julgamento **MENOR PREÇO POR ITEM**, nos termos da Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002, do Decreto nº 10.024, de 20 de setembro de 2019, do Decreto nº 7.746, de 05 de junho de 2012, do Decreto Municipal nº 13-A/2007, Decreto Municipal 16-A/2019, que regulamenta o sistema de registro de preço no âmbito municipal, da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, aplicando-se, subsidiariamente, a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e as exigências estabelecidas neste Edital.

Data da sessão: **25 de ABRIL de 2022.**

Data início de acolhimento das propostas: **11 de ABRIL de 2022, às 10h00min.**

Encerramento do Recebimento das propostas: **25 de ABRIL de 2022 às 10h00min.**

Início da Disputa: **25 de ABRIL de 2022, às 10h01min.**

Modo de Disputa: **Aberto**

Local: Portal de Compras Públicas – www.portaldecompraspublicas.com.br

1. DO OBJETO

1.1. O objeto da presente licitação é a escolha da proposta mais vantajosa para o **REGISTRO DE PREÇO CONSIGNADO EM ATA PARA CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA ELABORAÇÃO DE MATERIAIS IMPRESSOS E MATERIAIS GRÁFICOS: DIAGRAMAÇÃO, FORMATAÇÃO E CONFECÇÃO DE SERVIÇOS GRÁFICOS DIVERSOS, INCLUINDO PRODUÇÃO SOB DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PEDRAS DE FOGO/PB**, conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas neste Edital e seus anexos.

1.2. A licitação será dividida em itens, conforme tabela constante do Termo de Referência, facultando-se ao licitante a participação em quantos itens forem de seu interesse.

1.3. O critério de julgamento adotado será o menor preço do item, observadas as exigências contidas neste Edital e seus Anexos quanto às especificações do objeto.

2. DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

2.1. As despesas para atender a esta licitação estão programadas em dotação orçamentária própria, prevista no orçamento do Município para o exercício de 2022, na classificação abaixo:

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA

02.061 – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

FUNÇÃO PROGRAMÁTICA

- 1) 10 301 3006 2082 – Manutenção dos Serviços da Atenção Básica de Saúde - PAB
- 2) 10 302 3008 2097 – Manutenção da Assistência Médica do Hosp. Pedras de Fogo

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

- 1) 3390.39 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica



3. DO CREDENCIAMENTO

- 3.1. O Credenciamento é o nível básico do Registro Cadastral no **PORTAL DE COMPRAS PUBLICAS** que permite a participação dos interessados na modalidade LICITATÓRIA PREGÃO, em sua FORMA ELETRÔNICA.
- 3.2. O cadastro deverá ser feito no Portal de Compras Públicas, no sítio www.portaldecompraspublicas.com.br;
- 3.3. O credenciamento junto ao provedor do sistema implica a responsabilidade do licitante ou de seu representante legal e a presunção de sua capacidade técnica para realização das transações inerentes a este Pregão.
- 3.4. O licitante responsabiliza-se exclusiva e formalmente pelas transações efetuadas em seu nome, assume como firmes e verdadeiras suas propostas e seus lances, inclusive os atos praticado diretamente ou por seu representante, excluído a responsabilidade do provedor do sistema ou do órgão ou entidade promotora da licitação por eventuais danos decorrentes de uso indevido das credenciais de acesso, ainda que por terceiros.
- 3.5. É de responsabilidade do cadastrado conferir a exatidão dos seus dados cadastrais no **PORTAL DE COMPRAS PUBLICAS** e mantê-los atualizados junto aos órgãos responsáveis pela informação, devendo proceder, imediatamente, à correção ou à alteração dos registros tão logo identifique incorreção ou aqueles se tornem desatualizados.

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

4. DA PARTICIPAÇÃO NO PREGÃO

- 4.1. Poderão participar deste Pregão interessados cujo ramo de atividade seja compatível com o objeto desta licitação, e que estejam com Credenciamento regular no PORTAL DE COMPRAS PUBLICAS.
- 4.2. Será concedido tratamento favorecido para as microempresas e empresas de pequeno porte, para as sociedades cooperativas mencionadas no artigo 34 da Lei nº 11.488, de 2007, para o agricultor familiar, o produtor rural pessoa física e para o microempreendedor individual - MEI, nos limites previstos da Lei Complementar nº 123, de 2006.
- 4.3. Não poderão participar desta licitação os interessados:
- 4.3.1. proibidos de participar de licitações e celebrar contratos administrativos, na forma da legislação vigente;
- 4.3.2. que não atendam às condições deste Edital e seu(s) anexo(s);
- 4.3.3. estrangeiros que não tenham representação legal no Brasil com poderes expressos para receber citação e responder administrativa ou judicialmente;
- 4.3.4. que se enquadrem nas vedações previstas no artigo 9º da Lei nº 8.666, de 1993;
- 4.3.5. que estejam sob falência, concurso de credores, concordata ou em processo de dissolução ou liquidação;
- 4.3.6. Entidades empresariais que estejam reunidas em consórcio;
- 4.3.7. Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP, atuando nessa condição (Acórdão nº 746/2014-TCU-Plenário).
- 4.4. Como condição para participação no Pregão, a licitante assinalará “sim” ou “não” em campo próprio do sistema eletrônico, relativo às seguintes declarações:
- 4.4.1. que cumpre os requisitos estabelecidos no artigo 3º da Lei Complementar nº 123, de 2006, estando apta a usufruir do tratamento favorecido estabelecido em seus arts. 42 a 49;
- 4.4.1.1. nos itens exclusivos para participação de microempresas e empresas de pequeno porte, a assinalação do campo “não” impedirá o prosseguimento no certame;
- 4.4.1.2. nos itens em que a participação não for exclusiva para microempresas e empresas de pequeno porte, a assinalação do campo “não” apenas produzirá o efeito de o licitante não ter direito ao

tratamento favorecido previsto na Lei Complementar nº 123, de 2006, mesmo que microempresa, empresa de pequeno porte.

- 4.4.2. que está ciente e concorda com as condições contidas no Edital e seus anexos;
 - 4.4.3. que cumpre os requisitos para a habilitação definidos no Edital e que a proposta apresentada está em conformidade com as exigências editalícias;
 - 4.4.4. que inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no certame, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;
 - 4.4.5. que não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do artigo 7º, XXXIII, da Constituição;
 - 4.4.6. que a proposta foi elaborada de forma independente;
 - 4.4.7. que não possui, em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal;
 - 4.4.8. que os serviços são prestados por empresas que comprovem cumprimento de reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência ou para reabilitado da Previdência Social e que atendam às regras de acessibilidade previstas na legislação, conforme disposto no art. 93 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.
- 4.5. A declaração falsa relativa ao cumprimento de qualquer condição sujeitará o licitante às sanções previstas em lei e neste Edital.

5. DA APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA E DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

- 5.1. Os licitantes encaminharão, exclusivamente por meio do sistema, concomitantemente com os documentos de habilitação exigidos no edital, proposta com a descrição do objeto ofertado e o preço, até a data e o horário estabelecidos para abertura da sessão pública, quando, então, encerrar-se-á automaticamente a etapa de envio dessa documentação.
- 5.2. O envio da proposta, acompanhada dos documentos de habilitação exigidos neste Edital, ocorrerá por meio de chave de acesso e senha.
- 5.3. As Microempresas e Empresas de Pequeno Porte deverão encaminhar a documentação de habilitação, ainda que haja alguma restrição de regularidade fiscal e trabalhista, nos termos do art. 43, § 1º da LC nº 123, de 2006.
- 5.4. Incumbirá ao licitante acompanhar as operações no sistema eletrônico durante a sessão pública do Pregão, ficando responsável pelo ônus decorrente da perda de negócios, diante da inobservância de quaisquer mensagens emitidas pelo sistema ou de sua desconexão.
- 5.5. Até a abertura da sessão pública, os licitantes poderão retirar ou substituir a proposta e os documentos de habilitação anteriormente inseridos no sistema;
- 5.6. Não será estabelecida, nessa etapa do certame, ordem de classificação entre as propostas apresentadas, o que somente ocorrerá após a realização dos procedimentos de negociação e julgamento da proposta.
- 5.7. Os documentos que compõem a proposta e a habilitação do licitante melhor classificado somente serão disponibilizados para avaliação do pregoeiro e para acesso público após o encerramento do envio de lances.

6. DO PREENCHIMENTO DA PROPOSTA

- 6.1. O licitante deverá enviar sua proposta mediante o preenchimento, no sistema eletrônico, dos seguintes campos:
 - 6.1.1. Valor unitário e total do item;
 - 6.1.2. Marca;
 - 6.1.3. Fabricante;
 - 6.1.4. Descrição detalhada do objeto, contendo as informações similares à especificação do Termo de Referência: indicando, no que for aplicável, a marca e prazo de validade;



- 6.2. Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam a Contratada.
- 6.3. Nos valores propostos estarão inclusos todos os custos operacionais, encargos previdenciários, trabalhistas, tributários, comerciais e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente no fornecimento dos bens.
- 6.4. Os preços ofertados, tanto na proposta inicial, quanto na etapa de lances, serão de exclusiva responsabilidade do licitante, não lhe assistindo o direito de pleitear qualquer alteração, sob alegação de erro, omissão ou qualquer outro pretexto.
- 6.5. O prazo de validade da proposta não será inferior a 60 (sessenta) dias, a contar da data de sua apresentação.
- 6.6. Os licitantes devem respeitar os preços máximos estabelecidos nas normas de regência de contratações públicas, quando participarem de licitações públicas.

7. DA ABERTURA DA SESSÃO, CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS E FORMULAÇÃO DE LANCES

- 7.1. A abertura da presente licitação dar-se-á em sessão pública, por meio de sistema eletrônico, na data, horário e local indicados neste Edital.
- 7.2. O Pregoeiro verificará as propostas apresentadas, desclassificando desde logo aquelas que não estejam em conformidade com os requisitos estabelecidos neste Edital, contenham vícios insanáveis ou não apresentem as especificações técnicas exigidas no Termo de Referência.
- 7.2.1. Também será desclassificada a proposta que identifique o licitante.
- 7.2.2. A desclassificação será sempre fundamentada e registrada no sistema, com acompanhamento em tempo real por todos os participantes.
- 7.2.3. A não desclassificação da proposta não impede o seu julgamento definitivo em sentido contrário, levado a efeito na fase de aceitação.
- 7.3. O sistema ordenará automaticamente as propostas classificadas, sendo que somente estas participarão da fase de lances.
- 7.4. O sistema disponibilizará campo próprio para troca de mensagens entre o Pregoeiro e os licitantes.
- 7.5. Iniciada a etapa competitiva, os licitantes deverão encaminhar lances exclusivamente por meio do sistema eletrônico, sendo imediatamente informados do seu recebimento e do valor consignado no registro.
- 7.5.1. **O lance deverá ser ofertado pelo valor unitário do item.**
- 7.6. Os licitantes poderão oferecer lances sucessivos, observando o horário fixado para abertura da sessão e as regras estabelecidas no Edital.
- 7.7. O licitante somente poderá oferecer lance de valor inferior ou percentual de desconto superior ao último por ele ofertado e registrado pelo sistema.
- 7.8. O intervalo mínimo de diferença de valores ou percentuais entre os lances, que incidirá tanto em relação aos lances intermediários quanto em relação à proposta que cobrir a melhor oferta deverá ser R\$ 0,03 (três centavos).
- 7.9. Será adotado para o envio de lances no pregão eletrônico o modo de disputa “aberto”, em que os licitantes apresentarão lances públicos e sucessivos, com prorrogações.
- 7.10. A etapa de lances da sessão pública terá duração de dez minutos e, após isso, será prorrogada automaticamente pelo sistema quando houver lance ofertado nos últimos dois minutos do período de duração da sessão pública.
- 7.11. A prorrogação automática da etapa de lances, de que trata o item anterior, será de dois minutos e ocorrerá sucessivamente sempre que houver lances enviados nesse período de prorrogação, inclusive no caso de lances intermediários.
- 7.12. Não havendo novos lances na forma estabelecida nos itens anteriores, a sessão pública encerrar-se-á automaticamente.
- 7.13. Encerrada a fase competitiva sem que haja a prorrogação automática pelo sistema, poderá o pregoeiro, assessorado pela equipe de apoio, justificadamente, admitir o reinício da sessão pública de lances, em prol da consecução do melhor preço.



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

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

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

7.17. Quando a desconexão do sistema eletrônico para o pregoeiro persistir por tempo superior a dez minutos, a sessão pública será suspensa e terá reinício somente após comunicação expressa do Pregoeiro aos participantes do certame, publicada no Portal de Compras Públicas, <http://www.portaldecompraspublicas.com.br>, quando serão divulgadas data e hora para a sua reabertura. E será reiniciada somente após decorridas vinte e quatro horas da comunicação do fato pelo Pregoeiro aos participantes, no sítio eletrônico utilizado para divulgação.

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

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

7.20. Em relação a itens não exclusivos para participação de microempresas e empresas de pequeno porte, uma vez encerrada a etapa de lances, será efetivada a verificação automática, junto à Receita Federal, do porte da entidade empresarial. O sistema identificará em coluna própria as microempresas e empresas de pequeno porte participantes, procedendo à comparação com os valores da primeira colocada, se esta for empresa de maior porte, assim como das demais classificadas, para o fim de aplicar-se o disposto nos arts. 44 e 45 da LC nº 123, de 2006, regulamentada pelo Decreto nº 8.538, de 2015.

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

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

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

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

7.25. Só poderá haver empate entre propostas iguais (não seguidas de lances), ou entre lances finais da fase fechada do modo de disputa aberto e fechado.

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

7.26.1. no país;

7.26.2. por empresas brasileiras;

7.26.3. por empresas que invistam em pesquisa e no desenvolvimento de tecnologia no País;

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

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

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

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

7.28.2. O pregoeiro solicitará ao licitante melhor classificado que, no prazo de 02 (DUAS) horas, envie a proposta adequada ao último lance ofertado após a negociação realizada, acompanhada, se for o caso, dos documentos complementares, quando necessários à confirmação daqueles exigidos neste Edital e já apresentados.

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

8. DA ACEITABILIDADE DA PROPOSTA VENCEDORA

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

8.2. O licitante qualificado como produtor rural pessoa física deverá incluir, na sua proposta, os percentuais das contribuições previstas no art. 176 da Instrução Normativa RFB n. 971, de 2009, em razão do disposto no art. 184, inciso V, sob pena de desclassificação.

8.3. Será desclassificada a proposta ou o lance vencedor, apresentar preço final superior ao preço máximo fixado (Acórdão n.º 1455/2018 -TCU - Plenário), desconto menor do que o mínimo exigido ou que apresentar preço manifestamente inexequível.

8.3.1. Considera-se inexequível a proposta que apresente preços global ou unitários simbólicos, irrisórios ou de valor zero, incompatíveis com os preços dos insumos e salários de mercado, acrescidos dos respectivos encargos, ainda que o ato convocatório da licitação não tenha estabelecido limites mínimos, exceto quando se referirem a materiais e instalações de propriedade do próprio licitante, para os quais ele renuncie a parcela ou à totalidade da remuneração.

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

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

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

8.6.1. É facultado ao pregoeiro prorrogar o prazo estabelecido, a partir de solicitação fundamentada feita no chat pelo licitante, antes de findo o prazo.

~~8.6.2.~~ Dentre os documentos passíveis de solicitação pelo Pregoeiro, destacam-se os que contenham as características do material ofertado, tais como marca, modelo, tipo, fabricante e procedência, além de outras informações pertinentes, a exemplo de catálogos, folhetos ou propostas, encaminhados por meio eletrônico, ou, se for o caso, por outro meio e prazo indicados pelo Pregoeiro, sem prejuízo do seu ulterior envio pelo sistema eletrônico, sob pena de não aceitação da proposta-

8.6.3. *Caso a compatibilidade com as especificações demandadas, sobretudo quanto a padrões de qualidade e desempenho, não possa ser aferida pelos meios previstos nos subitens acima, o Pregoeiro exigirá que o licitante classificado em primeiro lugar apresente amostra, sob pena de não aceitação da proposta, no local a ser indicado e dentro de 03 (TRÊS) dias úteis contados da solicitação.*

8.6.3.1. *Por meio de mensagem no sistema, será divulgado o local e horário de realização do procedimento para a avaliação das amostras, cuja presença será facultada a todos os interessados, incluindo os demais licitantes.*

8.6.3.2. *Os resultados das avaliações serão divulgados por meio de mensagem no sistema.*

8.6.3.3. *No caso de não haver entrega da amostra ou ocorrer atraso na entrega, sem justificativa aceita pelo Pregoeiro, ou havendo entrega de amostra fora das especificações previstas neste Edital, a proposta do licitante será recusada.*

8.6.3.4. *Se a(s) amostra(s) apresentada(s) pelo primeiro classificado não for(em) aceita(s), o Pregoeiro analisará a aceitabilidade da proposta ou lance ofertado pelo segundo classificado. Seguir-se-á com a*

verificação da(s) amostra(s) e, assim, sucessivamente, até a verificação de uma que atenda às especificações constantes no Termo de Referência.

8.6.3.5. Os exemplares colocados à disposição da Administração serão tratados como protótipos, podendo ser manuseados e desmontados pela equipe técnica responsável pela análise, não gerando direito a ressarcimento.

8.6.3.6. Após a divulgação do resultado final da licitação, as amostras entregues deverão ser recolhidas pelos licitantes no prazo de 10 (dez) dias, após o qual poderão ser descartadas pela Administração, sem direito a ressarcimento.

8.6.3.7. Os licitantes deverão colocar à disposição da Administração todas as condições indispensáveis à realização de testes e fornecer, sem ônus, os manuais impressos em língua portuguesa, necessários ao seu perfeito manuseio, quando for o caso.

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

8.8. Havendo necessidade, o Pregoeiro suspenderá a sessão, informando no “chat” a nova data e horário para a sua continuidade.

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

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

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

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

8.11. Encerrada a análise quanto à aceitação da proposta, o pregoeiro verificará a habilitação do licitante, observado o disposto neste Edital.

9. DA HABILITAÇÃO

9.1. Como condição prévia ao exame da documentação de habilitação do licitante detentor da proposta classificada em primeiro lugar, o Pregoeiro verificará o eventual descumprimento das condições de participação, especialmente quanto à existência de sanção que impeça a participação no certame ou a futura contratação, mediante a consulta aos seguintes cadastros:

9.2. Possuir Cadastro do Portal de Compras Públicas;

9.3. Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas – CEIS e o e o Cadastro Nacional de Empresas Punidas – CNEP (www.portaldatransparencia.gov.br/);

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

9.5. Lista de Inidôneos, mantida pelo Tribunal de Contas da União – TCU <https://contas.tcu.gov.br/ords/f?p=1660:3:0>

9.6. A consulta aos cadastros será realizada em nome da empresa licitante e também de seu sócio majoritário, por força do artigo 12 da Lei nº 8.429, de 1992, que prevê, dentre as sanções impostas ao responsável pela prática de ato de improbidade administrativa, a proibição de contratar com o Poder Público, inclusive por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário.

9.7. Caso conste na Consulta de Situação do Fornecedor a existência de Ocorrências Impeditivas Indiretas, o gestor diligenciará para verificar se houve fraude por parte das empresas apontadas no Relatório de Ocorrências Impeditivas Indiretas.

9.8. A tentativa de burla será verificada por meio dos vínculos societários, linhas de fornecimento similares, dentre outros.

9.9. O licitante será convocado para manifestação previamente à sua desclassificação.

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

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

9.12. Caso atendidas as condições de participação, a habilitação dos licitantes será verificada por meio do PORTAL DE COMPRAS PUBLICAS, em relação à habilitação jurídica, à regularidade fiscal e trabalhista, à qualificação econômica financeira e habilitação técnica.

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

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

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

9.16. Somente haverá a necessidade de comprovação do preenchimento de requisitos mediante apresentação dos documentos originais não-digitais quando houver dúvida em relação à integridade do documento digital.

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

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

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

9.20. Ressalvado o disposto no item 5, os licitantes deverão encaminhar, nos termos deste Edital, a documentação relacionada nos itens a seguir, para fins de habilitação:

9.21. Habilitação jurídica:

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

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

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

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

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

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

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

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

9.22. **Regularidade fiscal e trabalhista:**

9.22.1. prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas ou no Cadastro de Pessoas Físicas, conforme o caso;

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

9.22.3. prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS);

9.22.4. prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a justiça do trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;

9.22.5. prova de regularidade com a Fazenda Estadual do domicílio ou sede do licitante, relativa à atividade em cujo exercício contrata ou concorre;

9.22.6. Prova de regularidade junto à Fazenda Municipal, através da Certidão Negativa junto aos Tributos Municipais, emitida pela Secretaria da Fazenda Municipal onde a empresa for sediada;

9.22.7. caso o licitante seja considerado isento dos tributos estaduais relacionados ao objeto licitatório, deverá comprovar tal condição mediante declaração da Fazenda Estadual do seu domicílio ou sede, ou outra equivalente, na forma da lei;

9.22.8. caso o licitante detentor do menor preço seja qualificado como microempresa ou empresa de pequeno porte deverá apresentar toda a documentação exigida para efeito de comprovação de regularidade fiscal, mesmo que esta apresente alguma restrição, sob pena de inabilitação.

9.23. **Qualificação Econômico-Financeira.**

9.23.1. certidão negativa de falência expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica;

9.23.2. balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrado há mais de 3 (três) meses da data de apresentação da proposta;

9.23.2.1. no caso de empresa constituída no exercício social vigente, admite-se a apresentação de balanço patrimonial e demonstrações contábeis referentes ao período de existência da sociedade;

9.23.2.2. é admissível o balanço intermediário, se decorrer de lei ou contrato social/estatuto social.

9.23.2.3. Caso o licitante seja cooperativa, tais documentos deverão ser acompanhados da última auditoria contábil-financeira, conforme dispõe o artigo 112 da Lei nº 5.764, de 1971, ou de uma declaração, sob as penas da lei, de que tal auditoria não foi exigida pelo órgão fiscalizador;

9.23.3. A comprovação da situação financeira da empresa será constatada mediante obtenção de índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), superiores a 1 (um) resultantes da aplicação das fórmulas:

$$LG = \frac{\text{Ativo Circulante} + \text{Realizável a Longo Prazo}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Não Circulante}}$$

$$SG = \frac{\text{Ativo Total}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Não Circulante}}$$

$$LC = \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$$

9.23.4. As empresas que apresentarem resultado inferior ou igual a 1 (um) em qualquer dos índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), deverão comprovar, considerados os riscos para a Administração, e, a critério da autoridade competente, o capital mínimo ou o patrimônio líquido mínimo de 10% (dez por cento) do valor estimado da contratação ou do item pertinente.

9.24. **Qualificação Técnica**

9.24.1. Comprovação de aptidão no desempenho de atividade pertinente e compatível em características, quantidades e prazos com o objeto da licitação – Atestado(s) de Capacidade Técnica, fornecido(s) por pessoa jurídica de direito público ou privado, quando for emitido por ente privado deverá este ser com firma reconhecida de quem o subscreveu;

9.24.2. Comprovação da Autorização de Funcionamento da empresa participante da licitação;

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

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

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

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

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

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

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

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



9.32. Para fim de atendimento ao disposto nos itens 9.24.2, 9.24.3, 9.24.4, 9.24.5 e 9.24.6, as exigências só serão necessárias para os produtos que de fato exigem as licenças supramencionadas.

10. DO ENCAMINHAMENTO DA PROPOSTA VENCEDORA

10.1. A proposta final do licitante declarado vencedor deverá ser encaminhada no prazo de 02 (DUAS) HORAS a contar da solicitação do Pregoeiro no sistema eletrônico e deverá:

10.1.1. ser redigida em língua portuguesa, datilografada ou digitada, em uma via, sem emendas, rasuras, entrelinhas ou ressalvas, devendo a última folha ser assinada e as demais rubricadas pelo licitante ou seu representante legal.

10.1.2. conter a indicação do banco, número da conta e agência do licitante vencedor, para fins de pagamento.

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

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

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

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

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

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

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

11. DOS RECURSOS

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

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

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

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

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

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

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



12. DA REABERTURA DA SESSÃO PÚBLICA

12.1. A sessão pública poderá ser reaberta:

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

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

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

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

12.2.2. A convocação feita por e-mail dar-se-á de acordo com os dados contidos no CADASTRO DO PORTAL DE COMPRAS PÚBLICAS, sendo responsabilidade do licitante manter seus dados cadastrais atualizados.

13. DA ADJUDICAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO

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

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

14. DA GARANTIA DE EXECUÇÃO

14.1. Não haverá exigência de garantia de execução para a presente contratação.

15. DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

15.1. Homologado o resultado da licitação, terá o adjudicatário o prazo de até 05 (CINCO) dias úteis, contados a partir da data de sua convocação, para assinar a Ata de Registro de Preços, cujo prazo de validade encontra-se nela fixado, sob pena de decair do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas neste Edital.

15.2. Alternativamente à convocação para comparecer perante o órgão ou entidade para a assinatura da Ata de Registro de Preços, a Administração poderá encaminhá-la para assinatura, mediante correspondência postal com aviso de recebimento (AR) ou meio eletrônico, para que seja assinada e devolvida no prazo de até 05 (CINCO) dias úteis, a contar da data de seu recebimento.

15.3. O prazo estabelecido no subitem anterior para assinatura da Ata de Registro de Preços poderá ser prorrogado uma única vez, por igual período, quando solicitado pelo(s) licitante(s) vencedor(s), durante o seu transcurso, e desde que devidamente aceito.

15.4. Serão formalizadas tantas Atas de Registro de Preços quanto necessárias para o registro de todos os itens constantes no Termo de Referência, com a indicação do licitante vencedor, a descrição do(s) item(ns), as respectivas quantidades, preços registrados e demais condições.

15.4.1. Será incluído na ata, sob a forma de anexo, o registro dos licitantes que aceitarem cotar os bens ou serviços com preços iguais aos do licitante vencedor na sequência da classificação do certame, excluído o percentual referente à margem de preferência, quando o objeto não atender aos requisitos previstos no art. 3º da Lei nº 8.666, de 1993.

16. DO TERMO DE CONTRATO OU INSTRUMENTO EQUIVALENTE

16.1. Após a homologação da licitação, em sendo realizada a contratação, será firmado Termo de Contrato ou emitido instrumento equivalente.

16.2. O adjudicatário terá o prazo de 05 (CINCO) dias úteis, contados a partir da data de sua convocação, para assinar o Termo de Contrato ou aceitar instrumento equivalente, conforme o caso (Nota de Empenho/Carta Contrato/Autorização), sob pena de decair do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas neste Edital.

16.2.1. Alternativamente à convocação para comparecer perante o órgão ou entidade para a assinatura do Termo de Contrato ou aceite do instrumento equivalente, a Administração poderá encaminhá-lo para assinatura ou aceite da Adjudicatária, mediante correspondência postal com aviso de recebimento (AR) ou meio eletrônico, para que seja assinado ou aceito no prazo de 05 (CINCO) dias, a contar da data de seu recebimento.

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

16.3. O Aceite da Nota de Empenho ou do instrumento equivalente, emitida à empresa adjudicada, implica no reconhecimento de que:

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

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

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

16.4. O prazo de vigência da contratação se encerra no final do exercício financeiro da assinatura do mesmo e poderá ser prorrogado conforme previsão no instrumento contratual ou no termo de referência.

16.5. Previamente à contratação a Administração realizará consultas para identificar possível suspensão temporária de participação em licitação, no âmbito do órgão ou entidade, proibição de contratar com o Poder Público, bem como ocorrências impeditivas indiretas, observado o disposto no art. 29, da Instrução Normativa nº 3, de 26 de abril de 2018, e nos termos do art. 6º, III, da Lei nº 10.522, de 19 de julho de 2002, consulta prévia ao CADIN.

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

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

17. DO REAJUSTAMENTO EM SENTIDO GERAL

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

18. DO RECEBIMENTO DO OBJETO E DA FISCALIZAÇÃO

18.1. Os critérios de recebimento e aceitação do objeto e de fiscalização estão previstos no Termo de Referência.

19. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE E DA CONTRATADA

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

20. DO PAGAMENTO

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

21. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

21.1. Comete infração administrativa, nos termos da Lei nº 10.520, de 2002, o licitante/adjudicatário que:

- 21.1.1. não assinar o termo de contrato ou aceitar/retirar o instrumento equivalente, quando convocado dentro do prazo de validade da proposta;
- 21.1.2. não assinar a ata de registro de preços, quando cabível;
- 21.1.3. apresentar documentação falsa;
- 21.1.4. deixar de entregar os documentos exigidos no certame;
- 21.1.5. ensejar o retardamento da execução do objeto;
- 21.1.6. não manter a proposta;
- 21.1.7. cometer fraude fiscal;
- 21.1.8. comportar-se de modo inidôneo;

21.2. O atraso injustificado ou retardamento na prestação de serviços objeto deste certame sujeitará a empresa, a juízo da Administração, à multa moratória de 0,5% (meio por cento) por dia de atraso, até o limite de 10% (dez por cento), conforme determina o art. Nº 86, da Lei Nº 8666/93

21.2.1. A multa prevista neste ITEM será descontada dos créditos que a contratada possuir com a Prefeitura Municipal de PEDRAS DE FOGO/PB, e poderá cumular com as demais sanções administrativas, inclusive com as multas previstas.

21.3. A inexecução total ou parcial do objeto contratado, a Administração poderá aplicar à vencedora, as seguintes sanções administrativas, nos termos do artigo Nº 87, da Lei Nº 8.666/93:

- a) Advertência por escrito;
- b) Multa administrativa com natureza de perdas e danos da ordem de até 20% (vinte por cento) sobre o valor total do contrato;
- c) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Prefeitura Municipal de PEDRAS DE FOGO/PB, por prazo não superior a 02 (dois) anos, sendo que em caso de inexecução total, sem justificativa aceita pela Administração da Prefeitura Municipal de PEDRAS DE FOGO/UF, será aplicado o limite máximo temporal previsto para a penalidade 05 (cinco) anos;
- d) Declaração de inidoneidade para licitar junto à Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição, ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, de acordo com o inciso IV do art. Nº 87 da Lei Nº 8.666/93, c/c art. Nº 7º da Lei Nº 10.520/02 e art. Nº 14 do Decreto Nº 3.555/00.

21.4. Do ato que aplicar a penalidade caberá recurso, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da ciência da intimação, podendo a Administração reconsiderar sua decisão ou nesse prazo encaminhá-lo devidamente informados para a apreciação e decisão superior, dentro do mesmo prazo.

21.5. Serão publicadas na Imprensa Oficial do Município de PEDRAS DE FOGO-PB, as sanções administrativas previstas no ITEM 17.2, c, d, deste edital, inclusive a reabilitação perante a Administração Pública.

21.6. DA FRAUDE E DA CORRUPÇÃO - Os licitantes e o contratado devem observar e fazer observar, por seus fornecedores e subcontratados, se admitida à subcontratação, o mais alto padrão de ética durante todo o processo de licitação, de contratação e de execução do objeto contratual.

22. DA FORMAÇÃO DO CADASTRO DE RESERVA

- 22.1. Após o encerramento da etapa competitiva, os licitantes poderão reduzir seus preços ao valor da proposta do licitante mais bem classificado.
- 22.2. A apresentação de novas propostas na forma deste item não prejudicará o resultado do certame em relação ao licitante melhor classificado.
- 22.3. Havendo um ou mais licitantes que aceitem cotar suas propostas em valor igual ao do licitante vencedor, estes serão classificados segundo a ordem da última proposta individual apresentada durante a fase competitiva.
- 22.4. Esta ordem de classificação dos licitantes registrados deverá ser respeitada nas contratações e somente será utilizada acaso o melhor colocado no certame não assine a ata ou tenha seu registro cancelado nas hipóteses previstas nos artigos 20 e 21 do Decreto nº 7.892/213.

20. DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL E DO PEDIDO DE ESCLARECIMENTO

- 23.1. Até 03 (três) dias úteis antes da data designada para a abertura da sessão pública, qualquer pessoa poderá impugnar este Edital.
- 23.2. A IMPUGNAÇÃO DEVERÁ ser realizada EXCLUSIVAMENTE por FORMA ELETRÔNICA no sistema www.portaldecompraspublicas.com.br.
- 23.3. Caberá ao Pregoeiro, auxiliado pelos responsáveis pela elaboração deste Edital e seus anexos, decidir sobre a impugnação no prazo de até 02 (dois) dias úteis contados da data de recebimento da impugnação.
- 23.4. Acolhida a impugnação, será definida e publicada nova data para a realização do certame.
- 23.5. Os pedidos de esclarecimentos referentes a este processo licitatório deverão ser enviados ao Pregoeiro, até 03 (três) dias úteis anteriores à data designada para abertura da sessão pública, exclusivamente por meio eletrônico via internet, em campo próprio do Sistema Portal de Compras Públicas no endereço eletrônico www.portaldecompraspublicas.com.br.
- 23.6. O pregoeiro responderá aos pedidos de esclarecimentos no prazo de 02 (dois) dias úteis, contado da data de recebimento do pedido, e poderá requisitar subsídios formais aos responsáveis pela elaboração do edital e dos anexos.
- 23.7. As impugnações e pedidos de esclarecimentos não suspendem os prazos previstos no certame, salvo quando se amoldarem ao art. 21 parágrafo 4º, da Lei 8.666/93.
- 23.8. A concessão de efeito suspensivo à impugnação é medida excepcional e deverá ser motivada pelo pregoeiro, nos autos do processo de licitação.
- 23.9. As respostas aos pedidos de esclarecimentos serão divulgadas pelo sistema e vincularão os participantes e a administração.
- 23.10. As respostas às impugnações e aos esclarecimentos solicitados, bem como outros avisos de ordem geral, serão cadastradas no sítio www.portaldecompraspublicas.com.br, sendo de responsabilidade dos licitantes, seu acompanhamento.
- 23.11. Não serão conhecidas as impugnações apresentadas após o respectivo prazo legal ou, no caso de empresas, que estejam subscritas por representante não habilitado legalmente ou não identificado no processo para responder pela proponente.
- 23.12. A petição de impugnação apresentada por empresa deve ser firmada por sócio, pessoa designada para a administração da sociedade empresária, ou procurador, e vir acompanhada, conforme o caso, de estatuto ou contrato social e suas posteriores alterações, se houver, do ato de designação do administrador, ou de procuração pública ou particular (instrumento de mandato com poderes para impugnar o Edital).

24. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- 24.1. Da sessão pública do Pregão divulgar-se-á Ata no sistema eletrônico.
- 24.2. Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização do certame na data marcada, a sessão será automaticamente transferida para o primeiro dia útil

- subsequente, no mesmo horário anteriormente estabelecido, desde que não haja comunicação em contrário, pelo Pregoeiro.
- 24.3. Todas as referências de tempo no Edital, no aviso e durante a sessão pública observarão o horário de Brasília – DF.
- 24.4. No julgamento das propostas e da habilitação, o Pregoeiro poderá sanar erros ou falhas que não alterem a substância das propostas, dos documentos e sua validade jurídica, mediante despacho fundamentado, registrado em ata e acessível a todos, atribuindo-lhes validade e eficácia para fins de habilitação e classificação.
- 24.5. A homologação do resultado desta licitação não implicará direito à contratação.
- 24.6. As normas disciplinadoras da licitação serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, desde que não comprometam o interesse da Administração, o princípio da isonomia, a finalidade e a segurança da contratação.
- 24.7. Os licitantes assumem todos os custos de preparação e apresentação de suas propostas e a Administração não será, em nenhum caso, responsável por esses custos, independentemente da condução ou do resultado do processo licitatório.
- 24.8. Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e seus Anexos, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento. Só se iniciam e vencem os prazos em dias de expediente na Administração.
- 24.9. O desatendimento de exigências formais não essenciais não importará o afastamento do licitante, desde que seja possível o aproveitamento do ato, observados os princípios da isonomia e do interesse público.
- 24.10. Em caso de divergência entre disposições deste Edital e de seus anexos ou demais peças que compõem o processo, prevalecerá as deste Edital.
- 24.11. O Edital está disponibilizado, na íntegra, no endereço eletrônico: www.portaldecompraspublicas.com.br, e também poderão ser lidos e/ou obtidos no Portal da Transparência da Prefeitura Municipal de PEDRAS DE FOGO.
- 24.12. Integram este Edital, para todos os fins e efeitos, os seguintes anexos:

ANEXO I – MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS;

ANEXO II – MODELO DE DECLARAÇÃO DE SUJEIÇÃO ÀS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NO EDITAL E DE INEXISTÊNCIA DE FATOS SUPERVENIENTES IMPEDITIVOS DA HABILITAÇÃO;

ANEXO III – MODELO DE DECLARAÇÃO NOS TERMOS DO INCISO XXXIII, ART. 7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL;

ANEXO IV – MODELO DE DECLARAÇÃO DE ELABORAÇÃO INDEPENDENTE DE PROPOSTA;

ANEXO V – MODELO DE DECLARAÇÃO DO PORTE DA EMPRESA;

ANEXO VI – MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE;

ANEXO VII – DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO;

ANEXO VIII – MINUTA DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS.

ANEXO IX – MINUTA DO CONTRATO;

ANEXO X – TERMO DE REFERÊNCIA

Pedras de Fogo/PB, 06 de ABRIL de 2022.

MAURO CÉSAR LEITE SIQUEIRA
PREGOEIRO OFICIAL

**ANEXO I – PROPOSTA DE PREÇOS (MODELO)**

PREGÃO ELETRÔNICO SRP Nº 2007/2022 – FMS
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2003/2002 – FMS

SESSÃO PÚBLICA: ----/----/2022, ÀS ----H----MIN (----) HORAS.
Á PREFEITURA MUNICIPAL DE _____/UF

IDENTIFICAÇÃO DA PROPONENTE

NOME DE FANTASIA:						
RAZÃO SOCIAL:						
CNPJ:						
INSC. EST.:						
OPTANTE PELO SIMPLES? SIM () NÃO ()						
ENDEREÇO:						
BAIRRO:			CIDADE:			
CEP:			E-MAIL:			
TELEFONE:			FAX:			
CONTATO DA LICITANTE:			TELEFONE:			
BANCO DA LICITANTE:			CONTA BANCÁRIA DA LICITANTE:			
Nº DA AGÊNCIA:						
ITE NS	DESCRIÇÃO	MARCA	QUANT .	UNIDAD E	VALOR UNITÁ RIO R\$	VALOR TOTAL R\$
1.						
TOTAL POR EXTENSO:						

A EMPRESA: DECLARA QUE:

- 1 ESTÃO INCLUSAS NO VALOR COTADO TODAS AS DESPESAS COM MÃO DE OBRA E, BEM COMO, TODOS OS TRIBUTOS E ENCARGOS FISCAIS, SOCIAIS, TRABALHISTAS, PREVIDENCIÁRIOS E COMERCIAIS E, AINDA, OS GASTOS COM TRANSPORTE E ACONDICIONAMENTO DOS PRODUTOS EM EMBALAGENS ADEQUADAS.
- 2 VALIDADE DA PROPOSTA: 60 (SESSENTA) DIAS.
- 3 PRAZO DE INÍCIO DE FORNECIMENTO/EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE ACORDO COM O ESTABELECIDO NO TERMO DE REFERENCIA (ANEXO I) DO EDITAL DESSE PROCESSO.

LOCAL E DATA

CARIMBO DA EMPRESA/ASSINATURA DO RESPONSÁVEL



**ANEXO II – DECLARAÇÃO DE SUJEIÇÃO ÀS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NO EDITAL
E DE INEXISTÊNCIA DE FATOS SUPERVENIENTES IMPEDITIVOS DA HABILITAÇÃO**

**PREGÃO ELETRÔNICO SRP Nº 2007/2022 – FMS
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2003/2022 – FMS**

ÀO
FUNDO MUNICIPAL DE _____/UF
AO PREGOEIRO E EQUIPE DE APOIO.

_____, PORTADOR DO RG _____, ABAIXO ASSINADO, NA QUALIDADE DE RESPONSÁVEL LEGAL DA PROPONENTE, _____, CNPJ _____, DECLARA EXPRESSAMENTE QUE SE SUJEITA ÀS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NO EDITAL ACIMA CITADO E QUE ACATARÁ INTEGRALMENTE QUALQUER DECISÃO QUE VENHA A SER TOMADA PELO LICITADOR QUANTO À QUALIFICAÇÃO APENAS DAS PROPONENTES QUE TENHAM ATENDIDO ÀS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NO EDITAL E QUE DEMONSTREM INTEGRAL CAPACIDADE DE EXECUTAR O FORNECIMENTO DO BEM PREVISTO.

DECLARA, AINDA, PARA TODOS OS FINS DE DIREITO, A INEXISTÊNCIA DE FATOS SUPERVENIENTES IMPEDITIVOS DA HABILITAÇÃO OU QUE COMPROMETA A IDONEIDADE DA PROPONENTE NOS TERMOS DO ARTIGO 32, PARÁGRAFO 2º, E ARTIGO 97 DA LEI Nº 8.666, DE 21 DE JUNHO DE 1993, E ALTERAÇÕES SUBSEQUENTES.

_____ EM, ___ DE _____ DE 2022.

(ASSINATURA DO RESPONSÁVEL E CPF)



**ANEXO III – MODELO DE DECLARAÇÃO NOS TERMOS DO INCISO XXXIII DO ARTIGO
7º DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL**

**PREGÃO ELETRÔNICO SRP Nº 2007/2022 – FMS
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2003/2022 – FMS**

(PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA)

....., INSCRITO NO CNPJ Nº, POR INTERMÉDIO DE SEU REPRESENTANTE LEGAL O(A) SR(A), PORTADOR(A) DA CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº E CPF Nº....., DECLARA, PARA FINS DO DISPOSTO NO INC. V DO ART. Nº 27 DA LEI Nº 8.666, DE 21 DE JUNHO DE 1993, ACRESCIDO PELA LEI Nº 9.854, DE 27 DE OUTUBRO DE 1999, 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 ()¹.

.....
(DATA)

.....
(REPRESENTANTE LEGAL)

¹ Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima.

**ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE ELABORAÇÃO INDEPENDENTE DE PROPOSTA.
(MODELO)**

**PREGÃO ELETRÔNICO SRP Nº 2007/2022 – FMS
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2003/2022 – FMS**

(IDENTIFICAÇÃO COMPLETA DO REPRESENTANTE DA LICITANTE), COMO REPRESENTANTE DEVIDAMENTE CONSTITUÍDO DE (IDENTIFICAÇÃO COMPLETA DA LICITANTE), PARA FINS DO DISPOSTO NO EDITAL DE LICITAÇÃO: **PREGÃO ELETRÔNICO Nº XXXX/XXXX**, DECLARA, SOB AS PENAS DA LEI, EM ESPECIAL O ART. 299 DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO, QUE:

A) A PROPOSTA APRESENTADA PARA PARTICIPAR DO **PREGÃO ELETRÔNICO Nº XXXX/XXXX**, FOI ELABORADA DE MANEIRA INDEPENDENTE (PELO LICITANTE), E O CONTEÚDO DA PROPOSTA NÃO FOI, NO TODO OU EM PARTE, DIRETA OU INDIRETAMENTE, INFORMADO, DISCUTIDO OU RECEBIDO DE QUALQUER OUTRO PARTICIPANTE POTENCIAL OU DE FATO DO **PREGÃO ELETRÔNICO Nº XXXX/XXXX**, POR QUALQUER MEIO OU POR QUALQUER PESSOA;

B) A INTENÇÃO DE APRESENTAR A PROPOSTA ELABORADA PARA PARTICIPAR DO **PREGÃO ELETRÔNICO Nº XXXX/XXXX** NÃO FOI INFORMADA, DISCUTIDA OU RECEBIDA DE QUALQUER OUTRO PARTICIPANTE POTENCIAL OU DE FATO DO **PREGÃO ELETRÔNICO Nº XXXX/XXXX**, POR QUALQUER MEIO OU POR QUALQUER PESSOA;

C) QUE NÃO TENTOU, POR QUALQUER MEIO OU POR QUALQUER PESSOA, INFLUIR NA DECISÃO DE QUALQUER OUTRO PARTICIPANTE POTENCIAL OU DE FATO DO **PREGÃO ELETRÔNICO Nº XXXX/XXXX** QUANTO A PARTICIPAR OU NÃO DA REFERIDA LICITAÇÃO;

D) QUE O CONTEÚDO DA PROPOSTA APRESENTADA PARA PARTICIPAR DO **PREGÃO ELETRÔNICO Nº XXXX/XXXX** NÃO SERÁ, NO TODO OU EM PARTE, DIRETA OU INDIRETAMENTE, COMUNICADO OU DISCUTIDO COM QUALQUER OUTRO PARTICIPANTE POTENCIAL OU DE FATO DO **PREGÃO ELETRÔNICO Nº XXXX/XXXX** ANTES DA ADJUDICAÇÃO DO OBJETO DA REFERIDA LICITAÇÃO;

E) QUE O CONTEÚDO DA PROPOSTA APRESENTADA PARA PARTICIPAR DO **PREGÃO ELETRÔNICO Nº XXXX/XXXX** NÃO FOI, NO TODO OU EM PARTE, DIRETA OU INDIRETAMENTE, INFORMADO, DISCUTIDO OU RECEBIDO DE QUALQUER INTEGRANTE DO MUNICÍPIO DE _____/UF, ANTES DA ABERTURA OFICIAL DAS PROPOSTAS;
E

F) QUE ESTÁ PLENAMENTE CIENTE DO TEOR E DA EXTENSÃO DESTA DECLARAÇÃO E QUE DETÉM PLENOS PODERES E INFORMAÇÕES PARA FIRMÁ-LA.

....., DE DE _____.

REPRESENTANTE LEGAL

ANEXO V – DECLARAÇÃO DO PORTE DA EMPRESA (MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE)

**PREGÃO ELETRÔNICO SRP Nº 2007/2022 – FMS
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2003/2022 – FMS**

[NOME DA EMPRESA], [QUALIFICAÇÃO: TIPO DE SOCIEDADE (LTDA, S.A, ETC.), ENDEREÇO COMPLETO, INSCRITA NO CNPJ SOB O Nº [XXXX], NESTE ATO REPRESENTADA PELO [CARGO] [NOME DO REPRESENTANTE LEGAL], PORTADOR DA CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº [XXXX], INSCRITO NO CPF SOB O Nº [XXXX], **DECLARA**, SOB AS PENALIDADES DA LEI, QUE SE ENQUADRA COMO MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE, NOS TERMOS DO ART. 3º DA LEI COMPLEMENTAR Nº 123 DE 14 DE DEZEMBRO DE 2006, ESTANDO APTA A FRUIR OS BENEFÍCIOS E VANTAGENS LEGALMENTE INSTITUÍDAS POR NÃO SE ENQUADRAR EM NENHUMA DAS VEDAÇÕES LEGAIS IMPOSTAS PELO § 4º DO ART. 3º DA LEI COMPLEMENTAR Nº 123 DE 14 DE DEZEMBRO DE 2006.

DECLARO, PARA FINS DA LC 123/2006 E SUAS ALTERAÇÕES, SOB AS PENALIDADES DESTA, SER:

() **MICROEMPRESA** – RECEITA BRUTA ANUAL IGUAL OU INFERIOR A 360.000,00 E ESTANDO APTA A FRUIR OS BENEFÍCIOS E VANTAGENS LEGALMENTE INSTITUÍDAS POR NÃO SE ENQUADRAR EM NENHUMA DAS VEDAÇÕES LEGAIS IMPOSTAS PELO § 4º DO ART. 3º DA LEI COMPLEMENTAR Nº 123/06 ALTERADA PELA LC 147/2014.

() **EMPRESA DE PEQUENO PORTE** – RECEITA BRUTA ANUAL SUPERIOR A 360.000,00 E IGUAL OU INFERIOR A 4.800.000,00 VALORES , ESTANDO APTA A FRUIR OS BENEFÍCIOS E VANTAGENS LEGALMENTE INSTITUÍDAS POR NÃO SE ENQUADRAR EM NENHUMA DAS VEDAÇÕES LEGAIS IMPOSTAS PELO § 4º DO ART. 3º DA LEI COMPLEMENTAR Nº 123/06 ALTERADA PELA LC 147/2014.

OBSERVAÇÕES:

- ESTA DECLARAÇÃO PODERÁ SER PREENCHIDA SOMENTE PELA LICITANTE ENQUADRADA COMO ME OU EPP, NOS TERMOS DA LC 123, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2006;
- A NÃO APRESENTAÇÃO DESTA DECLARAÇÃO SERÁ INTERPRETADA COMO NÃO ENQUADRAMENTO DA LICITANTE COMO ME OU EPP, NOS TERMOS DA LC Nº 123/2006, OU A OPÇÃO PELA NÃO UTILIZAÇÃO DO DIREITO DE TRATAMENTO DIFERENCIADO.

LOCAL E DATA

NOME E ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

NOME E ASSINATURA DO CONTADOR
(NO CASO DE ME E EPP)
CPF: XXX.XXX.XXX-XX
CRC: _____

ANEXO VI – DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

AO REDIGIR A PRESENTE DECLARAÇÃO, O PROPONENTE DEVERÁ UTILIZAR FORMULÁRIO COM TIMBRE DA PROPONENTE.

PREGÃO ELETRÔNICO SRP Nº 20027/2022 – FMS
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2003/2022 – FMS

ÀO
FUNDO MUNICIPAL DE _____/UF
AO PREGOEIRO / EQUIPE DE APOIO

A EMPRESA, INSCRITA NO CNPJ Nº, POR INTERMÉDIO DE SEU REPRESENTANTE LEGAL O SR....., PORTADOR DA CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº..... E DO CPF Nº, DECLARA NÃO TER RECEBIDO DO MUNICÍPIO DE _____/UF OU DE QUALQUER OUTRA ENTIDADE DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA OU INDIRETA, EM ÂMBITO FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL, SUSPENSÃO TEMPORÁRIA DE PARTICIPAÇÃO EM LICITAÇÃO E OU IMPEDIMENTO DE CONTRATAR COM A ADMINISTRAÇÃO, ASSIM COMO NÃO TER RECEBIDO DECLARAÇÃO DE INIDONEIDADE PARA LICITAR E OU CONTRATAR COM A ADMINISTRAÇÃO FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL.

_____ EM, ___ DE _____ DE _____.

(ASSINATURA DO RESPONSÁVEL E CPF)

**ANEXO VII – DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO.
(MODELO)**

**PREGÃO ELETRÔNICO SRP Nº 2007/2022 – FMS
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2003/2022 – FMS**

A(RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA), CNPJ Nº.....,
LOCALIZADA À, DECLARA, EM CONFORMIDADE COM A LEI Nº
10.520/02, QUE CUMPRE TODOS OS REQUISITOS PARA HABILITAÇÃO PARA ESTE
CERTAME LICITATÓRIO NA **PREFEITURA MUNICIPAL DE _____/UF – PREGÃO
ELETRÔNICO Nº XXXX/XXXX**

....., DE DE

REPRESENTANTE LEGAL

**ANEXO VIII – MINUTA DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS DO PREGÃO ELETRÔNICO
SRP Nº 009/2022 – FMS**

Aos dias do mês de do ano de 20__, a Prefeitura Municipal de PEDRAS DE FOGO, Pessoa Jurídica de Direito Público, com sede na _____, Nº - Centro - PEDRAS DE FOGO - PB, inscrita no CNPJ nº _____, neste ato representada pelo Sr. _____, brasileira, portador da cédula de identidade nº _____ SSP/PB e CPF nº _____, residente e domiciliado à _____, que neste ato designa o Pregoeiro, gerenciador da presente ATA DE REGISTRO DE PREÇOS (ARP), decorrente da licitação, processada nos termos do PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº ____/2022 – FMS a qual se constitui em documento vinculativo e obrigacional às partes, conforme o disposto no art. 15 da Lei nº 8.666/93 e Decreto Municipal nº 016-A/2019, segundo as cláusulas e condições seguintes:

1. DO OBJETO.

1.1. A presente Ata tem por objeto o registro de preços para a eventual aquisição de REGISTRO DE PREÇO CONSIGNADO EM ATA PARA CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA ELABORAÇÃO DE MATERIAIS IMPRESSOS E MATERIAIS GRÁFICOS: DIAGRAMAÇÃO, FORMATAÇÃO E CONFECÇÃO DE SERVIÇOS GRÁFICOS DIVERSOS, INCLUINDO PRODUÇÃO SOB DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PEDRAS DE FOGO/PB, conforme Termo de Referência, anexo X do edital do Pregão Eletrônico Nº 2007/2022 - FMS, que é parte integrante desta Ata, assim como a proposta vencedora, independentemente de transcrição.

2. DOS PREÇOS, ESPECIFICAÇÕES E QUANTITATIVOS.

2.1. O preço registrado, as especificações do objeto, a quantidade, fornecedor(es) e as demais condições ofertadas na(s) proposta(s) são as que seguem:

EMPRESA:					
CNPJ:					
ENDEREÇO:					
REPRESENTANTE:					
E-MAIL:				TEL.: ()	
ITENS	DESCRIÇÃO	QUANT.	UNID.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
VALOR TOTAL:					

3. DA ADESÃO À ATA DE REGISTRO DE PREÇOS.

3.1. Não será permitida a outro órgão ou entidade de outra esfera da Administração Pública, a utilização da presente ARP.

4. VALIDADE DA ATA.

4.1. A validade da Ata de Registro de Preços será de 12 meses, a partir da sua assinatura, não podendo ser prorrogada.

5. REVISÃO E CANCELAMENTO.

5.1. A Administração realizará pesquisa de mercado periodicamente, em intervalos não superiores a 180 (cento e oitenta) dias, a fim de verificar a vantajosidade dos preços registrados nesta Ata.

5.2. Os preços registrados poderão ser revistos em decorrência de eventual redução dos preços praticados no mercado ou de fato que eleve o custo do objeto registrado, cabendo à Administração promover as negociações junto ao(s) fornecedor(es).

5.3. Quando o preço registrado tornar-se superior ao preço praticado no mercado por motivo superveniente, a Administração convocará o(s) fornecedor(es) para negociar(em) a redução dos preços aos valores praticados pelo mercado.

5.4. O fornecedor que não aceitar reduzir seu preço ao valor praticado pelo mercado será liberado do compromisso assumido, sem aplicação de penalidade.

5.4.1. A ordem de classificação dos fornecedores que aceitarem reduzir seus preços aos valores de mercado observará a classificação original.

5.5. Quando o preço de mercado tornar-se superior aos preços registrados e o fornecedor não puder cumprir o compromisso, o órgão gerenciador poderá:

5.5.1. Liberar o fornecedor do compromisso assumido, caso a comunicação ocorra antes do pedido de fornecimento, e sem aplicação da penalidade se confirmada a veracidade dos motivos e comprovantes apresentados; e

5.5.2. Convocar os demais fornecedores para assegurar igual oportunidade de negociação.

5.6. Não havendo êxito nas negociações, o órgão gerenciador deverá proceder à revogação desta ata de registro de preços, adotando as medidas cabíveis para obtenção da contratação mais vantajosa.

5.7. O REGISTRO DO FORNECEDOR SERÁ CANCELADO QUANDO:

5.7.1. Descumprir as condições da ata de registro de preços;

5.7.2. Não retirar a nota de empenho ou instrumento equivalente no prazo estabelecido pela Administração, sem justificativa aceitável;

5.7.3. Não aceitar reduzir o seu preço registrado, na hipótese deste se tornar superior àqueles praticados no mercado; ou

5.7.4. Sofrer sanção administrativa cujo efeito torne-o proibido de celebrar contrato administrativo, alcançando o órgão gerenciador e órgão(s) participante(s).

5.8. O cancelamento de registros nas hipóteses previstas nos itens 5.7.1, 5.7.2 e 5.7.4 será formalizado por despacho do órgão gerenciador, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

5.9. O CANCELAMENTO DO REGISTRO DE PREÇOS PODERÁ OCORRER POR FATO SUPERVENIENTE, DECORRENTE DE CASO FORTUITO OU FORÇA MAIOR, QUE PREJUDIQUE O CUMPRIMENTO DA ATA, DEVIDAMENTE COMPROVADOS E JUSTIFICADOS:

5.9.1. Por razão de interesse público; ou

5.9.2. A pedido do fornecedor.

6. DAS PENALIDADES.

6.1. O descumprimento da Ata de Registro de Preços ensejará aplicação das penalidades estabelecidas no Edital.

6.2. É da competência do órgão gerenciador a aplicação das penalidades decorrentes do descumprimento do pactuado nesta ata de registro de preço (art. 5º, inciso X, do Decreto nº 7.892/2013), exceto nas hipóteses em que o descumprimento disser respeito às contratações dos órgãos participantes, caso no qual caberá ao respectivo órgão participante a aplicação da penalidade (art. 6º, Parágrafo único, do Decreto nº 7.892/2013).

6.3. O órgão participante deverá comunicar ao órgão gerenciador qualquer das ocorrências previstas no art. 20 do Decreto nº 7.892/2013, dada a necessidade de instauração de procedimento para cancelamento do registro do fornecedor.

7. CONDIÇÕES GERAIS.

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

7.2. É vedado efetuar acréscimos nos quantitativos fixados nesta ata de registro de preços, inclusive o acréscimo de que trata o § 1º do art. 65 da Lei nº 8.666/93, nos termos do art. 12, §1º do Decreto nº 7892/13.

7.3. A ata de realização da sessão pública do pregão, contendo a relação dos licitantes que aceitarem cotar os bens ou serviços com preços iguais ao do licitante vencedor do certame, será anexada a esta Ata de Registro de Preços, nos termos do art. 11, §4º do Decreto n. 7.892, de 2014.

Para firmeza e validade do pactuado, a presente Ata foi lavrada em (...) vias de igual teor, que, depois de lida e achada em ordem, vai assinada pelas partes.

PEDRAS DE FOGO, ____ de ____ de 2022.

Representante legal do órgão gerenciador

Representante(s) legal(is) do(s) fornecedor(s) registrado(s)



ANEXO IX – MINUTA DO CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº ____/20__

**TERMO DE CONTRATO DE COMPRA Nº/.....,
QUE FAZEM ENTRE SI
O(A)..... E A EMPRESA
.....**

O FUNDO MUNICIPAL DE DA PREFEITURA MUNICIPAL DEPESSOA JURÍDICA DE DIREITO PÚBLICO, com sede no(a) na cidade de /Estado ..., inscrito(a) no CNPJ sob o nº, neste ato representado(a) pela GESTORA DO FMS, Sr^a....., portador(a) da Carteira de Identidade nº, expedida pela (o), e CPF nº, doravante denominada CONTRATANTE, e o(a) inscrito(a) no CNPJ/MF sob o nº, sediado(a) na, em doravante designada CONTRATADA, neste ato representada pelo(a) Sr.(a), portador(a) da Carteira de Identidade nº, expedida pela (o), e CPF nº, tendo em vista o que consta no Processo nº e em observância às disposições da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, da Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002 e na Lei nº 8.078, de 1990 - Código de Defesa do Consumidor, do Decreto nº 7.892, de 23 de janeiro de 2013, resolvem celebrar o presente Termo de Contrato, decorrente do Pregão nº/20...., por Sistema de Registro de Preços nº ____/2022, mediante as cláusulas e condições a seguir enunciadas.

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO.

1.1. O objeto do presente Termo de Contrato é a aquisição de, conforme especificações e quantitativos estabelecidos no Termo de Referência, anexo do Edital.

1.2. Este Termo de Contrato vincula-se ao Edital do Pregão, identificado no preâmbulo e à proposta vencedora, independentemente de transcrição.

1.3. Discriminação do objeto:

EMPRESA:					
CNPJ:					
ENDEREÇO:					
REPRESENTANTE:					
E-MAIL:				TEL.: ()	
ITENS	DESCRIÇÃO	QUANT.	UNID.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
VALOR TOTAL:					

2. CLÁUSULA SEGUNDA – VIGÊNCIA.

2.1. O prazo de vigência deste Termo de Contrato é aquele fixado no Termo de Referência, com início na data de ____/____/____ e encerramento em ____/____/____, prorrogável na forma do art. 57, §1º, da Lei nº 8.666, de 1993.

3. CLÁUSULA TERCEIRA – PREÇO.

3.1. O valor do presente Termo de Contrato é de R\$ (.....).

3.2. No valor acima estão incluídas todas as despesas ordinárias diretas e indiretas decorrentes da execução contratual, inclusive tributos e/ou impostos, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais incidentes, taxa de administração, frete, seguro e outros necessários ao cumprimento integral do objeto da contratação.

4. CLÁUSULA QUARTA – DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA.

4.1. As despesas decorrentes desta contratação estão programadas em dotação orçamentária própria, prevista no orçamento da União, para o exercício de 20..., na classificação abaixo:

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA

02.061 – FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

FUNÇÃO PROGRAMÁTICA

- 1) 10 301 3006 2082 – Manutenção dos Serviços da Atenção Básica de Saúde - PAB
- 2) 10 302 3008 2097 – Manutenção da Assistência Médica do Hosp. Pedras de Fogo

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

- 1) 3390.39 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

5. CLÁUSULA QUINTA – PAGAMENTO.

5.1. O prazo para pagamento e demais condições a ele referentes encontram-se no Termo de Referência.

5.2. A CONTRATANTE efetuará a retenção dos valores relativos aos percentuais incidentes sobre os valores constantes da nota fiscal, fatura ou recibos emitidos pela licitante contratada, relativa a outros tributos federais, estaduais e municipais, inclusive ao Banco da Nova Chance (Artigo 6º, da Lei Municipal nº. 1.109/2021), de conformidade com a legislação vigente.

6. CLÁUSULA SEXTA – REAJUSTE.

6.1. As regras acerca do reajuste do valor contratual são as estabelecidas no Termo de Referência, anexo a este Contrato.

7. CLÁUSULA SÉTIMA – GARANTIA DE EXECUÇÃO.

7.1. Não haverá exigência de garantia de execução para a presente contratação.

8. CLÁUSULA OITAVA - ENTREGA E RECEBIMENTO DO OBJETO.

8.1. As condições de entrega e recebimento do objeto são aquelas previstas no Termo de Referência, anexo ao Edital.

9. CLÁUSULA NONA – FISCALIZAÇÃO.

9.1. A fiscalização da execução do objeto será efetuada por Comissão/Representante designado pela CONTRATANTE, na forma estabelecida no Termo de Referência, anexo do Edital.



10. CLÁUSULA DÉCIMA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE E DA CONTRATADA.

10.1. As obrigações da CONTRATANTE e da CONTRATADA são aquelas previstas no Termo de Referência, anexo do Edital.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS.

11.1. As sanções referentes à execução do contrato são aquelas previstas no Termo de Referência, anexo do Edital.

12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – RESCISÃO.

12.1. O PRESENTE TERMO DE CONTRATO PODERÁ SER RESCINDIDO:

12.1.1. Por ato unilateral e escrito da Administração, nas situações previstas nos incisos I a XII e XVII do art. 78 da Lei nº 8.666, de 1993, e com as consequências indicadas no art. 80 da mesma Lei, sem prejuízo da aplicação das sanções previstas no Termo de Referência, anexo ao Edital;

12.1.2. Amigavelmente, nos termos do art. 79, inciso II, da Lei nº 8.666, de 1993.

12.2. Os casos de rescisão contratual serão formalmente motivados, assegurando-se à CONTRATADA o direito à prévia e ampla defesa.

12.3. A CONTRATADA reconhece os direitos da CONTRATANTE em caso de rescisão administrativa prevista no art. 77 da Lei nº 8.666, de 1993.

12.4. O TERMO DE RESCISÃO SERÁ PRECEDIDO DE RELATÓRIO INDICATIVO DOS SEGUINTE ASPECTOS, CONFORME O CASO:

12.4.1. Balanço dos eventos contratuais já cumpridos ou parcialmente cumpridos;

12.4.2. Relação dos pagamentos já efetuados e ainda devidos;

12.4.3. Indenizações e multas.

13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – VEDAÇÕES.

13.1. É VEDADO À CONTRATADA:

13.1.1. Caucionar ou utilizar este Termo de Contrato para qualquer operação financeira;

13.1.2. Interromper a execução contratual sob alegação de inadimplemento por parte da CONTRATANTE, salvo nos casos previstos em lei.

14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – ALTERAÇÕES.

14.1. Eventuais alterações contratuais reger-se-ão pela disciplina do art. 65 da Lei nº 8.666, de 1993.

14.2. A CONTRATADA é obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato.



14.3. As supressões resultantes de acordo celebrado entre as partes contratantes poderão exceder o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato.

15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DOS CASOS OMISSOS.

15.1. Os casos omissos serão decididos pela CONTRATANTE, segundo as disposições contidas na Lei nº 8.666, de 1993, na Lei nº 10.520, de 2002 e demais normas federais de licitações e contratos administrativos e, subsidiariamente, segundo as disposições contidas na Lei nº 8.078, de 1990 - Código de Defesa do Consumidor - e normas e princípios gerais dos contratos.

16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – PUBLICAÇÃO.

16.1. Incumbirá à CONTRATANTE providenciar a publicação deste instrumento, por extrato, no Diário Oficial do Estado e do Município, no prazo previsto na Lei nº 8.666, de 1993.

17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – FORO.

17.1. É eleito o Foro da Comarca de PEDRAS DE FOGO/PB para dirimir os litígios que decorrerem da execução deste Termo de Contrato que não possam ser compostos pela conciliação, conforme art. 55, §2º da Lei nº 8.666/93.

Para firmeza e validade do pactuado, o presente Termo de Contrato foi lavrado em duas (duas) vias de igual teor, que, depois de lido e achado em ordem, vai assinado pelos contraentes.

XXXXXXXX/UF, de..... de 20....

Responsável legal da CONTRATANTE

Responsável legal da CONTRATADA



**ANEXO X
TERMO DE REFERÊNCIA**

TERMO DE REFERÊNCIA

1.0. DO OBJETO

1.1. CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA CONFECÇÃO EM ITEM DE IMPRESSOS E MATERIAIS GRÁFICOS: DIAGRAMAÇÃO, FORMATAÇÃO E CONFECÇÃO/EXECUÇÃO DE SERVIÇOS GRÁFICOS DIVERSOS, INCLUINDO PRODUÇÃO DE IMPRESSOS.

**Obs: Descrição e quantidade de itens CONSTAM em anexo ao termo de referência, bem como, modelos de materiais.

2.0. JUSTIFICATIVA

2.1. A presente aquisição tem o objetivo de suprir as necessidades de material gráfico, visando repor e manter o estoque desta Secretaria Municipal de Saúde, tendo em vista que tal material é essencial à continuidade e manutenção dos serviços realizados a todos os setores, bem como, atender as necessidades dos diversos serviços em saúde, evitando assim a necessidade de fazer grandes estoques e baratear a compra dos materiais por maior demanda.

2.3. DA JUSTIFICATIVA DO QUANTITATIVO SOLICITADO

2.3. O quantitativo estimado foi obtido com base no consumo atual com projeção para demanda futura, por item, conforme anexo I.

3.1. Salienta-se que à referida contratação, será concedido o tratamento diferenciado e simplificado para as Microempresas e Empresas de Pequeno Porte, nos termos das disposições contidas nos Arts. 47 e 48, da Lei Complementar nº 123/2006, caso esteja presente a situação prevista no inciso I do Art. 48, do mesmo diploma legal.

3.2. A participação no certame, portanto, deverá ser aberta a quaisquer interessados, inclusive as Microempresas, Empresas de Pequeno Porte e Equiparados, nos termos da legislação vigente.

4.0. DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

4.1. Efetuar o pagamento relativo ao objeto contratado efetivamente realizado, de acordo com as cláusulas do respectivo contrato ou equivalente.

4.2. Proporcionar ao Contratado todos os meios necessários para a fiel execução do objeto da presente contratação, nos termos do correspondente instrumento de ajuste.

4.3. Notificar o Contratado sobre qualquer irregularidade encontrada quanto à qualidade dos serviços, exercendo a mais ampla e completa fiscalização, o que não exime o Contratado de suas responsabilidades pactuadas e preceitos legais.

5.0. DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

5.1. Os serviços consistirão em diagramação, formatação e confecção/execução de serviços gráficos diversos, incluindo produção de impressos que serão utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Pedras de Fogo/PB, através de suas divisões em serviços de saúde. Será disponibilizada pelo Setor solicitante a amostra do material (impresso em papel) onde constará a arte hoje empregada.

Faz parte do objeto desse certame a elaboração gráfica digital pelo proponente vencedor a ser utilizada nos impressos de acordo com essa amostra que devem seguir os mesmos padrões hoje utilizados pelo município, sem custo para a Prefeitura. A elaboração da arte gráfica será a cargo da licitante contratada, onde a mesa deverá submeter uma amostra, em até 05 (cinco) dias após o comunicado para realização do serviço, para aprovação do servidor responsável da Secretaria Municipal de Saúde, antes da impressão total.

Após aprovação, a contratada deverá entregar o *serviço* em até 05 (cinco) dias, após receber a autorização emitido pelo Setor de Compras da PMPF.

5.1.2.A responsabilidade pela qualidade dos *serviços* e da empresa contratada para esta finalidade, inclusive a promoção de readequações, sempre que detectadas impropriedades que possam comprometer a consecução do Objeto;

5.2. Encarregar-se por todo o transporte até a sede deste Município para a secretaria solicitante;

5.3. Assumir inteira responsabilidade técnica pelos *serviços*, não a transferindo, sob nenhum pretexto, para outras entidades, seja fabricante, técnicos e outros;

5.4. Não transferir a terceiros, por qualquer forma, nem mesmo parcialmente, o presente contrato, nem subcontratar o serviço a que está obrigada, sem prévia autorização por escrito do Contratante;

5.5. Considerar que a ação da fiscalização do Contratante não exonera a Contratada de suas responsabilidades contratuais; responsabilizar-se pela garantia dos *serviços*;

5.6. Aceitar nas mesmas condições contratuais acréscimos ou supressões dos *serviços* nos termos do artigo 65, § 1º, da Lei nº 8.666/93;

5.7. Entregar os *serviços* na sede do Município no prazo máximo de cinco, após solicitação escrita e formal da secretaria solicitante

5.8. Durante a *prestação do serviço*, a reposição dos mesmos por outro da mesma espécie é de responsabilidade da Contratada, mediante atestado de reposição pelo setor competente, sem qualquer ônus para este Município.

5.9. Comunicar, por escrito, imediatamente, à Contratante, a impossibilidade de execução de qualquer obrigação contratual para a adoção das providências cabíveis.

5.11. Deverá manter durante toda a execução contratual, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas para esse processo;

5.12. Reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, as suas expensas, no todo ou em parte, o objeto deste Contrato, em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da entrega, salvo quando o defeito for, comprovadamente, provocado por uso indevido.

5.13. Responsabilizar-se pela qualidade e a quantidade dos *serviços* prestados;

5.14. Em tudo agir, segundo as diretrizes da CONTRATANTE.

6.0. DOS PRAZOS E LOCAL DE ENTREGA

6.1. O prazo máximo para a execução do objeto desta contratação e que admite prorrogação nos casos previstos na legislação vigente, está abaixo indicado e será considerado a partir da emissão da Nota de Empenho ou ordem de fornecimento:

Entrega: No prazo máximo de até 05 (cinco) dias, após receber a autorização emitido pelo Setor de Compras da PMPF.

6.2. O prazo de vigência do contrato será determinado: até 31/12/2022, podendo ser prorrogado nos termos do Art. 57 da Lei 8.666/93.

6.3 O objeto desta contratação deverá ser entregue na Prefeitura Municipal ou em local ainda a ser determinado pelo SETOR DEMANDANTE, constante na nota de empenho ou ordem de fornecimento.

7.0. DO REAJUSTAMENTO E DO REEQUILÍBRIO ECONÔMICO FINANCEIRO DO CONTRATO

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

7.1.1. Dentro do prazo de vigência do contrato e mediante solicitação da contratada, os preços contratados poderão sofrer reajuste após o interregno de um ano, contados da data da proposta da licitante vencedora, aplicando-se o índice *IPCA*, exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade.

7.2. Nos reajustes subsequentes ao primeiro, o interregno mínimo de um ano será contado a partir dos efeitos financeiros do último reajuste.

7.3. No caso de atraso ou não divulgação do índice de reajustamento, o CONTRATANTE pagará à CONTRATADA a importância calculada pela última variação conhecida, liquidando a diferença correspondente tão logo seja divulgado o índice definitivo. Fica a CONTRATADA obrigada a apresentar memória de cálculo referente ao reajustamento de preços do valor remanescente, sempre que este ocorrer.

7.4. Nas aferições finais, o índice utilizado para reajuste será, obrigatoriamente, o definitivo.

7.5. Caso o índice estabelecido para reajustamento venha a ser extinto ou de qualquer forma não possa mais ser utilizado, será adotado, em substituição, o que vier a ser determinado pela legislação então em vigor.

7.6. Na ausência de previsão legal quanto ao índice substituto, as partes elegerão novo índice oficial, para reajustamento do preço do valor remanescente, por meio de termo aditivo.

7.7. O reajuste será realizado por apostilamento.

7.8. Para restabelecer a relação que as partes pactuaram inicialmente entre os encargos do contratado e a retribuição da administração para a justa remuneração da obra, serviço ou fornecimento, objetivando a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro inicial do contrato, na hipótese de sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado, ou, ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando álea econômica extraordinária e extracontratual.

7.9. Para fins do reequilíbrio econômico financeiro do contrato, as partes devem apresentar solicitação, anexando planilha detalhada dos custos do objeto, fazendo uma comparativo com a composição dos custos para obtenção dos preços inicialmente contratados e planilha dos custos para fins do reequilíbrio econômico do contrato.

7.10. O reequilíbrio econômico do contrato será realizado por meio de termo aditivo.

8.0. DO PAGAMENTO

8.1. O pagamento será realizado no prazo máximo de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da Nota Fiscal ou Fatura, através de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo contratado.

8.1.1. Os pagamentos decorrentes de despesas cujos valores não ultrapassem o limite de que trata o inciso II do art. 24 da Lei 8.666, de 1993, deverão ser efetuados no prazo de até 5 (cinco) dias úteis, contados da data da apresentação da Nota Fiscal, nos termos do art. 5º, § 3º, da Lei nº 8.666, de 1993.

8.2. Considera-se ocorrido o recebimento da nota fiscal ou fatura no momento em que o órgão contratante atestar a execução do objeto do contrato.

8.3. A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal, constatada por meio da apresentação das certidões ou, na impossibilidade de acesso ao referido Sistema, mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais ou à documentação mencionada no art. 29 da Lei nº 8.666, de 1993.

8.4. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal ou dos documentos pertinentes à contratação, ou, ainda, circunstância que impeça a liquidação da despesa, como, por exemplo, obrigação financeira pendente, decorrente de penalidade imposta ou inadimplência, o pagamento ficará sobrestado até que a Contratada providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a Contratante.

8.5. Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.

8.6. Antes de cada pagamento à contratada, será realizada consulta para verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas no edital.

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

8.8. Previamente à emissão de nota de empenho e a cada pagamento, a Administração deverá realizar consulta para identificar possível suspensão temporária de participação em licitação, no âmbito do órgão ou entidade, proibição de contratar com o Poder Público, bem como ocorrências impeditivas indiretas, observado o disposto no art. 29, da Instrução Normativa nº 3, de 26 de abril de 2018.

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

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

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

8.11.1. Será rescindido o contrato em execução com a contratada inadimplente, salvo por motivo de economicidade, segurança nacional ou outro de interesse público de alta relevância, devidamente justificado, em qualquer caso, pela máxima autoridade da contratante.

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

8.12.1. A Contratada regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 2006, não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime. No entanto, o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação, por meio de documento oficial, de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na referida Lei Complementar.

8.13. Nos casos de eventuais atrasos de pagamento, desde que a Contratada não tenha concorrido, de alguma forma, para tanto, fica convencionado que a taxa de compensação financeira devida pela Contratante, entre a data do vencimento e o efetivo adimplemento da parcela, é calculada mediante a aplicação da seguinte fórmula:

$EM = I \times N \times VP$, sendo:

EM = Encargos moratórios;

N = Número de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento;

VP = Valor da parcela a ser paga.

I = Índice de compensação financeira = 0,00016438, assim apurado:

$$I = (TX) \quad I = \frac{(6 / 100)}{365} \quad I = 0,00016438$$

TX = Percentual da taxa anual = 6%

9.0. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

9.1. Comete infração administrativa nos termos da Lei nº 10.520, de 2002, a Contratada que:

9.1.1. Inexecução total ou parcialmente qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;

9.1.2. Ensejar o retardamento da execução do objeto;

9.1.3. Falhar ou fraudar na execução do contrato;

9.1.4. Comportar-se de modo inidôneo;

9.1.5. Cometer fraude fiscal;

9.2. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste contrato, a Administração pode aplicar à CONTRATADA as seguintes sanções:

9.2.1. Advertência, por faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos significativos para a Contratante;

9.2.2. Multa moratória de 0,5% (zero vírgula cinco por cento) por dia de atraso injustificado sobre o valor da parcela inadimplida, até o limite de 30 (trinta) dias;

9.2.3. Multa compensatória de 20% (vinte por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto;

9.2.4. Em caso de inexecução parcial, a multa compensatória, no mesmo percentual do subitem acima, será aplicada de forma proporcional à obrigação inadimplida;

9.2.5. Suspensão de licitar e impedimento de contratar com o órgão, entidade ou unidade administrativa pela qual a Administração Pública opera e atua concretamente, pelo prazo de até dois anos;

9.2.6. Impedimento de licitar e contratar com a Prefeitura Municipal e entidades do Município com o consequente descredenciamento no pelo prazo de até cinco anos;

9.2.6.1. A Sanção de impedimento de licitar e contratar prevista neste subitem também é aplicável em quaisquer das hipóteses previstas como infração administrativa no subitem 16.1 deste Termo de Referência.

12.2.7. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a Contratada ressarcir a Contratante pelos prejuízos causados;

9.3. As sanções previstas nos subitens 16.2.1, 16.2.5, 16.2.6 e 16.2.7 poderão ser aplicadas à CONTRATADA juntamente com as de multa, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados.

9.4. Também ficam sujeitas às penalidades do art. 87, III e IV da Lei nº 8.666, de 1993, as empresas ou profissionais que:

9.4.1. Tenham sofrido condenação definitiva por praticar, por meio dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;

9.4.2. Tenham praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;

9.4.3. Demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.

9.5. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à Contratada, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666, de 1993, e subsidiariamente a Lei nº 9.784, de 1999.

9.6. As multas devidas e/ou prejuízos causados à Contratante serão deduzidos dos valores a serem pagos, ou recolhidos em favor do Município, ou deduzidos da garantia, ou ainda, quando for o caso, serão inscritos na Dívida Ativa Municipal e cobrados judicialmente.

9.6.1. Caso a Contratante determine, a multa deverá ser recolhida no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento da comunicação enviada pela autoridade competente.

9.7. Caso o valor da multa não seja suficiente para cobrir os prejuízos causados pela conduta do licitante, o Município ou Entidade poderá cobrar o valor remanescente judicialmente, conforme artigo 419 do Código Civil.

9.8. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade.

10. DA SUBCONTRATAÇÃO

10.1 Não será admitida a subcontratação do objeto licitatório.

11. DA ALTERAÇÃO SUBJETIVA

11.1. É admissível a fusão, cisão ou incorporação da contratada com/em outra pessoa jurídica, desde que sejam observados pela nova pessoa jurídica todos os requisitos de habilitação exigidos na licitação original; sejam mantidas as demais cláusulas e condições do contrato; não haja prejuízo à execução do objeto pactuado e haja a anuência expressa da Administração à continuidade do contrato.

12. DO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO

12.1 Nos termos do art. 67 Lei nº 8.666, de 1993, será designado representante para acompanhar e fiscalizar a entrega dos bens, anotando em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução e determinando o que for necessário à regularização de falhas ou defeitos observados.

12.1.1. O recebimento de material de valor superior a R\$ 176.000,00 (cento e setenta e seis mil reais) será confiado a uma comissão de, no mínimo, 3 (três) membros, designados pela autoridade competente.

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

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

13. ESTIMATIVA DE PREÇOS E PREÇOS REFERENCIAIS.

13.1. O custo estimado da contratação será tornado público apenas e imediatamente após o encerramento do envio de lances.

14. DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS.

672	10.301.3006.2082	Manutenção dos serviços da Atenção Básica de Saúde – PAB	3.3.90.39.00
809	10.302.3008.2097	Manutenção da Assistência Médica do Hosp. Pedras de Fogo	3.3.90.39.00

**ANEXO I - AO TERMO DE REFERÊNCIA**

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE
1	ENVELOPE PRONTUÁRIO FAMILIAR (TAMANHO PAPEL OFÍCIO)	UNIDADE	10.000
2	PRONTUÁRIO INDIVIDUAL Nº (PRONTUÁRIO DA FAMÍLIA)	UNIDADE	29.000
3	PRONTUÁRIO DO PACIENTE COM ODONTOGRAMA	UNIDADE	9.000
4	CARTÃO HIPERDIA	UNIDADE	5.000
5	ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER	UNIDADE	3.000
6	CARTÃO DA CRIANÇA (MENINA)	UNIDADE	1.500
7	CARTÃO DA CRIANÇA (MENINO)	UNIDADE	1.500
8	CARTÃO DA FAMÍLIA PARA AGENDAMENTO DE CONSULTAS	UNIDADE	8.000
9	TERMO DE CONSENTIMENTO (PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR)	UNIDADE	200
10	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL INDIVIDUALIZADO – BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	20
11	REQUISIÇÃO DE EXAMES – BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	150
12	FICHA DE ENCAMINHAMENTO COM CONTRA REFERÊNCIA – BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	90
13	REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA (MS)	UNIDADE	10
14	REGISTRO DE EXAMES PREVENTIVOS COLETADOS – BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	150
15	REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO – COLO DO ÚTERO – BLOCO COM 100 UNIDADES	UNIDADE	150
16	FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL – BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	200
17	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL – BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	200
18	FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL (E-SUS) – BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	200
19	FICHA CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL (E-SUS) – BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	10.000
20	FICHA DE VACINAÇÃO (E-SUS) - BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	50
21	FICHA DE PROCEDIMENTOS (E-SUS) BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	10
22	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA (E-SUS) – BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	50
23	MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR (E-SUS) – BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	50
24	FICHA COMPLEMENTAR (E-SUS) – BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	50
25	IDENTIFICAÇÃO DO PSF – XEROX	UNIDADE	1.000
26	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE LESÕES SUSPEITAS NA CAVIDADE BUCAL – BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	2
27	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL DADOS CONSOLIDADOS (BPA-C) – BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	100
28	LAUDO TÉCNICO PARA EMISSÃO DE PROTESE DENTÁRIA – BLOCO COM 50 FOLHAS	UNIDADE	20
29	FICHA ENDODÔNTICA	UNIDADE	500
30	CARTÃO DE SAÚDE (CAPS – PSF)	UNIDADE	300
31	CARTÃO ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE MENTAL	UNIDADE	1.000
32	RECEITUÁRIO COMUM – BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	1.350
33	RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL – BLOCO COM 50 FOLHAS	UNIDADE	2.750
34	RAAS – BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	25
35	ENVELOPE JUNTA MÉDICA	UNIDADE	500
36	FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL – BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	900
37	FICHA DE TRIAGEM INDIVIDUAL – BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	300



38	ATESTADO MÉDICO – BLOCO COM 50 FOLHAS	UNIDADE	100
39	ATESTADO DE COMPARECIMENTO – BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	100
40	FICHA PARA MARCAÇÃO DE CONSULTAS – BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	100
41	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL – BLOCO COM 50 FOLHAS	UNIDADE	1.000
42	FICHA DE AVALIAÇÃO DE ELEGIBILIDADE E ADMISSÃO (PARA USO EXCLUSIVO DE SAD) (E-SUS) - BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	50
43	ATENDIMENTO DOMICILIAR (PARA USO EXCLUSIVO DE SAD) (E-SUS) – BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	50
44	DIVISÃO DE CONTROLE AVALIAÇÃO E AUDITOTIA – ACAA – BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	150
45	CHECK LIST CARRINHO DE PARADA – BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	75
46	CHECK LIST AMBULÂNCIA – BLOCO COM 100	UNIDADE	75
47	CLÍNICA MÉDICA BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	75
48	FICHA CLÍNICA OBSTÉTRICA BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	75
49	CONTROLE DE PRESCRIÇÃO ANTIMICROBIANO BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	75
50	EVOLUÇÃO DA NUTRIÇÃO BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	150
51	EVOLUÇÃO MÉDICA BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	75
52	FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	75
53	FICHA DE RECÉM NASCIDO BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	75
54	LAUDO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL COM 10 FOLHAS	UNIDADE	75
55	LAUDO MÉDICO BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	75
56	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR CARBONADA BLOCO COM 50 FOLHAS	UNIDADE	100
57	PARTOGRAMA BLOCO COM 50 FOLHAS	UNIDADE	100
58	DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	75
59	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM BLOCO COM 50 FOLHAS	UNIDADE	200
60	IMPRESSO PADRONIZADO – ETIQUETA EM PAPEL ADESIVO 0,5 X 3 CM – CARTELAS COM 100 UNIDADES	UNIDADE	20
61	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	10
62	IMPRESSO PADRONIZADO – ETIQUETAS COM 08 ADESIVOS A4 CAIXA COM 100 FOLHAS	UNIDADE	2
63	FICHA DE ENCAMINHAMENTO HOSPITALAR BLOCO COM 100 FOLHAS	UNIDADE	100
64	PRESCRIÇÃO MÉDICA BLOCO COM 50 FOLHAS	UNIDADE	200
65	BANNER 1,20 X 0,80	UNIDADE	50
66	CARTAZ, MATERIAL: PAPEL COUCHÊ FOSCO, GRAMATURA: 150G,M2, TAMANHO: 46 X 64 CM – RESMA	UNIDADE	50
67	IMPRESSO PADRONIZADO, MATERIAL: PAPEL COUCHÊ, TIPO: FOLDER, GRAMATURA: 180G,M2, COMPRIMENTO: 297 MM, LARGURA: 210 MM, CARACTERÍSTICA ADICIONAIS: IMPRESSÃO FRENTE, VERSO	UNIDADE	7.000
68	CRACHÁ EM PVC COM CORDÃO	UNIDADE	280
69	CARTÃO INDIVIDUAL PARA AGENDAMENTO DE CONSULTAS	UNIDADE	29.000



ANEXO II – MODELOS DE MATERIAIS

		FICHA COMPLEMENTAR Registro de Emergência em Saúde Pública Síndrome Neurológica por Zika/Microcefalia			DIGITADO POR: _____	DATA: / /
					CONFERIDO POR: _____	FOLHA Nº: _____
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*		
_____	_____	_____	_____	/ /		
TURNO* <input type="radio"/> M <input type="radio"/> T <input type="radio"/> N	IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO CNS OU CPF DO CIDADÃO*		CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR			
	CPF _____		CPF _____			
RESULTADOS DE EXAMES*						
TESTE DO OLHINHO (TRV)						
DATA DE REALIZAÇÃO: / /		RESULTADO: <input type="radio"/> Presente bilateral <input type="radio"/> Duvidoso ou ausente				
EXAME DE FUNDO DE OLHO (02.11.06.010-0 - FUNDOSCOPIA)						
DATA DE REALIZAÇÃO: / /		RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado				
TESTE DA ORELHINHA - PEATE (02.11.07.027-0 - POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO PARA TRIAGEM AUDITIVA)						
DATA DE REALIZAÇÃO: / /		RESULTADO: <input type="radio"/> Passou <input type="radio"/> Falhou				
EXAMES DE IMAGEM						
US TRANSFONTANELA (02.05.02.017-8 - ULTRASSONOGRÁFIA TRANSFONTANELA)						
DATA DE REALIZAÇÃO: / /		RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sugestivo de infecção congênita <input type="radio"/> Outras alterações <input type="radio"/> Indeterminado				
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (02.06.01.007-9 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO)						
DATA DE REALIZAÇÃO: / /		RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sugestivo de infecção congênita <input type="radio"/> Outras alterações <input type="radio"/> Indeterminado				
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (02.07.01.006-4 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO)						
DATA DE REALIZAÇÃO: / /		RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sugestivo de infecção congênita <input type="radio"/> Outras alterações <input type="radio"/> Indeterminado				

		FICHA COMPLEMENTAR Registro de Emergência em Saúde Pública Síndrome Neurológica por Zika/Microcefalia			DIGITADO POR: _____	DATA: / /
					CONFERIDO POR: _____	FOLHA Nº: _____
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*		
_____	_____	_____	_____	/ /		
TURNO* <input type="radio"/> M <input type="radio"/> T <input type="radio"/> N	IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO CNS OU CPF DO CIDADÃO*		CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR			
	CPF _____		CPF _____			
RESULTADOS DE EXAMES*						
TESTE DO OLHINHO (TRV)						
DATA DE REALIZAÇÃO: / /		RESULTADO: <input type="radio"/> Presente Bilateral <input type="radio"/> Duvidoso ou Ausente				
EXAME DE FUNDO DE OLHO (02.11.06.010-0 - FUNDOSCOPIA)						
DATA DE REALIZAÇÃO: / /		RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado				
TESTE DA ORELHINHA - PEATE (02.11.07.027-0 - POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO PARA TRIAGEM AUDITIVA)						
DATA DE REALIZAÇÃO: / /		RESULTADO: <input type="radio"/> Passou <input type="radio"/> Falhou				
EXAMES DE IMAGEM						
US TRANSFONTANELA (02.05.02.017-8 - ULTRASSONOGRÁFIA TRANSFONTANELA)						
DATA DE REALIZAÇÃO: / /		RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sugestivo de infecção congênita <input type="radio"/> Outras alterações <input type="radio"/> Indeterminado				
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (02.06.01.007-9 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO)						
DATA DE REALIZAÇÃO: / /		RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sugestivo de infecção congênita <input type="radio"/> Outras alterações <input type="radio"/> Indeterminado				
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (02.07.01.006-4 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO)						
DATA DE REALIZAÇÃO: / /		RESULTADO: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Sugestivo de infecção congênita <input type="radio"/> Outras alterações <input type="radio"/> Indeterminado				

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

1/1 FC (e-SUS AB) v.32



1500 PSF 3

GOVERNO DE PEDRAS DE FOGO
Tempo de Reconstruir

Saúde da Família

ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE MENTAL

PSF: _____
ACS: _____
NOME: _____
C. SUS: _____
CPF: _____
END: _____

USUÁRIO DO CAPS: ()SIM ()NÃO

PRONTUÁRIO DA FAMÍLIA Nº _____

PRONTUÁRIO INDIVIDUAL Nº _____



Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Problemas/Condição avaliada*	Doenças transmissíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Outros														
	CIAP-2														
CIAP-2															
CID-10															
CID-10															
Exames solicitados (S) e avaliados (A)	Coolesterol total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	EAS/EQU	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Eletrocardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Eletroforese de hemoglobina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Espirometria	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Exame de escarro	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Glicemia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Hemoglobina glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	LDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Sorologia de sífilis (VDRL)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Sorologia para dengue	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Sorologia para HIV	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Teste indireto de antígeno humano (TIA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Teste de gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Urocultura	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Triagem neonatal	Teste da orelhinha (EOA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Teste do olhinho (TRV)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Outros exames (SIG/APP)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Ficou em Observação?	SM	NÃO	SM	NÃO	SM	NÃO	SM	NÃO	SM	NÃO	SM	NÃO	SM	NÃO	
NASF/Polo	Avaliação/Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Procedimentos Clínicos/Terapêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Prescrição terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	
	Retorno p/ cuidado continuado/programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento para grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Alta do episódio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Encaminhamento	Encaminhamento interno no dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ serviço especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ CAPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ internação hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Encaminhamento p/ urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encaminhamento p/ serviço de Atenção Domiciliar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encaminhamento intersetorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

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

08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa **Alimentação materna:** 01 - Exclusivo 02 - Predominante

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

03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Ayurveda 06 - Outra (caso a racionalidade utilizada seja a Alopatis/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 cuidado intensivo, 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 paracetamol, ou diálise peritoneal.

* Campo obrigatório



PEDRAS DE FOGO
SECRETARIA DE SAÚDE
CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS

FICHA PARA MARCAÇÃO DE CONSULTAS - FMC

PROFISSIONAL SOLICITANTE

CONSULTA DE RETORNO?	SIM	APÓS:	DIAS	NÃO
----------------------	-----	-------	------	-----

NOME DO PACIENTE _____ DATA DE NASCIMENTO _____

IDADE _____ A / M / D _____ SEXO _____ NOME DA MÃE _____

TIPO DE ATENDIMENTO _____ ESPECIALIDADE _____

DIAGNÓSTICO INICIAL _____ DESCRIÇÃO _____

NOME DO PROFISSIONAL _____ CPF _____

CARIMBO DO PROFISSIONAL _____

DATA DA EMISSÃO ____ / ____ / ____

RESPONSÁVEL PELA MARCAÇÃO DA CONSULTA - VIA CENTRAL

CÓDIGO DA CONSULTA _____ DATA E HORA DO ATENDIMENTO _____

UNIDADE DE SAÚDE DE ATENDIMENTO NÚMERO DO PRONTUÁRIO _____

ENDEREÇO _____

NOME DO MÉDICO (Preenchido pelo Médico quando for o caso de retorno) _____

ASSINATURA DE RESP. PELA MARCAÇÃO _____

ATENÇÃO Sr. USUÁRIO

COMPAREÇA À UNIDADE DE SAÚDE 30 (TRINTA) MINUTOS ANTES DA HORA MARCADA.
* - ENTREGUE ESTA FICHA À RECEPÇÃO DO AMBULATÓRIO NO DIA DA SUA CONSULTA.
* - SE POR QUALQUER MOTIVO VOCÊ NÃO FOR CONSULTADO, RETORNE AO GUICHÊ



Nº		1	2	3	4	5	6	7	8
IMUNOBIOLOGICO*	Triplice viral	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fabricante							
	VOP	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fabricante							
	Hepatite A	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fabricante							
	Tetra viral	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fabricante							
	DTP	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fabricante							
	Pneumocócica 23V	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fabricante							
	HPV	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fabricante							
	Dupla adulto	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fabricante							
	dTpa (adulto)	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fabricante							
	Influenza	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fabricante							
OUTROS IMUNOBIOLOGICOS		Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fabricante							
		Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fabricante							
		Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fabricante							
		Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fabricante							

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/Abriço 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

Estratégia de Vacinação: 01 - Rotina 02 - Especial 03 - Bloqueio 04 - Intensificação 05 - Campanha 07 - Soroterapia 10 - Multivacinação

Dose: DU - Dose única D - Dose DI - Dose inicial D1 - 1ª dose D2 - 2ª dose D3 - 3ª dose D4 - 4ª dose D5 - 5ª dose DA - Dose adicional

Rev - revacinação RU - reforço único Ref - reforço R1 - 1º reforço R2 - 2º reforço

*Campo obrigatório



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3. Nome do Paciente:			4. Nº do Prontuário
5. Cartão Nacional de Saúde - SUS		6. Data de Nascimento:	7. Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
8. Nome da Mãe ou responsável:		9. Telefone de contato:	
10. Endereço (Rua, Número, Bairro):			
11. Município de Residência:		12. Código IBGE Município:	13. U.F. 14. C.E.P.
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
15. Código do Procedimento Principal:		16. Nome do Procedimento Principal:	
		17. Qtde.	
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
18. Código de Procedimento Secundário:		19. Nome do Procedimento Secundário:	
		20. Qtde.	
21. Código de Procedimento Secundário:		22. Nome do Procedimento Secundário:	
		23. Qtde.	
24. Código de Procedimento Secundário:		25. Nome do Procedimento Secundário:	
		26. Qtde.	
27. Código de Procedimento Secundário:		28. Nome do Procedimento Secundário:	
		29. Qtde.	
30. Código de Procedimento Secundário:		31. Nome do Procedimento Secundário:	
		32. Qtde.	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
33. Descrição do Diagnóstico:		34. CID 10 Principal:	35. CID 10 secundário:
		36. CID 10 Causas Associadas:	
37. Observações:			
SOLICITAÇÃO			
38. Nome do Profissional Solicitante:		39. Data da Solicitação:	42. Assinatura e carimbo (Nº. Registro do Conselho):
40. Documento: () CNS () CPF		41. Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante:	
AUTORIZAÇÃO			
43. Nome do Profissional Autorizador:		44. Cod. Órgão Emissor:	49. Nº da Autorização (APAC):
45. Documento: () CNS () CPF		46. Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador:	
		47. Data da Autorização:	
		48. Assinatura e carimbo (Nº. Registro do conselho):	
		50. Período de validade da APAC:	



QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

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

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

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

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

FA: Fora de Área

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior



Tempo de Reconstruir PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

TERMO DE "CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO" PARA
REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO

PROCEDIMENTO INFORMADO
INTERVENÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA

Eu, _____, venho pelo presente Termo de Consentimento e por minha espontânea vontade, solicitar ao médico(a), Dr(a): _____ CRM: _____ para submeter ao procedimento cirúrgico de _____.

Aduz ainda a solicitante que seu cônjuge (companheiro), abaixo-assinado, tem pleno conhecimento de sua decisão, e de todas conseqüências da mesma.

Declaro ainda estar perfeitamente ciente de todos os aspectos que envolvem o aludido procedimento cirúrgico, conforme a seguir explicitado:

- 1-) Que as cirurgias de esterilização humana são procedimentos DEFINITIVOS E IRREVERSÍVEIS, consistindo basicamente na interrupção de continuidade das tubas uterinas com o objetivo de se impedir a fecundação do óvulo.
- 2-) Que lhe foram apresentadas as várias formas de abordagem cirúrgica para realização de laqueadura tubária a saber: laparoscopia, microlaparotomia, vaginal e pós-cesária:
- 3-) Que essas técnicas cirúrgicas exigem anestesia, a qual será avaliada pelo serviço e anestesia.
- 4-) Embora o método de laqueadura tubária seja o mais efetivo dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é 100%. Existe uma porcentagem de falha de 0,41% que independe do paciente ou do método.
- 5-) Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.
- 6-) Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis como os métodos de barreira, anticoncepcional hormonal, contracepção intra-uterina e métodos naturais.



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 <i>(registre o código na vertical)</i>	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

Procedimentos consolidados

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

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

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

08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

* Campo obrigatório



Município: Pedras de Fogo		Mês/Ano:		
Unidade:		Distrito:		
Nº	NOME	IDADE	DATA/COLETA	Nº DO PRONTUÁRIO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				



SAÚDE ATENÇÃO PRIMÁRIA	MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR		DIGITADO POR:	DATA: / /
			CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

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

CNS OU CPF DO CIDADÃO: _____

Nome do Cidadão*: _____

Data de nascimento: * / / Sexo: Feminino Masculino Local de Atendimento: * _____

CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:	
	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
	Ontem a criança consumiu:	
	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
	logurte	<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, bertalha, 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 à 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
	Ontem, você consumiu:	
	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/Abrijo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa



FICHA DE ENCAMINHAMENTO

NOME:	SEXO:	IDADE:
ENDEREÇO:	PROFISSÃO:	
PSF DE ORIGEM:	ACS:	
ENCAMINHADO(A) DO:		
PARA:		
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:		

DATA: ___/___/___

Carimbo e Assinatura do Profissional

CONTRA-REFERÊNCIA

(Solicitamos o envio desta pelo motorista ou pelo paciente/familiar)

NOME:	SEXO:	IDADE:
CONDUTA REALIZADA:		

DATA: ___/___/___



GOVERNO DE PEDRAS DE FOGO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SAÚDE ATENÇÃO PÚBLICA		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			
Nº PRONTUÁRIO																																				
CNS OU CPF DO CIDADÃO																																				
Data de nascimento*		Dia/mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/								
		Ano																																		
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	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																																		
		Eletrocardiograma																																		
		Coleta de citopatológico de colo uterino																																		
		Exame de Fundo de olho (Fundoscopia)																																		
		Exame do pé diabético																																		
		Exérese/biopsia/punção de tumores superficiais de pele																																		
		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																																				
Tamponamento de epistaxe																																				
Teste do olho (TRV)																																				
Triagem oftalmológica																																				
Teste rápido		De gravidez																																		
		Dosagem de proteinúria																																		
		Para HIV																																		
		Para hepatite C																																		
Administração de medicamentos		Para sífilis																																		
		Oral																																		
		Intramuscular																																		
		Endovenosa																																		
		Inalação/Nebulização																																		
		Tópica																																		
		Penicilina para tratamento de sífilis																																		
		Subcutânea (SC)																																		



X 500 / ANO

**CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
KILZA RIBEIRO ALVES**

FICHA ENDODÔNTICA

Doutor(a): _____
Nome do Paciente: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Telefone: () _____ Data de nascimento: _____
Início do tratamento: ____/____/____ Profissão: _____

ANAMNESE

Sintomatologia: () sim () Não
Tipo de dor: _____
Está tomando algum remédio: () sim () Não Qual? _____
Tem alergia a alguma substância? () sim () não Qual? _____
Teve alguma reação a anestesia dentária? () sim () não Qual? _____
Alguma reação sistêmica? () sim () não Qual? _____
Sangramento normal: () sim () não

ANAMNESE

Dente: _____
Coroa: () hígida () restaurada () destruída
Fístula: () oral () extra oral () tumefação

EXAMES COMPLEMENTARES

Câmara pulpar: () normal () ampla () estreita () nódulos () calcificada
Canal Radicular: () normal () extresisado () amplo () obstruído () obturado
Reabsorção: () interna () externa () apical
Número de canais: _____
Instrumento fraturado: () nódulo pulpar () fratura radicular
Morfologia: () reto () curvo () bifurcado () fratura radicular
Zona periácá: () normal () com espaçamento
Reação óssea: () difusa () circunscrita
Sugere: () abscesso () cisto () granuloma



SAÚDE <small>ATENÇÃO PRIMÁRIA</small>	CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL	DIGITADO POR:	DATA:
		CONFERIDO:	FOLHA:

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

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA		MUNICÍPIO*:	UF*:
CEP*:			
BAIRRO*:	TIPO DE LOGRADOURO*:	NOME DO LOGRADOURO*:	
NÚMERO*:	COMPLEMENTO:	PTO. REFERÊNCIA:	MICROÁREA* <input type="checkbox"/> FA

TIPO DE IMÓVEL*	TELEFONES PARA CONTATO
_____	TEL. RESIDÊNCIA: () _____
	TEL. CONTATO: () _____

CONDIÇÕES DE MORADIA	
SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*	
<input type="radio"/> Próprio <input type="radio"/> Financiado <input type="radio"/> Alugado <input type="radio"/> Arrendado <input type="radio"/> Cedido <input type="radio"/> Ocupação <input type="radio"/> Situação de Rua <input type="radio"/> Outra	
LOCALIZAÇÃO*	
<input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural	

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

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

ABASTECIMENTO DE ÁGUA <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	ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO <input type="radio"/> Filtrada <input type="radio"/> Fervida <input type="radio"/> Clorada <input type="radio"/> Mineral <input type="radio"/> Sem Tratamento
--	--

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO <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	DESTINO DO LIXO <input type="radio"/> Coletado <input type="radio"/> Queimado/Enterrado <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outro
---	---

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?	QUAL(IS)?	Quantos: _____
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Pássaro <input type="checkbox"/> Outros	

FAMÍLIAS	Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
		____/____/____	____/____/____	⑤⑥1234+	____	____/____	<input type="checkbox"/>
		____/____/____	____/____/____	⑤⑥1234+	____	____/____	<input type="checkbox"/>
		____/____/____	____/____/____	⑤⑥1234+	____	____/____	<input type="checkbox"/>
		____/____/____	____/____/____	⑤⑥1234+	____	____/____	<input type="checkbox"/>

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

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

Assinatura

1/2

CD/e-SUS AB v.3.2



JUNTA MÉDICA DE PEDRAS DE FOGO-PB

Nome do Paciente: _____

NO TAMANHO
MAIOR

JUNTA: ENVELOPE + QU? (500)

FICHA DE PRONTUÁRIO (?) - MODULO? clodontopneuma (500)



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

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

Nº	TURNOS*												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Nº PRONTUÁRIO													
CNS OU CPF DO CIDADÃO													
Data de nascimento*	Dia/mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano												
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P
Local de atendimento* (ver legenda)													
Tipo atendimento* Demanda Espontânea	Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado												
	Consulta Agendada												
	Escuta Inicial/Orientação												
	Consulta no Dia												
	Atendimento de Urgência												
Atenção Domiciliar	Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	
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
Criança	Alimentação materna (ver legenda)												
	DUM	Dia/Mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano												
Gestante	Gravidez Planejada	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
	Idade Gestacional (semanas)												
	Gestas Prévias/Partos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Problema/Condição avaliada*	Asma												
	Desnutrição												
	Diabetes												
	DPOC												
	Hipertensão arterial												
	Obesidade												
	Pré-natal												
	Puericultura												
	Puerpério (até 42 dias)												
	Saúde sexual e reprodutiva												
	Tabagismo												
	Usuário de álcool												
	Usuário de outras drogas												
	Saúde mental												
Reabilitação													



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

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

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO			
CNS OU CPF DO CIDADÃO	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?	CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA*
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> FA

NOME COMPLETO:*			
NOME SOCIAL:		DATA DE NASCIMENTO:*	SEXO:*
RAÇA/COR:*		Etnia:**	Nº NIS (NIS/PASEP)
NOME COMPLETO DA MÃE:*			
<input type="checkbox"/> Desconhecido			
NOME COMPLETO DO PAI:*			
<input type="checkbox"/> Desconhecido			
NACIONALIDADE:*		PAÍS DE NASCIMENTO:**	DATA DE NATURALIZAÇÃO:**
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:**		MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**	
DATA DE ENTRADA NO BRASIL:**		TELEFONE CELULAR: ()	E-MAIL:

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS	
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR <input type="checkbox"/> Cônjuge/Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Enteadado(a) <input type="checkbox"/> Neto(a)/Bisneto(a) <input type="checkbox"/> Pai/Mãe <input type="checkbox"/> Sogro(a) <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã <input type="checkbox"/> Genro/Nora <input type="checkbox"/> Outro parente <input type="checkbox"/> Não parente	
FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?	OCUPAÇÃO
<input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="checkbox"/> Classe de Alfabetização - CA <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Especial <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)	<input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="checkbox"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="checkbox"/> Autônomo com previdência social <input type="checkbox"/> Autônomo sem previdência social <input type="checkbox"/> Aposentado/Pensionista <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Não trabalha <input type="checkbox"/> Servidor público/militar <input type="checkbox"/> Outro
<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 9ª) <input type="checkbox"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.) <input type="checkbox"/> Ensino Médio Especial <input type="checkbox"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="checkbox"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="checkbox"/> Alfabetização para Adultos (Móbil etc.) <input type="checkbox"/> Nenhum	

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outra(s) Criança(s) <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Outro
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA*? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
SE SIM, QUAL? <input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Homossexual (gay / lésbica)	SE SIM, QUAL? <input type="checkbox"/> Homem transexual <input type="checkbox"/> Travesti <input type="checkbox"/> Mulher transexual <input type="checkbox"/> Outro	SE SIM, QUAL (IS)? <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO <input type="checkbox"/> Mudança de território <input type="checkbox"/> Óbito	SE ÓBITO, INDIQUE: Data do óbito:** / / Número da D.O.: -
---	--

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde. _____ Assinatura
--



Políclínica

Data de Atendimento:
CNS do Profissional:

Código CNES:
CBO:

**FICHA ATENDIMENTO
AMBULATORIAL**

PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE FOGO
Secretaria de Saúde
Sistema de Informações Ambulatoriais - SIAM/SUS



50.000

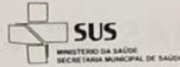
Nome da Unidade: _____ Carimbo e Assinatura: _____

Nº	Nome do Paciente	Endereço do Paciente	Código do Procedimento	Idade	Município	Diagnóstico/Tratamento*
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						

ASSINATURA

01	09
02	10
03	11
04	12
05	13
06	14
07	15
08	16

Data e Assinatura do Profissional: _____ Data e Assinatura do Revisor: _____



RAAS *Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde* *Formulário da Atenção Psicossocial no CAPS*

AÇÕES REALIZADAS

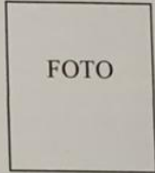
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA(DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CBO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE PROFISSIONAL EXECUTANTE		ACÇÃO REALIZADA NO CAPS	ACÇÃO REALIZADA NO TERRITÓRIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CBO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE PROFISSIONAL EXECUTANTE		ACÇÃO REALIZADA NO CAPS	ACÇÃO REALIZADA NO TERRITÓRIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CBO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE PROFISSIONAL EXECUTANTE		ACÇÃO REALIZADA NO CAPS	ACÇÃO REALIZADA NO TERRITÓRIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CBO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE PROFISSIONAL EXECUTANTE		ACÇÃO REALIZADA NO CAPS	ACÇÃO REALIZADA NO TERRITÓRIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CBO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE PROFISSIONAL EXECUTANTE		ACÇÃO REALIZADA NO CAPS	ACÇÃO REALIZADA NO TERRITÓRIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CBO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE PROFISSIONAL EXECUTANTE		ACÇÃO REALIZADA NO CAPS	ACÇÃO REALIZADA NO TERRITÓRIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CBO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE PROFISSIONAL EXECUTANTE		ACÇÃO REALIZADA NO CAPS	ACÇÃO REALIZADA NO TERRITÓRIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CBO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE PROFISSIONAL EXECUTANTE		ACÇÃO REALIZADA NO CAPS	ACÇÃO REALIZADA NO TERRITÓRIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CBO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE PROFISSIONAL EXECUTANTE		ACÇÃO REALIZADA NO CAPS	ACÇÃO REALIZADA NO TERRITÓRIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CBO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE PROFISSIONAL EXECUTANTE		ACÇÃO REALIZADA NO CAPS	ACÇÃO REALIZADA NO TERRITÓRIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CBO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE PROFISSIONAL EXECUTANTE		ACÇÃO REALIZADA NO CAPS	ACÇÃO REALIZADA NO TERRITÓRIO



PRONTUÁRIO DO PACIENTE



PRONTUÁRIO DA FAMÍLIA Nº _____
PRONTUÁRIO INDIVIDUAL Nº _____



UBS: _____ Localidade: () Urbana () Rural
ACS: _____ Área: _____ Microárea: _____

1 – DADOS PESSOAIS

Nome: _____
Nome Social: _____
Sexo: () M () F Idade: _____ Altura: _____ Celular: _____
Endereço: _____ CEP: _____
E-mail: _____ Cartão SUS: _____
Documentos: RG nº: _____ Órgão Expeditor: _____
Data de Expedição: ____/____/____ Data de Nascimento: ____/____/____
Naturalidade: _____ Estado: _____ - _____
Nacionalidade: _____ CPF nº: _____ - _____
Filiação: Mãe: _____
Pai: _____

DOSE/VACINA	VIP	VOP	ROTAVIRUS	PNEUMO 10	TRIPLICE VIRAL	HEPATITE A	HEPATITE B	TETRAVIRAL	PENTAVALENTE
1ª DOSE									
2ª DOSE									
3ª DOSE									
DOSE/VACINA	INFLUENZA	VARICELA	DUPLA ADULTO-DT	MENINGO C	INFLUENZA	HPV	DTP	DTPA	BCG
1ª DOSE									
2ª DOSE									
3ª DOSE									

2 – ODONTOGRAMA





PROTOCOLO DE ENTRADA/ Regulação SMS	
PSF: _____	
Nome: _____	
Procedimento: _____	
SUS: _____	
Data: _____ / _____ / _____	


↳ 5.000 cada

IDENTIFICAÇÃO DO PSF	
XEROX DE:	
❖ RG;	
❖ CPF;	
❖ SUS;	
❖ Comprovante de residência.	

↳ 5.000




000 E.I. p/ solicitação de concertos.

 **PEDRAS DE FOGO**
A cidade onde os sonhos

PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE FOGO
SECRETARIA DE SAÚDE

DATA:	
PARA:	
ASSUNTO:	
REFERENTE:	



 SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE

Divisão de Controle, Avaliação e Auditoria - DCAA

PSF: _____

Nome do Paciente: _____

Endereço: _____

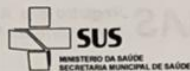
Consulta/Exame: _____

Agente de Saúde: _____

Profissão solicitante: _____

Telefone: _____

15.000



RAAS *Registro das Ações Ambulatórias de Saúde* *Formulário da Atenção Psicossocial no CAPS*

AÇÕES REALIZADAS

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA(DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE PROFISSIONAL EXECUTANTE	ACÇÃO REALIZADA NO CAPS	ACÇÃO REALIZADA NO TERRITÓRIO	

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA(DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE PROFISSIONAL EXECUTANTE	ACÇÃO REALIZADA NO CAPS	ACÇÃO REALIZADA NO TERRITÓRIO	

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA(DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE PROFISSIONAL EXECUTANTE	ACÇÃO REALIZADA NO CAPS	ACÇÃO REALIZADA NO TERRITÓRIO	

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA(DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE PROFISSIONAL EXECUTANTE	ACÇÃO REALIZADA NO CAPS	ACÇÃO REALIZADA NO TERRITÓRIO	

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA(DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE PROFISSIONAL EXECUTANTE	ACÇÃO REALIZADA NO CAPS	ACÇÃO REALIZADA NO TERRITÓRIO	

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA(DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE PROFISSIONAL EXECUTANTE	ACÇÃO REALIZADA NO CAPS	ACÇÃO REALIZADA NO TERRITÓRIO	

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA(DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE PROFISSIONAL EXECUTANTE	ACÇÃO REALIZADA NO CAPS	ACÇÃO REALIZADA NO TERRITÓRIO	

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA(DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE PROFISSIONAL EXECUTANTE	ACÇÃO REALIZADA NO CAPS	ACÇÃO REALIZADA NO TERRITÓRIO	

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA(DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE PROFISSIONAL EXECUTANTE	ACÇÃO REALIZADA NO CAPS	ACÇÃO REALIZADA NO TERRITÓRIO	

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA(DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE PROFISSIONAL EXECUTANTE	ACÇÃO REALIZADA NO CAPS	ACÇÃO REALIZADA NO TERRITÓRIO	

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA(DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE PROFISSIONAL EXECUTANTE	ACÇÃO REALIZADA NO CAPS	ACÇÃO REALIZADA NO TERRITÓRIO	

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA(DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE PROFISSIONAL EXECUTANTE	ACÇÃO REALIZADA NO CAPS	ACÇÃO REALIZADA NO TERRITÓRIO	

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA(DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE PROFISSIONAL EXECUTANTE	ACÇÃO REALIZADA NO CAPS	ACÇÃO REALIZADA NO TERRITÓRIO	

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA(DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO EXECUTANTE	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE PROFISSIONAL EXECUTANTE	ACÇÃO REALIZADA NO CAPS	ACÇÃO REALIZADA NO TERRITÓRIO	



**O TRATAMENTO EFICAZ DA SUA
HIPERTENSÃO E/OU DIABETES
DEPENDE DE VOCÊ.**

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

Quando a HIPERTENSÃO e/ou DIABETES é tratada corretamente é praticamente impossível o aparecimento de complicações

Tome corretamente seu remédio

Controle o seu peso e siga corretamente a dieta



Tempo de Inocência



**CARTÃO
HIPERDIA**

PSF: _____

NOME: _____

D. NASC: ____ / ____ / ____ ALT: ____

C. SUS: _____

CPF: _____

END: _____

PRONTUÁRIO INDIVIDUAL Nº _____

PRONTUÁRIO DA FAMÍLIA Nº _____




ACS: _____

() HIPERTENSO(A)

() DIABÉTICO(A)

5000




 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE FOGO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</p>	<p>RECEITUÁRIO</p> <p>NOME: _____</p>
 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE FOGO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</p>	<p>RECEITUÁRIO</p> <p>NOME: _____</p>
 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE FOGO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</p>	<p>RECEITUÁRIO</p> <p>NOME: _____</p>




X 3.000 / ANO




PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE FOGO
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Saúde Bucal
CEO - CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

		LAUDO TÉCNICO PARA EMISSÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA		Nº do Prontuário: _____	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)					
CNPJ da Mantenedora:			Código CNES:		
Unidade Básica de Saúde:					
Endereço:					
Município: Pedras de Fogo - PB			Estado: Paraíba		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Nome do Paciente:					
Cartão Nacional de Saúde (CNS)		Data de Nasc:	Sexo	Raça/Cor	
		/ /	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
CPF:		RG:			
Nome da Mãe:					
Nome do Resp.					
Endereço (Rua, Nº e Bairro)				Telefone de Contato (Nº do Telefone)	
Município de Residência		Cód. IBGE Município		UF	
		251120			
Procedimento (s) solicitado (s)					
Procedimento (s) solicitado (s) (marque com "x" nas quadriculas abaixo)					
07.01.07.012-9	Prótese total mandibular				
07.01.07.013-7	Prótese total maxilar				
07.01.07.011-0	Prótese parcial mandibular temporária				
07.01.07.011-0	Prótese parcial maxilar temporária				
Justificativa do (s) procedimento (s) solicitado (s)					
Identificação da Patologia					
Edentulismo mandibular					
Edentulismo maxilar					
Observações: A mucosa de suporte está apta a receber prótese dentária					
Sim					
Não					
SOLICITAÇÃO					
Nome do profissional solicitante		Data da solicitação		Assinatura e carimbo (Nº Registro do Conselho)	
		/ /			
AUTORIZAÇÃO					
Nome do profissional autorizador:					



 GOVERNO DE PEDRAS DE FOGO <small>Tempo de Honra</small>	PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE FOGO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
<h3>Receituário de Controle Especial</h3>	
IDENTIFICADOR DO EMITENTE PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE FOGO Secretaria Municipal de Saúde Rua Dr. Manoel Alves da Silva, s/n Pedras de Fogo-PB	1ª Via Farmácia ou Drogaria 2ª Via orientação ao Paciente Assinatura e carimbo do Médico(a)
Paciente: _____ Endereço: _____ Prescrição: _____ _____ _____ _____ _____ _____	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Ident./CPF: _____ Órgão Emissor: _____ End: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____

 GOVERNO DE PEDRAS DE FOGO <small>Tempo de Honra</small>	PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE FOGO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
<h3>Receituário de Controle Especial</h3>	
IDENTIFICADOR DO EMITENTE PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE FOGO Secretaria Municipal de Saúde Rua Dr. Manoel Alves da Silva, s/n Pedras de Fogo-PB	1ª Via Farmácia ou Drogaria 2ª Via orientação ao Paciente Assinatura e carimbo do Médico(a)
Paciente: _____ Endereço: _____ Prescrição: _____ _____ _____ _____ _____ _____	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Ident./CPF: _____ Órgão Emissor: _____ End: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____



12.000

GOVERNO DE PEDRAS DE FOGO
Município de Pedras de Fogo

Secretaria Municipal de Saúde

CARTÃO DA FAMÍLIA PARA AGENDAMENTO DE CONSULTAS

PSF: _____

PRONTUÁRIO DA FAMÍLIA Nº _____

ACS: _____

ENDEREÇO: _____

DATA	HORA	PROF.	RUBRICA
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		
/ /	h		



MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

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

Unidade de Saúde _____

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

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

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

Sim. Quando fez o último exame? ano ____/____/____
 Não Não sabe

3. Usa DIU?* Sim Não Não sabe

4. Está grávida?* Sim Não Não sabe

5. Usa pílula anticoncepcional?*

Sim Não Não sabe

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

Sim Não Não sabe

7. Já fez tratamento por radioterapia?*

Sim Não Não sabe

8. Data da última menstruação / regra:*

____/____/____ Não sabe / Não lembra

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

(não considerar a primeira relação sexual na vida)
 Sim
 Não / Não sabe / Não lembra

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

(não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)
 Sim
 Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

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

12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
 Sim
 Não

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

Data da coleta* ____/____/____ Responsável* _____



INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA: _____

Existem outros profissionais de saúde vinculados à instituição (não inclui profissionais da rede pública de saúde)? Sim Não

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME: _____	CNS DO RESPONSÁVEL: _____
CARGO NA INSTITUIÇÃO: _____	TEL. CONTATO: _____

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, responsável técnico pela instituição, recuso este cadastro, mesmo que essa recusa dificulte o acompanhamento da saúde das pessoas abrigadas/residentes nesta instituição. Estou ciente de que esta recusa não implicará o não atendimento pela equipe de saúde.

Assinatura

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

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

FA: Fora de Área

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

* Campo obrigatório
** Campo com obrigatoriedade condicional



8-) As complicações que poderão surgir são: Intra-operatória (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico. Pós-operatórias leves e mais frequentes (seromas, hemorragias, cistites, anemias e outras), bem como graves e excepcionais (eventração, apneia, trombose, hematomas, pelviperitonites, hemorragia e outras) perfurações de órgãos.

9-) Que cada uma dessas complicações e o significado de seu nome técnico foi explicado detalhadamente pelo médico;

10-) Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada;

11-) Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, e esclareci todas as dúvidas que me ocorreram. Também entendi que, a qualquer momento anterior ao procedimento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento;

Nestas condições **CONSISTO** que se realize a LAQUEADURA TUBÁRIA proposta; declaro ter recebido aconselhamento multidisciplinar e, após ter recebido as informações necessárias, informo que participei do processo de decisão sobre o meu tratamento e tenho minha parcela de responsabilidade sobre a conduta adotada. Este formulário atesta minha aceitação ao procedimento proposto.

Assinatura da Paciente

Assinatura do Cônjuge

Testemunha

Testemunha

Médico(a)/Enfermeiro(a) Responsável



NOME DO IMPRESSO	SETOR	QUANTIDADE ANUAL
ENVELOPE PRONTUÁRIO FAMILIAR (TAMANHO PAPEL OFICIO)	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF	5.000
PRONTUÁRIO DO PACIENTE COM ODONTOGRAMA	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF, POLICLÍNICA, JUNTA MÉDICA	30.000
FOLHA DE EVOLUÇÃO	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF, POLICLÍNICA, JUNTA MÉDICA	20.000
CARTÃO HIPERDIA	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF	5.000
ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAUDE DA MULHER (CARTÃO)	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF	3.000
CARTÃO DA CRIANÇA (MENINA)	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF	1.500
CARTÃO DA CRIANÇA (MENINO)	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF	1.500
CARTÃO DA FAMÍLIA PARA AGENDAMENTO DE CONSULTAS	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF	8.000
CARTÃO INDIVIDUAL PARA AGENDAMENTO DE CONSULTAS	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF	15.000
TERMO DE CONSENTIMENTO (PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR)	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF	200
BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL INDIVIDUALIZADO	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF, CAPS	0
REQUISIÇÃO DE EXAMES	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF, POLICLÍNICA, CAPS	0
FICHA DE ENCAMINHAMENTO COM CONTRA REFERENCIA	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF, POLICLÍNICA, CAPS	30.000
REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA (MS)	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF	3.000
RELAÇÃO NOMINAL DAS MULHERES QUE REALIZAM EXAMES CITOLÓGICOS – E-SUS	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF	5.000
REGISTRO DE EXAMES PREVENTIVOS COLETADOS	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF	5.000
REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO – COLO DO ÚTERO	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF	5.000
FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL (E-SUS)	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF	0
FICHA ATENDIMENTO INDIVIDUAL (E-SUS)	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF	10.000
FICHA CADASTRO INDIVIDUAL (E-SUS)	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF	10.000
FICHA CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL (E-SUS)	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF	5.000
FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL (E-SUS)	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF	0
FICHA DE VACINAÇÃO (E-SUS)	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF	5.000
FICHA DE PROCEDIMENTOS (E-SUS)	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF	5.000
FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA (E-SUS)	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF	0
MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR (E-SUS)	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF	5.000
FICHA COMPLEMENTAR (E-SUS)	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF	5.000
FICHA PERINATAL – AMBULATÓRIO	ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE-ESF	-
PROTOCOLO DE ENTRADA - REGULAÇÃO SMS	REGULAÇÃO	5.000



REGULAÇÃO DO PSF – XEROX	REGULAÇÃO	5.000
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE LESÕES DENTÁRIAS NA CAVIDADE BUCAL	CEO	0
BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL DADOS CONSOLIDADOS (BPA-C)	CEO, CAPS	1.000
LAUDO TÉCNICO PARA EMISSÃO DE PROTESE DENTÁRIA	CEO	1.000
FICHA ENDODÔNTICA	CEO	500
CARTÃO DE SAÚDE (CAPS – PSF)	CAPS	300
CARTÃO ASSISTENCIAL INTEGRAL A SAÚDE MENTAL	ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE-ESF	0
RECEITUÁRIO COMUM	ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE-ESF, CAPS, POLICLÍNICA	130.000
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL	ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE-ESF, CAPS, POLICLÍNICA	120.000
RAAS	CAPS	2.500
RAAS COM IDENTIFICAÇÃO	CAPS	2.000
ENVELOPE JUNTA MÉDICA (TAMANHO OFÍCIO)	JUNTA MÉDICA	500
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	POLICLÍNICA, CAPS	50.000
FICHA DE TRIAGEM INDIVIDUAL	POLICLÍNICA	20.000
FICHA PARA MARCAÇÃO DE CONSULTAS	POLICLÍNICA	10.000
CI. PARA SOLICITAÇÃO DE CONSERTOS NAS UNIDADES.	ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE-ESF, CAPS, POLICLÍNICA	3.000
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE-ESF, CAPS, POLICLÍNICA	15.000
DIVISÃO DE CONTROLE AVALIAÇÃO E AUDITORIA-DCAA	ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE-ESF, CAPS, POLICLÍNICA	15.000
ATESTADO MÉDICO	ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE-ESF, CAPS, POLICLÍNICA	0
ATESTADO DE COMPARECIMENTO	ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE-ESF, CAPS, POLICLÍNICA	0
REQUISIÇÃO DE EXAMES HISTOPATOLÓGICOS	POLICLÍNICA	0
CARTÃO DA GESTANTE	ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE-ESF	0



UF Código da Unidade de Saúde (CHES)

Unidade de Saúde

Código Município Município Posto

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS

Nome Completo do (a) paciente

Nome Completo da Mãe

Identidade

Data de Nascimento

Dados Residenciais

Logradouro

Número

Código Município Município

CEP

Ponto de Referência

Complemento

Bairro

UF

Apelido do (a) paciente

Sexo Masculino Feminino

CPF (CPF)

Qualificação

Cor Branca Preta Parda Amarela Indígena

Estado Civil Casado Solteiro Viúva Divorciado

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

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

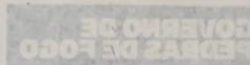
1. Tem náusea ou vômito na mamã? Sim, mamã direita Sim, mamã esquerda Não

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

3. A mãe fez alguma mamografia antes? Sim Não

4. Fez mamografia alguma vez? Sim, Quando fez a última mamografia?

* Risco elevado de: Mãe com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama antes dos 50 anos de idade; Mãe com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama antes dos 50 anos de idade; Mãe com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou receptores locais fracos.



Descrição do cliente e/ou sintomatologia apresentada:

Qual explicação dada?

Procurou outro tipo de ajuda?

Qual a percepção dos amigos e/ou familiares?

4. DINAMICA FAMILIAR

Como é um dia normal para o cliente?

Como é o final de semana?

Descreva como tem sido o dia de aniversário do cliente (último ano(s)):

Qual a expectativa em relação a terapia?

HORARIO DISPONIVEIS DO CLIENTE (DIAS/HORÁRIOS)

SEGUNDA-FEIRA	MANHÃ		TARDE	
TERÇA-FEIRA	MANHÃ		TARDE	
QUARTA-FEIRA	MANHÃ		TARDE	
QUINTA-FEIRA	MANHÃ		TARDE	
SEXTA-FEIRA	MANHÃ		TARDE	

PSICOLOGO RESPONSÁVEL

**POLICLINICA MUNICIPAL
DR. MANOEL ALVES DA SILVA**
R. Dr. Manoel Alves - Centro
Pedras de Fogo - PB, 58328-000



CAPA DO ENVELOPE GRANDE

01/10/000



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE FOGO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



PRONTUÁRIO DA FAMÍLIA Nº

UNIDADE DE SAÚDE: _____ ANO: _____
 RESPONSÁVEL PELA FAMÍLIA: _____ ENDEREÇO DA UNIDADE: _____ DATA: / /
 ENDEREÇO: _____

Nº	NOME	Nº PRONT. INDIV.	POSIÇÃO NA FAMÍLIA	DATA DE NASC.	ESCOLARIDADE	Ocupação	CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS
01							1 - TIPO DE MORADIA: <input type="checkbox"/> Alvenaria <input type="checkbox"/> Taipa <input type="checkbox"/> Palha <input type="checkbox"/> Lona Plástica <input type="checkbox"/> Madeira <input type="checkbox"/> Outro Material: 2 - DESTINO DOS DEJETOS: <input type="checkbox"/> Esgoto ou Pluvial <input type="checkbox"/> Fossa <input type="checkbox"/> Céu aberto <input type="checkbox"/> Vaia <input type="checkbox"/> Outro: 3 - DESTINO DO LIXO: <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Céu Aberto <input type="checkbox"/> Enterrado <input type="checkbox"/> Queimado 4 - ABASTECIMENTO DE ÁGUA: <input type="checkbox"/> Rede pública <input type="checkbox"/> Carro pipa <input type="checkbox"/> Poço/nascente <input type="checkbox"/> Sistema <input type="checkbox"/> Jacuete <input type="checkbox"/> Barragem <input type="checkbox"/> Outros: 5 - TRATAMENTO DE ÁGUA: <input type="checkbox"/> Filtrada <input type="checkbox"/> Fervida <input type="checkbox"/> Sem tratamento
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							



GOVERNO DE PEDRAS DE FOGO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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

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

Nº	TURNO								
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Nº PRONTUÁRIO									
Nº CARTÃO SUS									
Data de nascimento*	Diá / 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)									
SITUAÇÃO/CONDICÃO	Gestante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Puérpera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Viajante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IMUNBIOLÓGICO*	BCG	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Comun. Hansen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote							
	Hepatite B	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote							
		Fabricante							
	Pentavalente	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote							
		Fabricante							
	VIP	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote							
		Fabricante							
	Pneumocócica 10V (conjugada)	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote							
		Fabricante							
	Rotavirus humano	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lote							
		Fabricante							
Meningocócica C (conjugada)	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lote								
	Fabricante								
Febre amarela	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lote								
	Fabricante								



CI n° 03/2021/SMS/DAP

Pedras de Fogo, 22 de Março de 2021.

A Ilma. Senhora
KILZA RIBEIRO
Secretária Municipal de Saúde

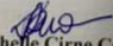
Assunto: Abertura de procedimento licitatório para impressos.

Senhora Secretária,

Ao cumprimenta-la, venho solicitar a Vossa Senhoria, abertura de procedimento licitatório para aquisição de impressos para Atenção Primária a Saúde, Centro de Especialidades Odontológicas, Centro de Atenção Psicossocial, Junta Médica e Policlínica conforme quantitativos e modelos em anexo.

Coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,


Rochelle Cirne Caramuru
Diretora do Departamento de Atenção à Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL
DE PEDRAS DE FOGO
R. Dr. Manoel Alves, 140 - Centro
Pedras de Fogo - PB, 58328-000



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:	ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*
<input type="checkbox"/> Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário	<input type="checkbox"/> Satisfatória
<input type="checkbox"/> Lâmina danificada ou ausente	Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:
<input type="checkbox"/> Causas alheias ao laboratório; especificar: _____	<input type="checkbox"/> Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
<input type="checkbox"/> Outras causas; especificar: _____	<input type="checkbox"/> Sangue em mais de 75% do esfregaço
EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA: *	<input type="checkbox"/> Piócitos em mais de 75% do esfregaço
<input type="checkbox"/> Escamoso	<input type="checkbox"/> Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço
<input type="checkbox"/> Glandular	<input type="checkbox"/> Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
<input type="checkbox"/> Metaplásico	<input type="checkbox"/> Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
<input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____	<input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO	
DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?	CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Escamosas: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)
ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS	<input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)
<input type="checkbox"/> Inflamação	Glandulares: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas
<input type="checkbox"/> Metaplasia escamosa imatura	<input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau
<input type="checkbox"/> Reparação	De origem indefinida: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas
<input type="checkbox"/> Atrofia com inflamação	<input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau
<input type="checkbox"/> Radiação	ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS
<input type="checkbox"/> Outros; especificar: _____	<input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
MICROBIOLOGIA	<input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)
<input type="checkbox"/> Lactobacillus sp	<input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
<input type="checkbox"/> Cocos	<input type="checkbox"/> Carcinoma epidermóide invasor
<input type="checkbox"/> Sugestivo de Chlamydia sp	ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES
<input type="checkbox"/> Actinomyces sp	<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma "in situ"
<input type="checkbox"/> Candida sp	Adenocarcinoma invasor: <input type="checkbox"/> Cervical
<input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis	<input type="checkbox"/> Endometrial
<input type="checkbox"/> Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes	<input type="checkbox"/> Sem outras especificações
<input type="checkbox"/> Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)	<input type="checkbox"/> OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS
<input type="checkbox"/> Outros bacilos _____	<input type="checkbox"/> PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)
<input type="checkbox"/> Outros; especificar: _____	

Observações Gerais: _____

Screening pelo citotécnico: _____

Data do Resultado* _____

Responsável* _____

CPF _____

