

CONSULTA PÚBLICA DE PREÇOS Nº 041/2024

1. CONSULTA PÚBLICA DE PREÇOS: Registro de Preços para aquisição de materiais impressos de uso nos diversos departamentos da Secretaria Municipal de Saúde.

Período para apresentação da proposta: de 15/05/2024 a 22/05/2024.

1. A proposta poderá ser entregue pessoalmente no endereço: Praça José Rodrigues do Nascimento, 30 – Bairro Água Fria – Cajamar/SP (Secretaria Municipal de Fazenda e Gestão Estratégica – Departamento de Compras e Contratos) entre 08:00 e 17:00 horas ou enviar com papel timbrado da empresa para o e-mail: consultapublica@cajamar.sp.gov.br, conforme modelo abaixo:

MODELO - FORMULÁRIO - COTAÇÃO DE PREÇOS

Nome da Empresa:	
E-mail institucional:	
E-mail pessoal:	
Endereço:	
Bairro:	CEP:
Cidade:	Estado:
CNPJ Nº:	Inscrição Estadual:
Fone:	Fax:

2. DISPOSIÇÕES GERAIS:

- 4.1. O proponente responderá pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados em qualquer fase desta coleta de preços.
- 4.2. O presente procedimento não gera qualquer obrigação contratual entre a proponente e a Prefeitura do Município de Cajamar, e tem como finalidade apenas a verificação de preços no mercado em questão.

Termo de Referência 31/2024

1. Informações Básicas

Número do artefato	UASG	Editado por	Atualizado em
31/2024	986285-PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAMAR	AUGUSTO HEPP ALVES	09/05/2024 12:51 (v 3.0)

Status
ASSINADO

Outras informações

Categoria	Número da Contratação	Processo
V - prestação de serviços, inclusive os técnico-profissionais especializados/Serviço continuado		Administrativo 14.773/2023 não-

2. 1. Definição do objeto

1. CONDIÇÕES GERAIS DA CONTRATAÇÃO

1.1. Realização de **PREGÃO ELETRÔNICO** para aquisição de **MATERIAIS IMPRESSOS** de uso nos diversos departamentos sob gestão direta da Secretaria Municipal de Saúde, nos termos da tabela abaixo, conforme condições e exigências estabelecidas neste instrumento.

ITE	ESPECIFICAÇÃO	Q	T	SE	UNIDADE MEDID	QUANTIDA	VALO UNITÁRIO	VALO TOTAL
1	Gráfico - impressos / plastificação / acabamento (conforme especificações constantes no item 11)	18422			x	x	x	x

1.2. O(s) serviço(s) objeto desta contratação são caracterizados como comuns, conforme justificativa constante do Estudo Técnico Preliminar.

UASG 986285

Termo de Referência 31/2024

1.3. O prazo de vigência da contratação é de 1(um) ano contados do(a) assinatura da ATA de Registro de Preços, na forma do artigo 105 da Lei nº 14.133, de 2021.

1.4. O contrato oferece maior detalhamento das regras que serão aplicadas em relação à vigência da contratação.

3. 2. Fundamentação da contratação

2. FUNDAMENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

2.1. A Fundamentação da Contratação e de seus quantitativos encontra-se pormenorizada em Tópico específico dos Estudos Técnicos Preliminares, apêndice deste Termo de Referência.

2.2. O objeto da contratação está previsto no Plano de Contratações Anual 2024, conforme consta das informações básicas deste termo de referência.

4. 3. Descrição da solução

3. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO CONSIDERADO O CICLO DE VIDA DO OBJETO

3.1. A descrição da solução como um todo encontra-se pormenorizada em tópico específico do Estudo Técnico Preliminar, apêndice deste Termo de Referência.

5. 4. Requisitos da contratação

4. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

Sustentabilidade:

4.1. A CONTRATADA deverá seguir os requisitos definidos nos Guias de Licitações Sustentáveis da Advocacia Geral da União (AGU) - Guia Nacional de Licitações Sustentáveis - NESLIC e Guia Prático de Licitações Sustentáveis - 3ª Edição - disponíveis em

http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/138067.

4.2. No entanto, salienta-se que não foi identificado impacto ambiental.

Subcontratação

4.3. Não é admitida a subcontratação do objeto contratual.

Garantia da contratação

4.4. Não haverá exigência da garantia da contratação dos [artigos 96 e seguintes da Lei nº 14.133, de 2021](#).

4.5. *Não se aplica.*

6. 5. Modelo de execução do objeto

5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

Condições de Execução

5.1. *A execução do objeto seguirá a seguinte dinâmica:*

5.1.1. *Início da execução do objeto: se dará através da emissão de pedido de fornecimento.*

A CONTRATADA responsabilizar-se-á por todas as despesas relacionadas ao fornecimento, incluindo, entre outras que possam existir, despesas com embalagem, seguros, transporte, taxas, tributos e demais encargos.

5.3. *A CONTRATADA responsabilizar-se-á por todas as despesas referentes aos seus empregados, decorrentes da execução do objeto da licitação, tais como salários, seguros de acidentes, indenizações, vale refeição, vale transporte e outras que porventura venham a ser criadas e exigidas pela legislação.*

5.4. *A CONTRATADA responsabilizar-se-á pela indenização de dano decorrente da comprovada ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes nessa qualidade, causarem a pacientes e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou de culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.*

Local e horário da prestação dos serviços

5.5. *Os produtos deverão ser entregues na Secretaria Municipal de Saúde na Avenida Tenente Marques, 3780 CEP: 07791-600 - Polvilho - Cajamar/SP de Segunda a sexta-feira no período das 8h às 15h.*

Rotinas a serem cumpridas

5.6. *A execução contratual observará as rotinas abaixo:*

5.6.1. *O licitante detentor da Ata de Registro de Preços deverá entregar os itens de acordo com as necessidades de consumo da Secretaria Municipal de Saúde, após solicitação do Departamento de Compras, no prazo máximo de 15(quinze) dias corridos*

5.6.2. *Independentemente da aceitação dos produtos, a adjudicatária garantirá a qualidade do produto, obrigando-se a repor os itens que apresentarem defeito ou que forem entregues em desacordo com o pedido no prazo máximo de 05(cinco) dias corridos, contados do recebimento da notificação, sem ônus para o Município e, independentemente da eventual aplicação das penalidades cabíveis **Materiais a serem disponibilizados***

5.7. *Não se aplica.*

Informações relevantes para o dimensionamento da proposta

5.8. A demanda do órgão tem como base a estimativa de consumo anual do bem pretendido.

Especificação da garantia do serviço ([art. 40, §1º, inciso III, da Lei nº 14.133, de 2021](#))

5.9. Em atendimento ao disposto no artigo 31 da Lei nº 8.078 de 11/09/1990, a apresentação do produto deverá assegurar informações claras, precisas, ostensivas em língua portuguesa, sobre características, marca, modelo, procedência, qualidade, quantidade, composição, preço.

5.10. Os produtos não devem apresentar embalagens violadas, amassadas ou sujas.

5.11. O fornecedor deverá garantir, em seus locais de armazenagem e durante o processo de transporte, que os produtos cheguem livres de umidade, poeira, calor intenso, ou quaisquer outros fatores que possam causar dano ou contaminação cruzada.

5.12. Os materiais/produtos estarão sujeitas à verificação, pela unidade requisitante, da compatibilidade entre as especificações do edital e seus anexos no que se refere à quantidade e qualidade.

Procedimentos de transição e finalização do contrato

5.13. Não serão necessários procedimentos de transição e finalização do contrato devido às características do objeto.

7. 6. Modelo de gestão do contrato

6. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO

6.1. O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133, de 2021, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

6.2. Em caso de impedimento, ordem de paralisação ou suspensão do contrato, o cronograma de execução será prorrogado automaticamente pelo tempo correspondente, anotadas tais circunstâncias mediante simples apostila.

6.3. As comunicações entre o órgão ou entidade e a contratada devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim.

6.4. O órgão ou entidade poderá convocar representante da empresa para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

6.5. Após a assinatura do contrato ou instrumento equivalente, o órgão ou entidade poderá convocar o representante da empresa contratada para reunião inicial para apresentação do plano de fiscalização, que conterà informações acerca das obrigações contratuais, dos mecanismos de fiscalização, das estratégias para execução do objeto, do plano complementar de execução da contratada, quando houver, do método de aferição dos resultados e das sanções aplicáveis, dentre outros.

Preposto

6.6. Não se aplica.

Fiscalização

6.7. A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo(s) fiscal(is) do contrato, ou pelos respectivos substitutos ([Lei nº 14.133, de 2021, art. 117, caput](#)).

Fiscalização Técnica

6.8. O fiscal técnico do contrato acompanhará a execução do contrato, para que sejam cumpridas todas as condições estabelecidas no contrato, de modo a assegurar os melhores resultados para a Administração. ([Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, VI](#));

6.9. O fiscal técnico do contrato anotará no histórico de gerenciamento do contrato todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato, com a descrição do que for necessário para a regularização das faltas ou dos defeitos observados. ([Lei nº 14.133, de 2021, art. 117, §1º](#) e [Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, II](#));

6.10. Identificada qualquer inexactidão ou irregularidade, o fiscal técnico do contrato emitirá notificações para a correção da execução do contrato, determinando prazo para a correção. ([Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, III](#));

6.11. O fiscal técnico do contrato informará ao gestor do contrato, em tempo hábil, a situação que demandar decisão ou adoção de medidas que ultrapassem sua competência, para que adote as medidas necessárias e saneadoras, se for o caso. ([Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, IV](#));

6.12. No caso de ocorrências que possam inviabilizar a execução do contrato nas datas aprazadas, o fiscal técnico do contrato comunicará o fato imediatamente ao gestor do contrato. ([Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, V](#));

6.13. O fiscal técnico do contrato comunicará ao gestor do contrato, em tempo hábil, o término do contrato sob sua responsabilidade, com vistas à tempestiva renovação ou à prorrogação contratual ([Decreto nº 11.246, de 2022, art. 22, VII](#)).

Fiscalização Administrativa

6.14. O fiscal administrativo do contrato verificará a manutenção das condições de habilitação da contratada, acompanhará o empenho, o pagamento, as garantias, as glosas e a formalização de apostilamento e termos aditivos, solicitando quaisquer documentos comprobatórios pertinentes, caso necessário (Art. 23, I e II, do Decreto nº 11.246, de 2022).

6.15. Caso ocorra descumprimento das obrigações contratuais, o fiscal administrativo do contrato atuará tempestivamente na solução do problema, reportando ao gestor do contrato para que tome as providências cabíveis, quando ultrapassar a sua competência; (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 23, IV).

Gestor do Contrato

6.16. O gestor do contrato coordenará a atualização do processo de acompanhamento e fiscalização do contrato contendo todos os registros formais da execução no histórico de gerenciamento do contrato, a exemplo da ordem de serviço, do registro de ocorrências, das alterações e das prorrogações contratuais, elaborando relatório com vistas à verificação da necessidade de adequações do contrato para fins de atendimento da finalidade da administração. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 21, IV).

6.17. O gestor do contrato acompanhará os registros realizados pelos fiscais do contrato, de todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato e as medidas adotadas, informando, se for o caso, à autoridade superior àquelas que ultrapassem a sua competência. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 21, II).

6.18. O gestor do contrato acompanhará a manutenção das condições de habilitação da contratada, para fins de empenho de despesa e pagamento, e anotará os problemas que obstem o fluxo normal da liquidação e do pagamento da despesa no relatório de riscos eventuais. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 21, III).

6.19. O gestor do contrato emitirá documento comprobatório da avaliação realizada pelos fiscais técnico, administrativo e setorial quanto ao cumprimento de obrigações assumidas pelo contratado, com menção ao seu desempenho na execução contratual, baseado nos indicadores objetivamente definidos e aferidos, e a eventuais penalidades aplicadas, devendo constar do cadastro de atesto de cumprimento de obrigações.

(Decreto nº 11.246, de 2022, art. 21, VIII).

6.20. O gestor do contrato tomará providências para a formalização de processo administrativo de responsabilização para fins de aplicação de sanções, a ser conduzido pela comissão de que trata o art. 158 da Lei nº 14.133, de 2021, ou pelo agente ou pelo setor com competência para tal, conforme o caso. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 21, X).

6.21. O gestor do contrato deverá elaborar relatório final com informações sobre a consecução dos objetivos que tenham justificado a contratação e eventuais condutas a serem adotadas para o aprimoramento das atividades da Administração. (Decreto nº 11.246, de 2022, art. 21, VI).

6.22. O gestor do contrato deverá enviar a documentação pertinente ao setor de contratos para a formalização dos procedimentos de liquidação e pagamento, no valor dimensionado pela fiscalização e gestão nos termos do contrato.

8. 7. Critérios de medição e pagamento

7. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E DE PAGAMENTO

7.1. A avaliação da execução do objeto se dará da seguinte forma:

7.1.1. Será indicada a retenção ou glosa no pagamento, proporcional à irregularidade verificada, sem prejuízo das sanções cabíveis, caso se constate que a Contratada:

7.1.1.1. não produzir os resultados acordados,

7.1.1.2. deixar de executar, ou não executar com a qualidade mínima exigida as atividades contratadas; ou

7.1.1.3. deixar de utilizar materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizá-los com qualidade ou quantidade inferior à demandada.

Do recebimento

7.4. Os serviços serão recebidos provisoriamente, no prazo de 15 (quinze) dias, pelos fiscais técnico e administrativo, mediante termos detalhados, quando verificado o cumprimento das exigências de caráter técnico e administrativo. ([Art. 140, I, a, da Lei nº 14.133](#) e [Arts. 22, X e 23, X do Decreto nº 11.246, de 2022](#)).

7.5. O prazo da disposição acima será contado do recebimento de comunicação de cobrança oriunda do contratado com a comprovação da prestação dos serviços a que se referem a parcela a ser paga.

7.6. O fiscal técnico do contrato realizará o recebimento provisório do objeto do contrato mediante termo detalhado que comprove o cumprimento das exigências de caráter técnico. ([Art. 22, X, Decreto nº 11.246, de 2022](#)).

7.7. O fiscal administrativo do contrato realizará o recebimento provisório do objeto do contrato mediante termo detalhado que comprove o cumprimento das exigências de caráter administrativo. ([Art. 23, X, Decreto nº 11.246, de 2022](#))

7.8. O fiscal setorial do contrato, quando houver, realizará o recebimento provisório sob o ponto de vista técnico e administrativo.

7.9. Para efeito de recebimento provisório, ao final de cada período de faturamento, o fiscal técnico do contrato irá apurar o resultado das avaliações da execução do objeto e, se for o caso, a análise do desempenho e qualidade da prestação dos serviços realizados em consonância com os indicadores

UASG 986285

Termo de Referência 31/2024

previstos, que poderá resultar no redimensionamento de valores a serem pagos à contratada, registrando em relatório a ser encaminhado ao gestor do contrato.

7.9.1. Será considerado como ocorrido o recebimento provisório com a entrega do termo detalhado ou, em havendo mais de um a ser feito, com a entrega do último;

7.9.2. O Contratado fica obrigado a reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, às suas expensas, no todo ou em parte, o objeto em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou materiais empregados, cabendo à fiscalização não atestar a última e/ou única medição de serviços até que sejam sanadas todas as eventuais pendências que possam vir a ser apontadas no Recebimento Provisório.

7.9.3. A fiscalização não efetuará o ateste da última e/ou única medição de serviços até que sejam sanadas todas as eventuais pendências que possam vir a ser apontadas no Recebimento Provisório. (Art. 119 c/c art. 140 da Lei nº 14133, de 2021)

7.9.4. O recebimento provisório também ficará sujeito, quando cabível, à conclusão de todos os testes de campo e à entrega dos Manuais e Instruções exigíveis.

7.9.5. Os serviços poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes neste Termo de Referência e na proposta, sem prejuízo da aplicação das penalidades

7.10. Quando a fiscalização for exercida por um único servidor, o Termo Detalhado deverá conter o registro, a análise e a conclusão acerca das ocorrências na execução do contrato, em relação à fiscalização técnica e administrativa e demais documentos que julgar necessários, devendo encaminhá-los ao gestor do contrato para recebimento definitivo.

7.11. Os serviços serão recebidos definitivamente no prazo de 15(quinze) dias, contados do recebimento provisório, por servidor ou comissão designada pela autoridade competente, após a verificação da qualidade e quantidade do serviço e consequente aceitação mediante termo detalhado, obedecendo os seguintes procedimentos:

7.11.1. Emitir documento comprobatório da avaliação realizada pelos fiscais técnico, administrativo e setorial, quando houver, no cumprimento de obrigações assumidas pelo contratado, com menção ao seu desempenho na execução contratual, baseado em indicadores objetivamente definidos e aferidos, e a eventuais penalidades aplicadas, devendo constar do cadastro de atesto de cumprimento de obrigações, conforme regulamento ([art. 21, VIII, Decreto nº 11.246, de 2022](#)).

7.11.2. Realizar a análise dos relatórios e de toda a documentação apresentada pela fiscalização e, caso haja irregularidades que impeçam a liquidação e o pagamento da despesa, indicar as cláusulas contratuais pertinentes, solicitando à CONTRATADA, por escrito, as respectivas correções;

7.11.3. Emitir Termo Detalhado para efeito de recebimento definitivo dos serviços prestados, com base nos relatórios e documentações apresentadas; e

7.11.4. Comunicar a empresa para que emita a Nota Fiscal ou Fatura, com o valor exato dimensionado pela fiscalização.

7.11.5. Enviar a documentação pertinente ao setor de contratos para a formalização dos procedimentos de liquidação e pagamento, no valor dimensionado pela fiscalização e gestão.

7.12. No caso de controvérsia sobre a execução do objeto, quanto à dimensão, qualidade e quantidade, deverá ser observado o teor do [art. 143 da Lei nº 14.133, de 2021](#), comunicando-se à empresa para emissão de Nota Fiscal no que pertine à parcela incontroversa da execução do objeto, para efeito de liquidação e pagamento.

7.13. Nenhum prazo de recebimento ocorrerá enquanto pendente a solução, pelo contratado, de inconsistências verificadas na execução do objeto ou no instrumento de cobrança.

7.14 O recebimento provisório ou definitivo não excluirá a responsabilidade civil pela solidez e pela segurança do serviço nem a responsabilidade ético-profissional pela perfeita execução do contrato.

Liquidação

UASG 986285

Termo de Referência 31/2024

7.15. Recebida a Nota Fiscal ou documento de cobrança equivalente, correrá o prazo de dez dias úteis para fins de liquidação, na forma desta seção, prorrogáveis por igual período, nos termos do [art. 7º, §2º da Instrução Normativa SEGES/ME nº 77/2022](#).

7.16. O prazo de que trata o item anterior será reduzido à metade, mantendo-se a possibilidade de prorrogação, nos casos de contratações decorrentes de despesas cujos valores não ultrapassem o limite de que trata o [inciso II do art. 75 da Lei nº 14.133, de 2021](#).

7.17. Para fins de liquidação, o setor competente deverá verificar se a nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente apresentado expressa os elementos necessários e essenciais do documento, tais como: 7.17.1. o prazo de validade;

7.17.2. a data da emissão;

7.17.3. os dados do contrato e do órgão contratante;

7.17.4. o período respectivo de execução do contrato;

7.17.5. o valor a pagar; e

7.17.6. eventual destaque do valor de retenções tributárias cabíveis.

7.18. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, esta ficará sobrestada até que o contratado providencie as medidas saneadoras, reiniciando-se o prazo após a comprovação da regularização da situação, sem ônus à contratante;

7.19. A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal, constatada por meio de consulta on-line ao SICAF ou, na impossibilidade de acesso ao referido Sistema, mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais ou à documentação mencionada no [art. 68 da Lei nº 14.133/2021](#).

7.20. A Administração deverá realizar consulta ao SICAF para: a) verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas no edital; b) identificar possível razão que impeça a participação em licitação, no âmbito do órgão ou entidade, que implique proibição de contratar com o Poder Público, bem como ocorrências impeditivas indiretas (INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 3, DE 26 DE ABRIL DE 2018).

7.21. Constatando-se, junto ao SICAF, a situação de irregularidade do contratado, 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 do contratante.

7.22. Não havendo regularização ou sendo a defesa considerada improcedente, o contratante deverá comunicar aos órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal quanto à inadimplência do contratado, 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.

7.23. Persistindo a irregularidade, o contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada ao contratado a ampla defesa.

7.24. Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso o contratado não regularize sua situação junto ao SICAF.

Prazo de pagamento

7.25. O pagamento será efetuado no prazo máximo de até dez dias úteis, contados da finalização da liquidação da despesa, conforme seção anterior, nos termos da [Instrução Normativa SEGES/ME nº 77, de 2022](#).

7.26. No caso de atraso pelo Contratante, os valores devidos ao contratado serão atualizados monetariamente entre o termo final do prazo de pagamento até a data de sua efetiva realização, mediante aplicação do índice IPCA (IBGE) de correção monetária.

Forma de pagamento

7.27. O pagamento será realizado por meio de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo contratado.

UASG 986285

Termo de Referência 31/2024

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

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

7.29.1. Independentemente do percentual de tributo inserido na planilha, quando houver, serão retidos na fonte, quando da realização do pagamento, os percentuais estabelecidos na legislação vigente.

7.30. O contratado 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.

Cessão de crédito

7.40. É admitida a cessão fiduciária de direitos creditícios com instituição financeira, nos termos e de acordo com os procedimentos previstos na [Instrução Normativa SEGES/ME nº 53, de 8 de Julho de 2020](#), conforme as regras deste presente tópico.

7.41. A eficácia da cessão de crédito, de qualquer natureza, em relação à Administração, está condicionada à celebração de termo aditivo ao contrato administrativo.

7.42. Sem prejuízo do regular atendimento da obrigação contratual de cumprimento de todas as condições de habilitação por parte do contratado (cedente), a celebração do aditamento de cessão de crédito e a realização dos pagamentos respectivos também se condicionam à regularidade fiscal e trabalhista do cessionário, bem como à certificação de que o cessionário não se encontra impedido de licitar e contratar com o Poder Público, conforme a legislação em vigor, ou de receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios, direta ou indiretamente, conforme o

[art. 12 da Lei nº 8.429, de 1992](#), tudo nos termos do [Parecer JL-01, de 18 de maio de 2020](#).

7.43. O crédito a ser pago à cessionária é exatamente aquele que seria destinado à cedente (contratado) pela execução do objeto contratual, restando absolutamente incólumes todas as defesas e exceções ao pagamento e todas as demais cláusulas exorbitantes ao direito comum aplicáveis no regime jurídico de direito público incidente sobre os contratos administrativos, incluindo a possibilidade de pagamento em conta vinculada ou de pagamento pela efetiva comprovação do fato gerador, quando for o caso, e o desconto de multas, glosas e prejuízos causados à Administração.

7.44. A cessão de crédito não afetará a execução do objeto contratado, que continuará sob a integral responsabilidade do contratado.

9. 8. Critérios de seleção do fornecedor

8. FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR E REGIME DE EXECUÇÃO

Forma de seleção e critério de julgamento da proposta

8.1. O fornecedor será selecionado por meio da realização de procedimento de LICITAÇÃO, na modalidade PREGÃO, sob a forma ELETRÔNICA, com adoção do critério de julgamento pelo MENOR PREÇO POR ITEM. **Regime de execução**

- 8.2. Não se aplica.

Exigências de habilitação

- 8.3. Para fins de habilitação, deverá o licitante comprovar os seguintes requisitos:

8.3.1. *O proponente é responsável pela fidelidade e legitimidade das informações prestadas e dos documentos apresentados em qualquer fase da licitação pretendida. A falsidade de qualquer documento apresentado ou a inverdade das informações nele contidas poderá acarretar a eliminação da proposta apresentada, a aplicação das sanções administrativas cabíveis e a comunicação do fato às autoridades competentes, inclusive para apuração do cometimento de eventual crime.*

Habilitação jurídica

- 8.4. **Pessoa física:** cédula de identidade (RG) ou documento equivalente que, por força de lei, tenha validade para fins de identificação em todo o território nacional;
- 8.5. **Empresário individual:** inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede;
- 8.6. **Microempreendedor Individual - MEI:** Certificado da Condição de Microempreendedor Individual - CCMEI, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio <https://www.gov.br/empresas-e-negocios/pt-br/empreendedor> ;
- 8.7. **Sociedade empresária, sociedade limitada unipessoal – SLU ou sociedade identificada como empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI:** inscrição do ato constitutivo, estatuto ou contrato social no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;
- 8.8. **Sociedade empresária estrangeira:** portaria de autorização de funcionamento no Brasil, publicada no Diário Oficial da União e arquivada na Junta Comercial da unidade federativa onde se localizar a filial, agência, sucursal ou estabelecimento, a qual será considerada como sua sede, conforme [Instrução Normativa DREI/ME n.º 77, de 18 de março de 2020](#).
- 8.9. **Sociedade simples:** inscrição do ato constitutivo no Registro Civil de Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;
- 8.10. **Filial, sucursal ou agência de sociedade simples ou empresária:** inscrição do ato constitutivo da filial, sucursal ou agência da sociedade simples ou empresária, respectivamente, no Registro Civil das Pessoas Jurídicas ou no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz
- 8.11. **Sociedade cooperativa:** ata de fundação e estatuto social, com a ata da assembleia que o aprovou, devidamente arquivado na Junta Comercial ou inscrito no Registro Civil das Pessoas Jurídicas da respectiva sede, além do registro de que trata o [art. 107 da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro 1971](#).

UASG 986285

Termo de Referência 31/2024

- 8.12. Os documentos apresentados deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva.

Habilitação fiscal, social e trabalhista

- 8.13. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas ou no Cadastro de Pessoas Físicas, conforme o caso;
- 8.14. 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 de outubro de 2014](#), do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional.
- 8.15. Prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS);
- 8.16. 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 [DecretoLei nº 5.452, de 1º de maio de 1943](#);
- 8.17. Prova de inscrição no cadastro de contribuintes *Municipal/Distrital* relativo ao domicílio ou sede do fornecedor, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;
- 8.18. Prova de regularidade com a Fazenda [Estadual/Distrital] ou [Municipal/Distrital] do domicílio ou sede do fornecedor, relativa à atividade em cujo exercício contrata ou concorre;
- 8.19. Caso o fornecedor seja considerado isento dos tributos *Municipal/Distrital* relacionados ao objeto contratual, deverá comprovar tal condição mediante a apresentação de declaração da Fazenda respectiva do seu domicílio ou sede, ou outra equivalente, na forma da lei.
- 8.20. O fornecedor enquadrado como microempreendedor individual que pretenda auferir os benefícios do tratamento diferenciado previstos na Lei Complementar n. 123, de 2006, estará dispensado da prova de inscrição nos cadastros de contribuintes estadual e municipal.

Qualificação Econômico-Financeira

- 8.21. Certidão negativa de insolvência civil expedida pelo distribuidor do domicílio ou sede do licitante, caso se trate de pessoa física, desde que admitida a sua participação na licitação ([art. 5º, inciso II, alínea “c”, da Instrução Normativa Seges/ME nº 116, de 2021](#)), ou de sociedade simples;
- 8.22. Certidão negativa de falência expedida pelo distribuidor da sede do fornecedor - [Lei nº 14.133, de 2021, art. 69, caput, inciso II](#));
- 8.23. Balanço patrimonial, demonstração de resultado de exercício e demais demonstrações contábeis dos 2 (dois) últimos exercícios sociais, comprovando:

UASG 986285

Termo de Referência 31/2024

- 8.23.1. índices de Liquidez Geral (LG), Liquidez Corrente (LC), e Solvência Geral (SG) superiores a 1 (um);
- 8.23.2. As empresas criadas no exercício financeiro da licitação deverão atender a todas as exigências da habilitação e poderão substituir os demonstrativos contábeis pelo balanço de abertura; e
- 8.23.3. Os documentos referidos acima limitar-se-ão ao último exercício no caso de a pessoa jurídica ter sido constituída há menos de 2 (dois) anos.
- 8.23.4. Os documentos referidos acima deverão ser exigidos com base no limite definido pela Receita Federal do Brasil para transmissão da Escrituração Contábil Digital - ECD ao Sped.
- 8.24. Caso a empresa licitante apresente resultado inferior ou igual a 1 (um) em qualquer dos índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), será exigido para fins de habilitação patrimônio líquido mínimo de 10% do valor total estimado da contratação.
- 8.26. As empresas criadas no exercício financeiro da licitação deverão atender a todas as exigências da habilitação e poderão substituir os demonstrativos contábeis pelo balanço de abertura. ([Lei nº 14.133, de 2021, art. 65, §1º](#)).
- 8.27. *O atendimento dos índices econômicos previstos neste item deverá ser atestado mediante declaração assinada por profissional habilitado da área contábil, apresentada pelo fornecedor.*

Qualificação Técnica

- 8.28. ***Declaração de que o licitante tomou conhecimento de todas as informações e das condições locais para o cumprimento das obrigações objeto da licitação;***
- 8.29. ***A declaração acima poderá ser substituída por declaração formal assinada pelo responsável técnico do licitante acerca do conhecimento pleno das condições e peculiaridades da contratação.***
- 8.30. ***Registro ou inscrição da empresa na entidade profissional competente, em plena validade;***
- 8.24.1. ***Sociedades empresárias estrangeiras atenderão à exigência por meio da apresentação, no momento da assinatura do contrato, da solicitação de registro perante a entidade profissional competente no Brasil.***
- 8.31. ***Comprovação de aptidão para execução de serviço de complexidade tecnológica e operacional equivalente ou superior com o objeto desta contratação, ou com o item pertinente, por meio da apresentação de certidões ou atestados, por pessoas jurídicas de direito público ou privado, ou regularmente emitido(s) pelo conselho profissional competente, quando for o caso.***
- 8.24.2. ***Será admitida, para fins de comprovação de quantitativo mínimo, a apresentação e o somatório de diferentes atestados executados de forma concomitante.***

UASG 986285

Termo de Referência 31/2024

- 8.24.3. *Os atestados de capacidade técnica poderão ser apresentados em nome da matriz ou da filial do fornecedor.*
- 8.24.4. *O fornecedor disponibilizará todas as informações necessárias à comprovação da legitimidade dos atestados, apresentando, quando solicitado pela Administração, cópia do contrato que deu suporte à contratação, endereço atual da contratante e local em que foi executado o objeto contratado, dentre outros documentos.*

8.32. Caso admitida a participação de cooperativas, será exigida a seguinte documentação complementar:

- 8.32.1. **A relação dos cooperados que atendem aos requisitos técnicos exigidos para a contratação e que executarão o contrato, com as respectivas atas de inscrição e a comprovação de que estão domiciliados na localidade da sede da cooperativa, respeitado o disposto nos [arts. 4º, inciso XI, 21, inciso I e 42, §§2º a 6º da Lei n. 5.764, de 1971](#);**
- 8.32.2. **A declaração de regularidade de situação do contribuinte individual – DRSCI, para cada um dos cooperados indicados;**
- 8.32.3. **A comprovação do capital social proporcional ao número de cooperados necessários à prestação do serviço;**
- 8.32.4. **O registro previsto na [Lei n. 5.764, de 1971, art. 107](#);**
- 8.32.5. **A comprovação de integração das respectivas quotas-partes por parte dos cooperados que executarão o contrato; e**
- 8.32.6. **Os seguintes documentos para a comprovação da regularidade jurídica da cooperativa:**
a) ata de fundação; b) estatuto social com a ata da assembleia que o aprovou; c) regimento dos fundos instituídos pelos cooperados, com a ata da assembleia; d) editais de convocação das três últimas assembleias gerais extraordinárias; e) três registros de presença dos cooperados que executarão o contrato em assembleias gerais ou nas reuniões seccionais; e f) ata da sessão que os cooperados autorizaram a cooperativa a contratar o objeto da licitação;
- 8.32.7. **A última auditoria contábil-financeira da cooperativa, conforme dispõe o [art. 112 da Lei n. 5.764, de 1971](#), ou uma declaração, sob as penas da lei, de que tal auditoria não foi exigida pelo órgão fiscalizador.**

10. 9. Estimativas do Valor da Contratação

Valor (R\$): 1.545.066,00

9. ESTIMATIVAS DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

9.1. O custo estimado total da contratação é de **R\$ 1.545.066,67** (um milhão, quinhentos e quarenta e cinco mil, sessenta e seis reais e sessenta e sete centavos), conforme custos unitários apostos no Estudo Técnico Preliminar, anexo deste instrumento.

11. 10. Adequação orçamentária

10. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

10.1. As despesas decorrentes da presente contratação correrão à conta de recursos específicos.

10.1.1. A contratação será atendida pela seguinte dotação:

I) Gestão/Unidade: **Secretaria Municipal de Saúde de Cajamar;**

II) Fonte de Recursos:

01 - Tesouro;

Fichas orçamentárias: **264, 334 e 375.**

05 - Federal;

Fichas orçamentárias: **266 e 377.**

III) Elemento de Despesa: Serviço;

10.2. A dotação relativa aos exercícios financeiros subsequentes será indicada após aprovação da Lei Orçamentária respectiva eliberação dos créditos correspondentes, mediante apostilamento.

12. 11. Especificação do objeto

11. Especificação detalhada do objeto



UASG 986285

Termo de Referência 31/2024

Código interno	Item	Descrição	Unidade	Quantidade
011.004.02537	001	Atestado médico em 02 vias, com 01 via branca e 2ª via amarela carbonada bloco com 50 jogos, aproximadamente 19 cm comp. X 11 cm largura tipograficamente numerado, grampeado e picotado a via branca do paciente em OFF Set 75gr impresso em 4 cores e intercalada, modelo em anexo, impressão colorida. Atestado médico deverá vir com a numeração nº 65.001 à 80.000.	Bloco	300
011.004.02499	002	Cartão Agendamento (novo) em papel cartão na cor Branca Impresso em preto, medindo 14,05cm comp. X 9,03 largura. Conforme modelo em anexo.	Unidade	20.000
011.004.02494	003	Cartão Agendamento Odontológico em papel cartão na cor Branca Impresso em preto, medindo 14,05cm comp. X 9,03 largura. Conforme modelo em anexo.	Unidade	20.000
011.004.02500	004	Declaração Atendimento na cor branca Off set 75gr Impresso em preto, medindo 10,05Cm de lag x 14,05 cm de comprimento. Conforme modelo em anexo. Bloco com 100 folhas.	Bloco	2.000



UASG 986285

Termo de Referência 31/2024

011.004.02550	005	Envelope prontuário papel Kraft na cor parda medindo 36 cm de largura x 26 cm de comprimento, Conforme modelo em anexo. Abertura no comprimento com aba de 4cm. Conforme modelo.	Unidade	25.000
011.004.02551	006	Envelope para mamografia, ecocardiograma e eletroencefalograma na cor branca medindo 26 cm de largura x 36 cm de comp. 1x1 cor em offset 90g conforme modelo em anexo.	Unidade	20.000
011.004.02553	007	Ficha de Atendimento Ambulatorial em off set 75 gr, Impresso em preto conforme modelo em anexo. Bloco com 100 folhas tamanho A4	Bloco	6.000
011.004.02554	008	Ficha Encaminhamento na cor Branca Impresso em preto em off set 75gr tamanho A4 conforme modelo em anexo. Bloco com 100 folhas	Bloco	2.000
011.004.02555	009	Ficha de Prateleira em papel cartão na cor verde Impresso em preto frente e verso papel cartão medindo 14 cm comp. X 10,05 largura conforme modelo em anexo.	Unidade	6.000
011.004.02556	010	Ficha de Paciente em papel cartão na cor Branca Impresso em preto, aproximadamente medindo 21 cm de largura x 15 cm de comprimento frente e verso conforme modelo em anexo.	Unidade	5.000
011.004.02557	011	Requisição de serviço de diagnose e terapia (SADT) Tamanho A4 em off set 75gr impresso em preto bloco com 100 folhas conforme modelo em anexo.	Bloco	6.000
011.004.02412	012	Receituário médico em 2 (duas) vias brancas com carbono contendo 50 jogos cada bloco Off set 75gr, medindo 21cm comp. X 14,09 cm Impresso em preto e intercalados conforme modelo em anexo.	Bloco	10.000
011.004.00160	013	Carteira de Gestante aproximadamente 30cm x 140cm. Frente e verso conforme modelo em anexo.	Unidade	2.000
011.004.02522	014	Cadastro Individual , Tam. 21x31, Papel Offset 75g, 1x0 Cor	Unidade	60.000
011.004.02524	015	Cartão da Família , Tam. 10,5x9,2 Papel Cartão 180g, 1x1 Cor	Unidade	20.000
011.004.02525	016	Cadastro Domiciliar , Tam. 21x31, Papel Offset 75g, 1x0 Cor	Unidade	20.000
011.004.02526	017	Ficha de Visita Domiciliar , Tamanho 21x31, Papel Offset 75g, 1x0 Cor	Unidade	20.000
011.004.02527	018	Relatório de Visita Domiciliar , Tamanho 21x31, Papel Offset 75g, 1x0 Cor	Unidade	20.000
011.004.02529	019	Ficha de Evolução , Tamanho 21x31,	Unidade	20.000



UASG 986285

Termo de Referência 31/2024

011.004.02530	020	Ficha de Atendimento Individual , Tamanho 21x31, Papel Offset 75g, 1x1 Cor	Unidade	20.000
011.004.02531	021	Identificação do Usuário , 21x31, Papel Offset 75g, 1x1 Cor	Unidade	20.000
011.004.02532	022	Ficha de Procedimentos , Tamanho 21x31, Papel Offset 75g, 1x1 Cor	Unidade	20.000
011.004.02541	023	Agendamento Central Regulação de Vagas medindo 21 cm de largura x 31 cm de comprimento em off set 75g impresso em preto bloco com 100 folhas.	Bloco	5.000
011.004.02542	024	Laudos para solicitação/autorização de procedimento ambulatorial em off set 75 g, Impresso em preto. Bloco com 100 folhas tamanho A4	Bloco	5.000
011.004.02516	025	Talonnário de notificação de receita B (azul) com canhoto destacável contendo 50 folhas, grampeado, dimensões total 28x09 cm, dimensão do canhoto 07x09 cm, gramatura off set 90 g azul, com capa frente e verso em papel Kraft, tipograficamente numerado conforme documento de autorização da Vigilância Sanitária a ser encaminhado posteriormente.	Bloco	300
011.004.02543	026	Protocolo de Entrega de Exames medindo 21 cm de largura x 31 cm de comprimento em off set 75g impresso em preto bloco com 100 folhas.	Bloco	5.000
011.004.02637	027	Protocolo Assistência Farmacêutica 50 páginas (colorida 4 cores) Tipo de Papel couchê revestidos dos dois lados; Fosco; gramatura de miolo: 90g/m. Capa Dura com Brochura (tipo Revista) gramatura da capa 170g/m;	Unidade	50
011.004.02638	028	Requisição de Mamografia , Tamanho 21x31 em Papel Offset 75 g, 1x1 Cor - Frente e Verso	Unidade	10.000
011.004.02639	029	Resultado de Mamografia , Tamanho 21x31 em Papel Offset 75 g, 1x1 Cor - Frente e Verso	Unidade	10.000
011.004.02640	030	Requisição de Exame Citopatológico , Tamanho 21x31 em Papel Offset 75 g, 1x1 Cor - Frente e Verso	Unidade	10.000
011.004.2645	031	Controle Diário de Ambulância , folha A4 em papel Offset 90g, 1x1 cor – Frente e verso	Unidade	10.000
011.004.02646	032	Formulário SAUC (Serviço de ambulância) , folha A4 em papel Offset 75g, 1x1 cor - Frente	Unidade	10.000
011.004.02647	033	Ficha de Atendimento Sistematizado de Enfermagem , folha A4 em papel Offset 75g, 1x1 cor – Frente	Unidade	10.000

13. 12. Apresentação de amostra

12.1. Sob pena de desclassificação, o licitante detentor da Ata de Registro de Preços, deverá apresentar no prazo de 05(cinco) dias úteis, 01 (uma) amostra do item solicitado em arquivo eletrônico, para prévia aprovação do departamento solicitante antes da impressão para entrega. Não serão solicitadas amostras no ato do pregão.

12.2. Critérios de avaliação das amostras.

12.2.1. As amostras apresentadas serão avaliadas observando-se, objetivamente, critérios de conformidade com os modelos disponibilizados, anexos deste instrumento.

14. 13. Obrigações das partes

13.1. São obrigações do Município de Cajamar

13.1.1. Permitir o acesso de funcionários dos fornecedores às suas dependências para a entrega dos produtos e das Notas Fiscais/Faturas, no horário de funcionamento das Unidades;

13.1.2. Prestar as informações e os esclarecimentos atinentes ao fornecimento que venham a ser solicitados pelos empregados dos fornecedores;

13.1.3. Efetuar o pagamento devido pelo fornecimento do(s) produto(s), desde que cumpridas as exigências do presente termo, do edital e anexos e da Ata de Registro de Preços;

13.1.4. Fiscalizar a execução do cumprimento do objeto, especialmente quanto à conferência das quantidades e qualidade dos produtos entregues, bem como, comunicar, formalmente ao fornecedor, a ocorrência de falhas consideradas de natureza grave durante a execução do fornecimento.

13.2. São obrigações do FORNECEDOR

13.2.1. Manter durante toda a execução da Ata de Registro de Preços, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;

13.2.2. Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente ao Município ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo, na execução do contrato;

13.2.3. Observar todo o conteúdo disposto no presente termo de referência, especialmente o disposto no item Condições de Fornecimento e especificações dos produtos;

13.2.4. Comunicar por escrito ao Município qualquer anormalidade de caráter urgente e prestar os esclarecimentos que julgar necessário;

13.2.5. Entregar os produtos conforme solicitação da Secretaria/Cajamar no prazo e formas ajustados.

15. 14. Penalidades

14.1. Ao licitante ou contratado responsável pelas infrações administrativas dispostas no art. 155 da Lei Federal nº 14.133, de 2021, nos termos do Decreto Municipal 7.144 de 09 de fevereiro de 2024, serão aplicadas as seguintes sanções, observado o devido processo legal e assegurados o contraditório e a ampla defesa: **I** – advertência;

II – multa;

UASG 986285

Termo de Referência 31/2024

- a. 1. compensatória;
 - b. 2. de mora.
- III – impedimento de licitar e contratar;
- IV – declaração de inidoneidade para licitar ou contratar.
- 14.2. A aplicação de multa de mora não impedirá que a Administração a converta em compensatória e promova a extinção unilateral do contrato com a aplicação cumulada de outras sanções previstas neste instrumento.
- 14.3. As sanções previstas nos incisos I, III e IV do subitem 14.1 poderão ser aplicadas cumulativamente com a prevista no inciso II, alínea "a".
- 14.4. A sanção de advertência será aplicada como instrumento de diálogo e correção de conduta nas seguintes hipóteses, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave:
- I – descumprimento de pequena relevância;
 - II – inexecução parcial de obrigação contratual.
- 14.5. A sanção de multa compensatória será aplicada ao responsável por qualquer das infrações administrativas previstas no art. 155 da Lei Federal nº 14.133, de 2021, calculada na forma prevista no instrumento convocatório ou no contrato, não podendo ser inferior a 0,5% (cinco décimos por cento) nem superior a 30% (trinta por cento) do valor contratado, em consonância com o art. 6º do Decreto Municipal 7.144/2024.
- 14.6. Nos contratos e atas que ainda não foram celebrados, o percentual de que trata o subitem 14.5 para cálculo da multa compensatória incidirá sobre o valor estimado da contratação.
- 14.7. O valor da multa de mora ou compensatória aplicada será:
- I – retido dos pagamentos devidos pelo órgão ou entidade, inclusive pagamentos decorrentes de outros contratos firmados com o contratado;
 - II – descontado do valor da garantia prestada;
 - III – pago por meio de Documento de Arrecadação Municipal (DAM); ou
 - IV – cobrado judicialmente.
- 14.8. Será aplicada a sanção de impedimento de licitar e contratar com a Administração Pública Municipal, pelo prazo máximo de 3 (três) anos, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave, observando-se os parâmetros estabelecidos, aos responsáveis pelas seguintes infrações:
- I – dar causa à inexecução parcial do contrato que cause grave dano à Administração, ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo;

- II – dar causa à inexecução total do contrato;
- III – deixar de entregar a documentação exigida para o certame;
- IV – não manter a proposta, salvo em decorrência de fato superveniente devidamente justificado;
- V – não celebrar o contrato ou não entregar a documentação exigida para a contratação, quando convocado dentro do prazo de validade de sua proposta;
- VI – ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto da licitação sem motivo justificado.

14.9. Será aplicada a sanção de declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública Direta e Indireta, de todos os entes federativos, no caso das infrações previstas no subitem 14.8, pelo prazo máximo de 6 (seis) anos, quando se justificar a imposição de penalidade mais grave.

14.10. Será aplicada a sanção de declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Direta e Indireta, de todos os entes federativos, pelo prazo mínimo de 3 (três) anos e máximo de 6 (seis) anos, observando-se os parâmetros estabelecidos, aos responsáveis pelas seguintes infrações:

- I – apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o certame ou prestar declaração falsa durante a licitação ou a execução do contrato;
- II – fraudar a licitação ou praticar ato fraudulento na execução do contrato;
- III – comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza;
- IV – praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos da licitação;
- I – praticar ato lesivo previsto no art. 5^o da Lei Federal nº 12.846, de 1^o de agosto de 2013.

16. 15. Aplicação das sanções

15.1. Do procedimento administrativo para aplicação das sanções Cabe à Secretaria Gestora do Contrato

1. 15.1.1. Constatada a ocorrência de infração administrativa disposta no art. 155 da Lei Federal nº 14.133, de 2021, o agente público responsável pela licitação ou pela gestão do contrato deverá, nos termos do Decreto Municipal 7.144 de 09 de fevereiro de 2024:

- I – notificar o licitante ou o contratado para apresentar justificativa e providências para a correção da irregularidade no prazo de 15 (quinze) dias úteis;
- II – analisar a justificativa de que trata o inciso I do deste artigo.

15.1.2. Rejeitada a justificativa de que tratam os incisos I e II do subitem 15.1.1, o agente público responsável pela licitação ou gestão do contrato emitirá parecer técnico fundamentado, ou documento equivalente, e o encaminhará ao Ordenador da Despesas.

15.1.3. O ordenador de despesas deverá realizar juízo de admissibilidade relativo ao parecer técnico

UASG 986285

Termo de Referência 31/2024

fundamentado de que trata o subitem 15.1.2, com vistas a:

I – avaliar se é cabível a instauração de processo administrativo punitivo;

II – tomar medidas administrativas de saneamento para a mitigação de riscos de nova ocorrência na hipótese de simples impropriedade formal.

15.1.4. Admitido o juízo de admissibilidade de que trata o subitem 15.1.3, o ordenador de despesas deverá instaurar processo administrativo punitivo.

17. 16. Da extinção do contrato

16.1. A inexecução total ou parcial do contrato enseja a sua extinção decorrente da infração fundamentando-se todas as situações nos artigos 137 e 139 da Lei nº 14.133/21, sendo registrado nos autos do processo assegurando o contraditório e a ampla defesa.

18. 17. Fiscais

17.1. Fiscal técnico

Titular: Maria Isabel da Silva Farias - RE: 15034

17.2. Fiscal administrativo

Titular: Renata Cristina Coelho Penido - RE: 14919

19. 18. Responsáveis

Todas as assinaturas eletrônicas seguem o horário oficial de Brasília e fundamentam-se no §3º do Art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

AUGUSTO HEPP ALVES

Equipe de apoio



Assinou eletronicamente em 09/05/2024 às 12:51:53.

JOSE ENOQUE DA SILVA GARCIA

Autoridade competente

Lista de Anexos

Atenção: Apenas arquivos nos formatos ".pdf", ".txt", ".jpg", ".jpeg", ".gif" e ".png" enumerados abaixo são anexados diretamente a este documento.

- Anexo I - MODELOS.pdf (17.46 MB)
- Anexo II - ORCAMENTO - BELLAS GRAFICA EIRELI-ME.pdf (179.04 KB; sigiloso)
- Anexo III - ORCAMENTO - JOSE CICERO FEITOSA.pdf (282.1 KB; sigiloso)

Anexo I - MODELOS.pdf

20. ITEM 1


Prefeitura do Município de Cajamar
Estado de São Paulo
Secretaria de Saúde
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
CONTROLE Nº 51751

ATESTADO MÉDICO

NOME: _____
DOCUMENTO RG/CPF/SUS: _____
FAAO: Nº _____ (PREENCHIMENTO OBRIGATORIO)
UNIDADE DE ATENDIMENTO: _____
(CARRIMBO DA UNIDADE)

ESTEVE HOJE: ____ / ____ / ____ AS ____ H.
DEVERA: _____
RETORNAR _____
AFASTAR-SE POR _____ DIAS
CID: _____

PROFISSIONAL / CARRIMBO _____
* * O PRESENTE DOCUMENTO SO TERÁ VALIDADE QUANDO TODOS OS CAMPOS ESTIVEREM DEVIDAMENTE PREENCHIDOS


Prefeitura do Município de Cajamar
Estado de São Paulo
Secretaria de Saúde
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
CONTROLE Nº 51751

ATESTADO MÉDICO

NOME: _____
DOCUMENTO RG/CPF/SUS: _____
FAAO: Nº _____ (PREENCHIMENTO OBRIGATORIO)
UNIDADE DE ATENDIMENTO: _____
(CARRIMBO DA UNIDADE)

ESTEVE HOJE: ____ / ____ / ____ AS ____ H.
DEVERA: _____
RETORNAR _____
AFASTAR-SE POR _____ DIAS
CID: _____

PROFISSIONAL / CARRIMBO _____
* * O PRESENTE DOCUMENTO SO TERÁ VALIDADE QUANDO TODOS OS CAMPOS ESTIVEREM DEVIDAMENTE PREENCHIDOS

- Não esqueça seu
Cartão do SUS!

- Se não puder
comparecer a
consulta, ligue com
antecedência
desmarcando!

- Leve seus exames
anteriores a consulta!

- Caso faça uso de
alguma medicação,
leve sua receita!



Prefeitura de Cajamar
Secretaria de Saúde
SUS

**Cartão
de
Agendamento**

Unidade: _____

Telefone: _____

FRENTE

Especialidade	Data	Hora	Especialidade	Data	Hora

VERSO

- Escove os dentes após as refeições.
- Use fio dental.
- Evite o consumo de alimentos açucarados.
- Visite o seu dentista a cada seis (6) meses.



Diretoria de Saúde

Departamento de Odontologia

Unidade: _____

Telefone: _____

FRENTE

Tenha um Sorriso Feliz

Seu Sorriso é Nossa Orgulha!

Sr.(a)		
PRÓXIMAS CONSULTAS		
Dia da Semana	Data	Hora

Dia da Semana	Data	Hora

VERSO

É favor apresentar este cartão em todas as consultas. Não sendo possível comparecer a consulta marcada, queira avisar com _____ horas de antecedência.



Prefeitura do Município de Cajamar

Estado de São Paulo

Secretaria de Saúde

SES-DRI-IV

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUS

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO EM SAÚDE
Declaro para devidos fins de trabalho/escola que:

Nome: _____

Documento: _____

FAA/O: nº _____ Unidade: _____

Esteve hoje: ____ / ____ / ____, das ____ às ____ hs.

- Consulta
- Acompanhar Dependente
- Tratamento
- Exames
- Medicação

Profissional / Carimbo

ITEM 6



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CAJAMAR
DIRETORIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

PRONTUÁRIO FAMILIAR

ÁREA	MICRO ÁREA	FAMÍLIA

UBS (UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE)	ACS	DATA
-------------------------------	-----	------

RESPONSÁVEL PELA FAMÍLIA (1: NOME COMPLETO)	ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, BAIRRO, MUNICÍPIO)	TELEFONE
---------------------------------------------	--------------------------------------------	----------

NOME	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	EST. CIVIL	ESCOLARIDADE	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CAJAMAR
SECRETARIA DE SAÚDE



SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO

- ELETOENCEFALOGRAMA
 ELETROCARDIOGRAMA
 MAMOGRAFIA

DIRETORIA

NOME DO PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ DATA DO EXAME: ____ / ____ / ____

ITEM 8



Prefeitura do Município de Cajamar Secretaria de Saúde Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo

FAA: FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA:

Nº de Ordem:

Nome:

Código SUS/SP

Gestor:

Prefeitura do Município de Cajamar

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:

DATA NASCIMENTO: ___/___/___

Nº RIC

Idade: ___ () a () m () d Sexo: () Fem. () Masc. () In

Nome:

Endereço:

Bairro:

Município Residência:

Cód. Mun. Resd.

UF

IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO:

Data: ___/___/___

Tipo de Atendimento:

Cód. Tipo Atend.

Horário

Grupo de Atendimento:

Cód Grupo Atend.

DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO:

Hipótese Diagnóstica:

Cód. CID

PROCEDIMENTO (S):

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Assinatura do Paciente

Encaminhamento do Cliente:

Cód. Enc.

Especialidade do Profissional:

Cód. Esp

Responsável pelo atendimento:

Carimbo e Assinatura.

CR

ITEM 9

Prefeitura do Município de Cajamar
Secretaria de Estado de Saúde

Secretaria de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde – DRS-I

SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA
FICHA PARA ENCAMINHAMENTO

NOME DO USUÁRIO: _____ MATRÍCULA: _____

ENCAMINHAMENTO PARA	
INSTITUIÇÃO:	_____
ENDEREÇO:	_____
ATENDIMENTO:	_____ AGENDADO P/ O DIA: ____/____/____ HORÁRIO: _____
() P.A. (URGÊNCIA / EMERGÊNCIA)	
() CONSULTA - ESPECIALIDADE:	_____
PROGRAMA:	_____
INTERNAÇÃO:	
SADT	_____
OUTROS	_____ COMPARECER AO GUICHÊ NÚMERO _____

Ao Paciente: Você deverá levar e trazer em mãos esse documento.
Se não puder comparecer avise antecipadamente por telefone e devolva-o ao seu médico.

INSTITUIÇÃO QUE ESTÁ ENCAMINHANDO	
INSTITUIÇÃO:	_____
ENDEREÇO:	_____
BAIRRO:	_____ CEP: _____ TELEFONE: _____
RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:	_____
DATA:	_____ HORÁRIO: _____

RELATÓRIO DO CASO:

REFERÊNCIA	
NOME DO PACIENTE:	_____ MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: _____
HIPÓTESE / DIAGNÓSTICO:	_____
EXAMES E TRATAMENTOS REALIZADOS:	_____
DATA: ____/____/____	MÉDICO / DENTISTA (Carimbo e Assinatura): _____

CONTRA-REFERÊNCIA	RELATÓRIO DO ATENDIMENTO
CONCLUSÃO CLÍNICA:	_____
EXAMES E TRATAMENTO REALIZADOS:	_____
CONDUITA PROPOSTA:	_____
DATA: ____/____/____	MÉDICO / DENTISTA (Carimbo e Assinatura): _____

EXIMO OS HOSPITAIS E/OU AS UNIDADES DE SAÚDE DE QUALQUER RESPONSABILIDADE QUANTO ÀS INFORMAÇÕES DESTA GUIA.
(Art. 46 Código Brasileiro de Deontologia Médica).

ITEM 12



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAMAR



Secretaria da Saúde

FICHA DE PACIENTE

NOME: _____ **IDADE:** _____
FILIAÇÃO - MÃE _____
 - PAI: _____
END. RES.: _____ **Nº** _____ **APTO:** _____
TEL: _____ **BAIRRO:** _____ **CIDADE:** _____ **UF:** _____
NASCIDO EM: _____ **UF:** _____ **PROFISSÃO:** _____
LOCAL DE TRABALHO: _____
END. COML. _____ **Nº** _____
BAIRRO: _____ **CIDADE:** _____ **UF:** _____
RG: _____ **CPF:** _____ **DATA NASC.** _____

OBS: _____

FRENTE

DIA	MEDICAMENTO	UNID.	DIA	MEDICAMENTO	UNID.	DIA	MEDICAMENTO	UNID.

VERSO

ITEM 13



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CAJAMAR
SECRETARIA DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS DE DIAGNOSE E TERAPIA - SADT
GESTOR: DIRETORIA DE SAÚDE DE CAJAMAR - SUS

UNIDADE PRESTADORA:
Nome: _____ Código SUS/SP _____

UNIDADE REQUISITANTE:
Nome: _____ Código SUS/SP _____

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE: CARTÃO SUS
RIC _____ IDADE _____ () A () M () D SEXO: () MASC () FEM () IND
NOME: _____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO RES: _____ Cód. Munic. Res. _____ UF _____

IDENTIFICAÇÃO DO SADT SOLICITADO
DATA: ____/____/____ Nº DA FAA: _____

Hipótese diagnóstica: _____

Descrição do Procedimento:	Código SIA/SUS	Data	Assinatura do Cliente
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Identificação do Solicitante: Assinatura _____ CR _____
Nome: _____

Ident. da Resp. Pelo SADT: Assinatura _____ CR _____
Nome: _____

ITEM 14

 <p>Prefeitura do Município de Cajamar-SP Secretaria de Saúde - Jone 4444-1750 Pça. José Rodrigues do Nascimento, 30 Centro - Cajamar - SP CNPJ 46.523.023/0001-41 SUS - Sistema Único de Saúde</p>	
Receituário	
1ª via Farmácia 2ª via Paciente	
Paciente: _____ Prescrever Medicamentos com nome Genérico conforme Resolução Ext. SS114.	
Cajamar ____/____/____ Assinatura e Carimbo do Prescritor	
Identificação do Paciente (Port. 344/98 e RDC 44/10) Nome: _____ Endereço: _____ R.G: _____	Fornecedor Data ____/____/____

 <p>Prefeitura do Município de Cajamar-SP Secretaria de Saúde - Jone 4444-1750 Pça. José Rodrigues do Nascimento, 30 Centro - Cajamar - SP CNPJ 46.523.023/0001-41 SUS - Sistema Único de Saúde</p>	
Receituário	
1ª via Farmácia 2ª via Paciente	
Paciente: _____ Prescrever Medicamentos com nome Genérico conforme Resolução Ext. SS114.	
Cajamar ____/____/____ Assinatura e Carimbo do Prescritor	
Identificação do Paciente (Port. 344/98 e RDC 44/10) Nome: _____ Endereço: _____ R.G: _____	Fornecedor Data ____/____/____

ITEM 15

FRENTE

USG: _____ DATA: ____/____/____

INTERCORRÊNCIAS:



Prefeitura do Município de Cajamar
Secretaria de Saúde

UNIDADE DE SAÚDE: _____

CARTEIRA DE GESTANTE

Nº SIS PRÉ-NATAL: _____

PRONTUÁRIO Nº: _____

NOME: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

GESTAÇÃO _____ PARIDADE _____ ABORTO _____ CESÁREAS _____

ÚLTIMO PARTO HÁ _____ Nº FILHOS VIVOS _____

ÚLTIMA MENSTRUÇÃO ____/____/____

DATA PROVÁVEL DO PARTO ____/____/____

TS: _____ RH: _____ POSITIVO NEGATIVO

OBSERVAÇÕES:

VERSO

CONS.	IG (SEM)	DATA RETORNO	PESO	P.A.	ALTURA UTERINA	APRES.
1ª						
2ª						
3ª						
4ª						
5ª						
6ª						
7ª						
8ª						
9ª						
10ª						
11ª						
12ª						

FOCO	M.F.	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO	RUBRICA

DATA	HB	HT	GLICEMIA	VDRL	HIV

	HEPC	HB5/G	URINA I	UROCULTURA	PPF
	T.T.G.				

COLPOCITOLOGIA - DATA ____/____/____
RESULTADO:

PESQUISA ESTREPTOCOCCO GRUPO B - DATA ____/____/____
RESULTADO:

ITEM 14 VERSO

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, VOCE SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso	TEM DOENÇA RESPIRATORIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(ES)** <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 ALCOÓL? <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	ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO 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? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(ES)** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe	ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(ES)** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe	ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE 1- QUAL? _____ 2- QUAL? _____ 3- QUAL? _____		USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(ES) _____
		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

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

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

ITEM 15

FRENTE

	CARTÃO DA FAMÍLIA
ACS:	
Micro/Família:	
Responsável:	
Endereço:	
Telefone:	

VERSO

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	

ITEM 16 FRENTE



CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR:	DATA:
CONFERIDO:	FOLHA:

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA*

ENDERECO/LOCAL DE PERMANÊNCIA
CEP*

MUNICÍPIO*

UF*

BAIRRO*

TIPO DE LOGRADOURO*

NOME DO LOGRADOURO*

NÚMERO*: SEM NÚMERO

COMPLEMENTO:

PTO. REFERÊNCIA:

MICROÁREA*
 FA

TIPO DE IMÓVEL*

TELEFONES PARA CONTATO

TEL. RESIDÊNCIA: ()

TEL. CONTATO: ()

CONDIÇÕES DE MORADIA

LOCALIZAÇÃO*

SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*

LOCALIZAÇÃO*

Próprio Financiada Alugada Arrendada Cedido Ocupação Situação de Rua Outra

Urbana Rural

TIPO DE DOMICÍLIO

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

Casa Apartamento Cômodo Outro

Proprietário Parceira(o)/Parceiro(a) Assentado(a) Possuidor Arrendatário(a)
 Cariodataria(o) Beneficiária(o) do Banco da Terra Não se aplica

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO

MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO

Pavimento Chão Batido Flutuante Outro

Alvenaria/Tijolo	Tálico	Outros
<input type="radio"/> Com Revestimento	<input type="radio"/> Com Revestimento	<input type="radio"/> Madeira Apurilhada <input type="radio"/> Folha
<input type="radio"/> Sem Revestimento	<input type="radio"/> Sem Revestimento	<input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material

ABASTECIMENTO DE ÁGUA

ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO

Rede Encanada até o Domicílio Poço/ nascente no Domicílio Cisterna
 Carro Pixa Outro

Filtrada Fervida Clorada Mineral
 Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO

DESTINO DO LIXO

Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial Fossa Sêptica Fossa rudimentar
 Direto para um Rio, Lago ou Mar Cêtu Aberto Outra Forma

Coletado Queimado/ Enterrado Cêtu Aberto Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?

Quantos: _____

Sim Não

QUAL(ES)?
 Gato Cachorro Passaro Outras

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

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____ portador(a) do RG nº _____, estando 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 esse recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura

21. ITEM 16 VERSO

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA: _____		
Existem outros profissionais de saúde vinculados à instituição (não inclui profissionais da rede pública de saúde)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> 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)

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

FA: Fora de Área

Tipo de Imóvel: 01 Domicílio, 02 Comércio, 03 Terreno baldio, 04 Plano estratégico (PE: cemitério, banheira, terra-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, quilom 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 mediação comunitária, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

* Campo obrigatório

** Campo com obrigatoriedade condicional

ITEM 17 FRENTE

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

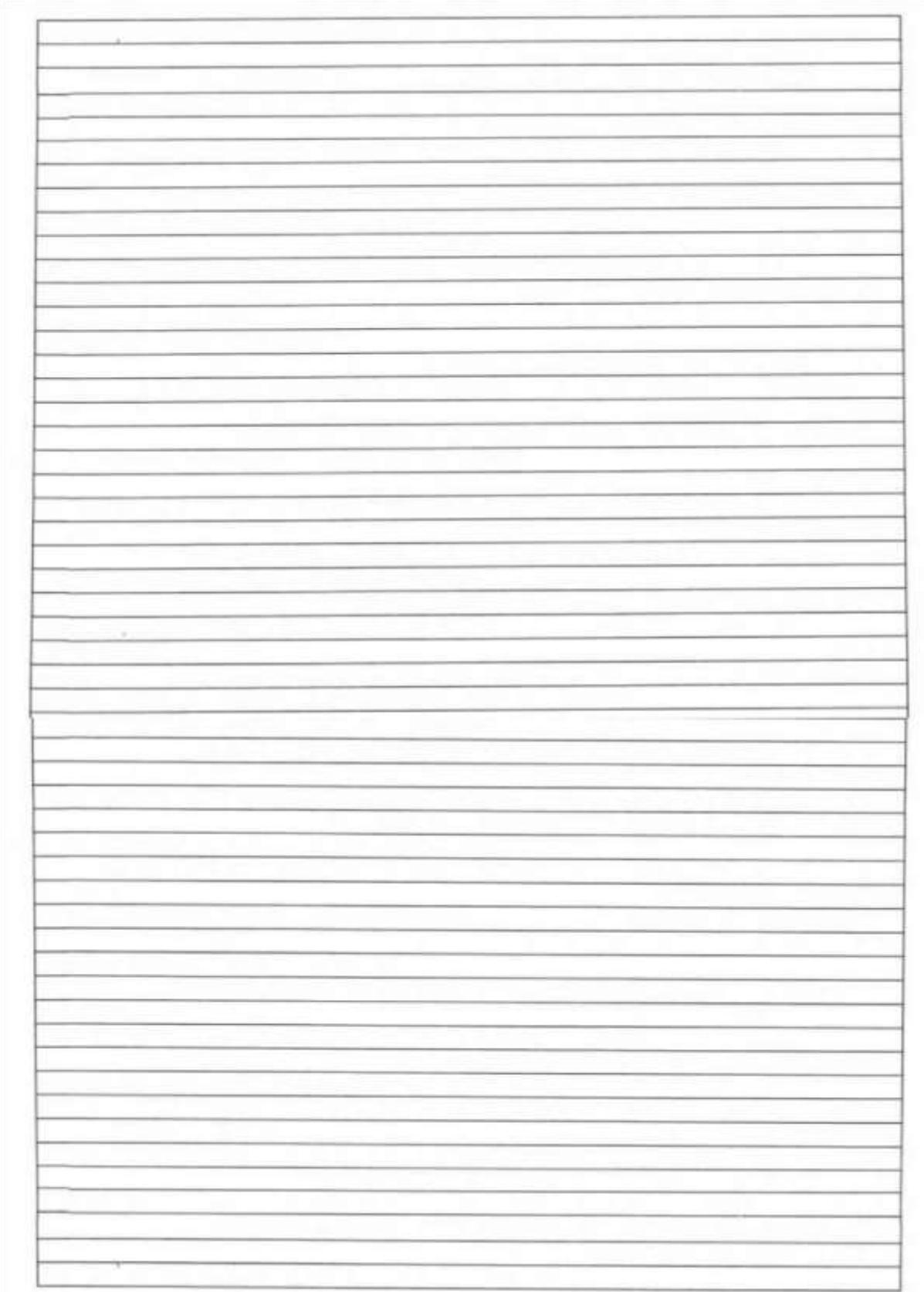
Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: Usar FA para Fora da Área, ou 00 a 99 para o número da microárea.
 Tipo de imóvel: 01 Domicílio, 02 comércio, 03 terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: comércio, barracagem, 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

** Campos de rigatórios para visitas ao cidadão ou a sua família

ITEM 18 FRENTE



ITEM 19 FRENTE

ITEM 20 FRENTE

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

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

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nº PRONTUÁRIO													
CNS DO CIDADÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano												
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Local de atendimento* (ver legend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo atendimento*	Consulta Agendada (Programada/Cuidado Continuado)	<input type="checkbox"/>											
	Consulta Agendada	<input type="checkbox"/>											
	Escuta Inicial/Orientação	<input type="checkbox"/>											
	Consultório Dia	<input type="checkbox"/>											
Atenção Domiciliar	Atendimento de Urgência	<input type="checkbox"/>											
	Modalidade AD 1, 2 ou 3 (ver legend)	AD__											
Racionalidade em saúde (ver legend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avaliação antropométrica	Perímetro cefálico (cm)	<input type="checkbox"/>											
	Peso (kg)												
	Altura (cm)												
Vacinação em dia?	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Criança	Alimentação materna (ver legend)	<input type="checkbox"/>											
	DUM	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano												
Gestante	Gravidez Planejada	Sim	Não										
	Isso Gestacional (semanas)	<input type="checkbox"/>											
	Gestas Prévia/Partos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Problema/Condição avaliada*	Asma	<input type="checkbox"/>											
	Desnutrição	<input type="checkbox"/>											
	Diabetes	<input type="checkbox"/>											
	DPOC	<input type="checkbox"/>											
	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>											
	Obesidade	<input type="checkbox"/>											
	Pré-natal	<input type="checkbox"/>											
	Puericultura	<input type="checkbox"/>											
	Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>											
	Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/>											
	Tabagismo	<input type="checkbox"/>											
	Uso de álcool/drogas	<input type="checkbox"/>											
	Uso de outras drogas	<input type="checkbox"/>											
	Saúde mental	<input type="checkbox"/>											
Reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ITEM 20 VERSO

Nº		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13																								
Problemas/Condição analisada*	Doenças transmissíveis	Tuberculose	<input type="checkbox"/>																							
		Hanseníase	<input type="checkbox"/>																							
		Dengue	<input type="checkbox"/>																							
		DST	<input type="checkbox"/>																							
	Resbramento	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>																							
		Câncer de mama	<input type="checkbox"/>																							
		Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>																							
	Outros	CAP-2	<input type="checkbox"/>																							
		CAP-3	<input type="checkbox"/>																							
		CD-10	<input type="checkbox"/>																							
		CD-10	<input type="checkbox"/>																							
	Exames solicitados (S) e avaliados (A)	Colesterol total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Creatina		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
ERX/EGU		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Electrocardiograma		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Electroforese de hemoglobina		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Espironometria		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Exame de escarro		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Glicemia		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
HDL		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Hemoglobina glicada		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Hemograma		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
LDL		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Serologia de sífilis (VDRL)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Serologia para dengue		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Serologia para HIV		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Teste indireto de antígeno humano (TIA)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Teste de gravidez		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Ultrassonografia obstétrica		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Triagem neonatal		Teste da orelhinha (EOA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Teste da orelhinha (TOV)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		Teste da perninha	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Outros exames (codificar SIOT/PAF)			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	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Ficou em Observação?		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Nexo/Polio		Avaliação/Diagnóstico	<input type="checkbox"/>																							
		Procedimentos Clínicos/Terapêutico	<input type="checkbox"/>																							
		Prescrição terapêutica	<input type="checkbox"/>																							
		Retorno para consulta agendada	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Condição/Declínio*	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>																							
	Encaminhamento	Encaminhamento interno no dia	<input type="checkbox"/>																							
		Encaminhamento p/ serviço especializado	<input type="checkbox"/>																							
		Encaminhamento p/ CAPS	<input type="checkbox"/>																							
		Encaminhamento p/ internação hospitalar	<input type="checkbox"/>																							
		Encaminhamento p/ urgência	<input type="checkbox"/>																							
		Encaminhamento p/ serviço de Atenção Domiciliar	<input type="checkbox"/>																							
	Encaminhamento intermunicipal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 de Saúde)

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

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

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

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

*Campo obrigatório

ITEM 21 PÁGINA 1



USF: _____ BAIRRO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

ÁREA: _____ MICRO: _____ FAMÍLIA: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: () feminino () masculino Raça/Cor: _____

Nome da Mãe: _____

Naturalidade: _____ Procedência: _____

Estado Civil: () solteiro (a) () casado (a) () separado (a) () outros

Escolaridade: _____ Ocupação: _____

Endereço: _____ N° _____

CEP: _____ Telefone: _____

Cartão SUS: _____

R.G.: _____

C.P.F.: _____

SISPRENATAL: _____

SISVAN: _____

Trabalho: _____ Função: _____

Aposentadoria: () sim () não

Pensionista: () sim () não

Tem plano de saúde: () sim () não

Diagnósticos confirmados: _____

Cirurgias: _____

ITEM 21 PÁGINA 2

PUERICULTURA: PARA CRIANÇAS ATÉ 2 ANOS

Antecedentes pessoais e familiares

1. Gestação: Pré-Natal () sim () não

Desde quando: _____ N° de comparecimento: _____

Doenças Infecciosas () Outras: _____

2. Condições do Parto: termo () sim () não

Hospitalar () Domiciliar ()

Normal () Cesárea () Fórceps ()

3. Condições do Recém-nascido:

Peso ao nascer: _____ Altura ao Nascer: _____

APGAR: _____

Nasceu em que hospital: _____

4. Alimentação: aleitamento natural exclusivo

() sim. Até que idade: _____

() não. Por que: _____

5. Doenças: _____

MULHERES

6. Antecedentes ginecológicos e obstétricos

Menarca aos _____ anos

N° de gestações anteriores: _____ N° de abortos: _____

N° de partos	{	Termo: _____	Prematuros: _____
		Natimortos: _____	Gêmeos: _____
		Domiciliares: _____	Hospitalares: _____
		Normais: _____	Fórceps: _____
		Cesáreas: _____	

Coitarca: _____ Última Gestação: _____

Menopausa: _____

ADULTO / IDOSO

7. Antecedentes pessoais

Poliomielite ()	Coqueluche ()	Rubéola ()
Tétano ()	Tuberculose ()	Convulsões ()
Sífilis ()	Desidratação ()	Esquistossomose ()
Hanseníase ()	Variola ()	Difteria ()
Acidentes ()	Operações ()	Manifestações Alérgicas ()
Quedas ()		

8. Histórico familiar (avós, pais, irmãos e filhos)

Diabetes ()	Hipertensão ()	Reações Alérgicas ()
Alcoolismo ()	Convulsões ()	Tuberculose ()
Hanseníase ()	Endocrinopatias ()	
Cardiopatias ()	Internação Psiquiátrica ()	

9. Hábitos / Comportamentos:

Religião: () sim () não Qual? _____ Frequenta culto religioso: () sim () não

Padrão de atividade física:

Faz atividade física: () sim () não Qual? _____ Quantas vezes/semana: ()

Fuma: () sim () não Quantidade/dia () cigarros Há quanto tempo? () anos

Consumo de álcool: () sim () não Quantidade/dia () Há quanto tempo? () anos

Outras drogas: () sim () não _____

Alimentação:

Nº de refeições/dia: () Consumo diário de carboidratos: () porções

Consumo diário: () porções de leite ou derivados

() porções de frutas ou legumes

Consumo semanal: () porções de carne vermelha

() porções de peixes

() porções de aves

Sono:

Dorme regularmente? () sim () não

Quantas horas? _____

Esse período lhe satisfaz? () sim () não

ITEM 22 FRENTE

	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*	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
Nº PRONTUÁRIO	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
CNS DO CIDADÃO	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Data de nascimento*	Dia/mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
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 de pé diabético	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Exérese/biópsia/punção de tumores superficiais de pele	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Infiltração em cavidade sinovial	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Remoção do corpo estranho subcutâneo	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Retirada do cerume	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Retirada de pontos de cirurgias	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Sutura simples	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Tamponamento de epístaxe	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Teste do olhinho (TRV)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Triagem oftalmológica	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Teste rápido	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
De gravidez	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Dosagem de proteinúria	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Para HIV	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Para hepatite C	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Para sífilis	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Administração de medicamentos	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Oral	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Intramuscular	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Endovenosa	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Inalação/Nebulização	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Tópica	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Penicilina para tratamento de sífilis	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Subcutânea (SC)	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

ITEM 22 VERSO

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Procedimentos/Pequenas cirurgias* Quatro procedimentos (se necessário, utilize esses campos para registrar procedimentos realizados (não constantes na listagem acima))	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)													
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)													
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)													
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)													
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)													
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)													

Procedimentos consolidados

Total no período	Aferição de PA		
	Aferição de temperatura		
	Cunhalho 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 de Saúde)
08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

* Campo obrigatório

22. ITEM 23



Prefeitura do Município de Cajamar
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Central de Regulação de Vagas

UNIDADE ORIGEM (CARIMBO): _____

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ PESO ____ ALTURA: ____

TEL (1): _____ TEL (2): _____ TEL (3): _____

ENDEREÇO: _____

Nº: _____ CEP: _____ BAIRRO: _____

NOME DA MÃE: _____

RG: _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: ____ / ____ / ____ CPF: _____

Nº CARTÃO SUS (15 DÍGITOS): _____

IDADE: _____ RAÇA/COR: _____ E-MAIL: _____

ÁREA: _____ MICROÁREA: _____ Nº DE FAMÍLIA: _____

OBS. (1): _____

OBS. (2): DEVERÁ CONSTAR NA GUIA: DATA; DIAGNÓSTICO (CID); CARIMBO DA UNIDADE E CARIMBO DO MÉDICO LEGÍVEL.



Prefeitura do Município de Cajamar
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Central de Regulação de Vagas

UNIDADE ORIGEM (CARIMBO): _____

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ PESO ____ ALTURA: ____

TEL (1): _____ TEL (2): _____ TEL (3): _____

ENDEREÇO: _____

Nº: _____ CEP: _____ BAIRRO: _____

NOME DA MÃE: _____

RG: _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: ____ / ____ / ____ CPF: _____

Nº CARTÃO SUS (15 DÍGITOS): _____

IDADE: _____ RAÇA/COR: _____ E-MAIL: _____

ÁREA: _____ MICROÁREA: _____ Nº DE FAMÍLIA: _____

OBS. (1): _____

OBS. (2): DEVERÁ CONSTAR NA GUIA: DATA; DIAGNÓSTICO (CID); CARIMBO DA UNIDADE E CARIMBO DO MÉDICO LEGÍVEL.



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE	4 - SEXO Mas. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	5 - Nº DO PRONTUÁRIO
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	7 - DATA DE NASCIMENTO	8 - RAÇA/COR
9 - NOME DA MÃE	10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	11 - ETNIA
11 - NOME DO RESPONSÁVEL	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)		
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	16 - UF
		17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	20 - QTOE
---------------------------------------	-------------------------------------	-----------

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

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

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	37 - CID-10 PRINCIPAL, 38 - CID-10 SECUNDÁRIO, 39 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS
40 - OBSERVAÇÕES	

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	42 - DATA DA SOLICITAÇÃO	43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
43 - DOCUMENTO () CNS () CPF	44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

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

ITEM 25

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF: **SP** Número: **09 206027** **B1**

DATA: _____ / _____ / _____

PACIENTE: _____

MEDICAÇÃO: _____

MÉDICO: _____

modulo

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CALAMAR - SP
Secretaria Municipal de Saúde
Av. Tenente Mendes, 111 - Jd. América - Calamar - SP
CNPJ: 46.523.023/0001-81

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF: **SP** Número: **09 206027** **B1**

de _____ de _____ Paciente: _____

ASSINATURA DO EMITENTE: _____ Endereço: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR/PACIENTE

CPF: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Município: _____ UF: _____

NOME DO VENDEDOR

DATA: _____

CABEÇALHO DO FORNecedor

Medicamento ou Substância	
Quantidade e Forma Farmacêutica	
Dose por Unidade Posológica	
Posologia	

Bela'S Grafica Enrd - ME - Rua Macedo Soares, 53 - Rêfiro - Volta Redonda - RJ (24) 3075-4983 - CNPJ: 17.915.728/0001-75 - Insc. Est.: 79.868.686
200 Bln. 5041 - Notificação de Receita - B - Numeradas da 08.202.801 a 08.212.800 - Aut. da Visa Nº 013/2020 - (03/12/20) - SMS - Calamar - SP

ITEM 26



Prefeitura do Municipio de Cajamar
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE EXAME/ CONSULTA

UNIDADE ORIGEM (CARIMBO): _____

NOME: _____

EXAME () CONSULTA () DE: _____

DATA DE ENTREGA NA UNIDADE: ____/____/____

FUNCIONÁRIO _____



Prefeitura do Municipio de Cajamar
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE EXAME/ CONSULTA

UNIDADE ORIGEM (CARIMBO): _____

NOME: _____

EXAME () CONSULTA () DE: _____

DATA DE ENTREGA NA UNIDADE: ____/____/____

FUNCIONÁRIO _____



Prefeitura do Municipio de Cajamar
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE EXAME/ CONSULTA

UNIDADE ORIGEM (CARIMBO): _____

NOME: _____

EXAME () CONSULTA () DE: _____

DATA DE ENTREGA NA UNIDADE: ____/____/____

FUNCIONÁRIO _____

ITEM 27

NÃO HÁ MODELO PARA ESTE
ITEM.

O MESMO DEVERÁ SER CRIADO
COM BASE NO DESCRITIVO DOS
ITENS PARA POSTERIOR ANÁLISE E
APROVAÇÃO PELO RESPONSÁVEL
PELA AQUISIÇÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE		REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA																																														
		<i>Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama</i>																																														
UF <input type="text"/>	CNES da Unidade de Saúde <input type="text"/>	Nº Protocolo <input type="text"/>																																														
Unidade de Saúde <input type="text"/>		(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)																																														
Código Município <input type="text"/>	Município <input type="text"/>	Prontuário <input type="text"/>																																														
INFORMAÇÕES PESSOAIS																																																
Cartão SUS* <input type="text"/>		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino																																														
Nome Completo do(a) paciente* <input type="text"/>																																																
Nome Completo da Mãe* <input type="text"/>		Apelido do(a) paciente <input type="text"/>																																														
CPF <input type="text"/>		Nacionalidade <input type="text"/>																																														
Data de Nascimento* <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		Idade* <input type="text"/>																																														
Cor/Raça <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena/ Etnia <input type="text"/>																																																
Dados Residenciais																																																
Logradouro <input type="text"/>																																																
Número <input type="text"/>		Complemento <input type="text"/>																																														
<input type="text"/>			UF <input type="text"/>																																													
Código Município <input type="text"/>		Município <input type="text"/>																																														
CEP <input type="text"/>		DDD <input type="text"/> Telefone <input type="text"/>																																														
Ponto de Referência <input type="text"/>																																																
Escolaridade																																																
<input type="checkbox"/> Analfabeto(a) <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo																																																
DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)																																																
1 - Tem nódulo ou caroço na mama?* <input type="checkbox"/> Sim, mama direita <input type="checkbox"/> Sim, mama esquerda <input type="checkbox"/> Não		5- Fez radioterapia na mama ou no glândula? Em que ano? <input type="checkbox"/> Sim, mama direita <input type="checkbox"/> Sim, mama esquerda <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe																																														
2. Apresenta risco elevado* para câncer de mama? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		6 - Fez cirurgia de mama? Em que ano? <table border="0" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">Mama direita</td> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Mama esquerda</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">Biópsia cirúrgica incisional</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">Biópsia cirúrgica excisional</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">Centrolectomia</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">Sagittotomia</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">Ductotomia</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">Mastectomia</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">Mastectomia poupadora pele</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">Mastectomia poupadora de pele e complexo aréola-papilar</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">Linfadenectomia axilar</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">Biópsia de linfonodo sentinela</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">Reconstrução mamária</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">Mastoplastia redutora</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">Inclusão de implantes</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Não fez cirurgia</td> </tr> </table>		Mama direita		Mama esquerda	<input type="text"/>	Biópsia cirúrgica incisional	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Biópsia cirúrgica excisional	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Centrolectomia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sagittotomia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ductotomia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Mastectomia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Mastectomia poupadora pele	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Mastectomia poupadora de pele e complexo aréola-papilar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Linfadenectomia axilar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Biópsia de linfonodo sentinela	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Reconstrução mamária	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Mastoplastia redutora	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Inclusão de implantes	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Não fez cirurgia		
Mama direita		Mama esquerda																																														
<input type="text"/>	Biópsia cirúrgica incisional	<input type="text"/>																																														
<input type="text"/>	Biópsia cirúrgica excisional	<input type="text"/>																																														
<input type="text"/>	Centrolectomia	<input type="text"/>																																														
<input type="text"/>	Sagittotomia	<input type="text"/>																																														
<input type="text"/>	Ductotomia	<input type="text"/>																																														
<input type="text"/>	Mastectomia	<input type="text"/>																																														
<input type="text"/>	Mastectomia poupadora pele	<input type="text"/>																																														
<input type="text"/>	Mastectomia poupadora de pele e complexo aréola-papilar	<input type="text"/>																																														
<input type="text"/>	Linfadenectomia axilar	<input type="text"/>																																														
<input type="text"/>	Biópsia de linfonodo sentinela	<input type="text"/>																																														
<input type="text"/>	Reconstrução mamária	<input type="text"/>																																														
<input type="text"/>	Mastoplastia redutora	<input type="text"/>																																														
<input type="text"/>	Inclusão de implantes	<input type="text"/>																																														
<input type="checkbox"/> Não fez cirurgia																																																
* Risco elevado são: Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de: - câncer de mama antes dos 50 anos de idade; - câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer fase atípica; Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino; Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ Mulheres com história pessoal de câncer de mama																																																
3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Mamas foram examinadas anteriormente <input type="checkbox"/> Não sabe																																																
4- Fez mamografia alguma vez? <input type="checkbox"/> Sim. Quando fez a última mamografia? Ano <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe																																																

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

VERSO

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

7a. Achados ao exame clínico

Mama direita <input type="checkbox"/> Lesão papilar Descarga papilar <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica		Mama esquerda <input type="checkbox"/> Lesão papilar Descarga papilar <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica	
Nódulo: Localização: <input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA		Nódulo: Localização: <input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA	
Espessamento: Localização: <input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA		Espessamento: Localização: <input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA	
Linfonodo palpável <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Supradavicular		Linfonodo palpável <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Supradavicular	

<input type="checkbox"/> 7b. Controle radiológico Categoria 3 Mama direita <input type="checkbox"/> nódulo <input type="checkbox"/> microcalcificação <input type="checkbox"/> assimetria focal <input type="checkbox"/> assimetria difusa <input type="checkbox"/> área densa <input type="checkbox"/> distorção focal <input type="checkbox"/> linfonodo axilar	<input type="checkbox"/> 7c. Lesão com diagnóstico de câncer Mama direita <input type="checkbox"/> nódulo <input type="checkbox"/> microcalcificação <input type="checkbox"/> assimetria focal <input type="checkbox"/> assimetria difusa <input type="checkbox"/> área densa <input type="checkbox"/> distorção focal <input type="checkbox"/> linfonodo axilar	<input type="checkbox"/> 7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante <input type="checkbox"/> Mama direita <input type="checkbox"/> Mama esquerda
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/> 7e. Revisão da mamografia com lesão, realizada em outra instituição Mama direita <input type="checkbox"/> Categoria 0 <input type="checkbox"/> Categoria 3 <input type="checkbox"/> Categoria 4 <input type="checkbox"/> Categoria 5	<input type="checkbox"/> 7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno Mama direita <input type="checkbox"/> nódulo <input type="checkbox"/> microcalcificação <input type="checkbox"/> assimetria focal <input type="checkbox"/> assimetria difusa <input type="checkbox"/> área densa <input type="checkbox"/> distorção focal <input type="checkbox"/> Linfonodo axilar
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8 - Mamografia de rastreamento

8a. População alvo 8b. População de risco elevada (história familiar) 8c. Paciente já tratado de câncer de mama

Data de solicitação* Responsável*

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

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

7 - Mamografia diagnóstica	Mamografia realizada nos melhores com sinal de alerta de câncer de mama (no sítio e sistema contíguos) no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supradavicular
7a - Achados ao exame clínico	Mamografia realizada em paciente com lesão anterior de lesão provavelmente benigna
7b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS®)	Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológica, mas antes do tratamento
7c - Lesão com diagnóstico de câncer	Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta
7d - Avaliação da resposta à quimioterapia neoadjuvante	Mamografia realizada em paciente com lesão anterior de outra instituição em categorias 0,3,4 e 5 para revisão de resultado
7e - Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição	Mamografia realizada em paciente com lesão anterior de biópsia de fragmento ou PAAF de lesões benignas

8 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nos melhores assistentados (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos (população alvo) ou maiores de 35 anos em História familiar (População de risco elevado - história familiar) ou história pessoal de câncer de mama (post-1989) (já tratados) Atenção: controle não é sinal de câncer de mama

Localização:	QSL - Quadrante superior lateral QIL - Quadrante inferior lateral QSM - Quadrante superior medial QIM - Quadrante inferior medial UQlat - União dos quadrantes laterais UQsup - União dos quadrantes superiores	UQinf - União dos quadrantes inferiores UQmed - União dos quadrantes mediais RRA - Região retroareolar RC - Região central (unido de todos os quadrantes) PA - Prolongamento axilar NR - Não realizado
--------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

VERSO

VERSO

VERSO

MINISTÉRIO DA SAÚDE

RESULTADO DA MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama

Nome Completo do(a) Paciente*

Sexo Masculino Feminino

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE RADIOLÓGICA

CHES do Serviço de Radiologia*

Nome do Serviço de Radiologia*

Realizado em*

____/____/____

Número do Exame*

(Não se número do formulário de requisição)

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE RADIOLÓGICA)

7 - História menstrual*

Última menstruação _____ Não lembra

Idade da menopausa _____ anos Não lembra

Nunca menstrua

8 - Usa hormônio / remédio para tratar menopausa ?

Sim Não Não sabe

9 - Você está grávida?

Sim Não Não sabe

DESCRIÇÃO DOS ACHADOS RADIOLÓGICOS

Número de filmes* _____

Mama direita não radiografada

Pele* Normal Espessada Retraída

Tipo de mama* Densa Adiposa Predominantemente densa Predominantemente adiposa
 Parênquima deslocado anteriormente pelo implante Mama reconstruída

Nódulo Localização _____ Tamanho (em mm) _____ Contorno _____ Limite _____

Fez ultrassonografia? Sim Não

Hipoecóico sólido Cisto Cisto com vegetação Misto (sólido com regiões císticas) Hipoecóico (sugerindo conteúdo espesso) Sem expressão

Nódulo Localização _____ Tamanho (em mm) _____ Contorno _____ Limite _____

Fez ultrassonografia? Sim Não

Hipoecóico sólido Cisto Cisto com vegetação Misto (sólido com regiões císticas) Hipoecóico (sugerindo conteúdo espesso) Sem expressão

Nódulo Localização _____ Tamanho (em mm) _____ Contorno _____ Limite _____

Fez ultrassonografia? Sim Não

Hipoecóico sólido Cisto Cisto com vegetação Misto (sólido com regiões císticas) Hipoecóico (sugerindo conteúdo espesso) Sem expressão

Microcalcificações Localização _____ Forma _____ Distribuição _____

Microcalcificações Localização _____ Forma _____ Distribuição _____

Microcalcificações Localização _____ Forma _____ Distribuição _____

Assimetria focal Localização _____

Assimetria focal Localização _____

Assimetria difusa Localização _____

Assimetria difusa Localização _____

Distorção focal Localização _____

Distorção focal Localização _____

Área densa Localização _____

Área densa Localização _____

Linfonodos axilares*

Normais Não Visualizados Aumentados Densos Confluentes

Dilatação ductal isolada na região retroareolar

Achados benignos

Nódulo com densidade de gordura (sugere lipoma)

Nódulo calcificado (sugere fibroadenoma)

Nódulo com densidade heterogênea (sugere fibroadenolipoma)

Cisto oleoso (mastonecrose)

Outras: _____

Calcificações vasculares

Calcificações tipicamente benignas

Ginecomastia

Linfonodos intramamários

Distorção arquitetural por cirurgia

Implante sem sinais de ruptura

Implante com sinais de ruptura

Ectasia ductal

VERSO

<input type="checkbox"/> Mama esquerda não radiografada			
Pele* <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Espessa <input type="checkbox"/> Retrada			
Tipo de mama* <input type="checkbox"/> Densa <input type="checkbox"/> Adiposa <input type="checkbox"/> Predominantemente densa <input type="checkbox"/> Predominantemente adiposa <input type="checkbox"/> Próteses deslocado anteriormente pelo implante <input type="checkbox"/> Mama reconstruída			
<input type="checkbox"/> Nódulo	Localização _____	Tamanho (em mm) _____	Contorno _____ Limite _____
Fez ultrasonografia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> Hipoecho sólido <input type="checkbox"/> Cisto <input type="checkbox"/> Cisto com vegetação <input type="checkbox"/> Misto (sólido com regiões císticas) <input type="checkbox"/> Hipoecho (sugerindo conteúdo espesso) <input type="checkbox"/> Sem expressão			
<input type="checkbox"/> Nódulo	Localização _____	Tamanho (em mm) _____	Contorno _____ Limite _____
Fez ultrasonografia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> Hipoecho sólido <input type="checkbox"/> Cisto <input type="checkbox"/> Cisto com vegetação <input type="checkbox"/> Misto (sólido com regiões císticas) <input type="checkbox"/> Hipoecho (sugerindo conteúdo espesso) <input type="checkbox"/> Sem expressão			
<input type="checkbox"/> Nódulo	Localização _____	Tamanho (em mm) _____	Contorno _____ Limite _____
Fez ultrasonografia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> Hipoecho sólido <input type="checkbox"/> Cisto <input type="checkbox"/> Cisto com vegetação <input type="checkbox"/> Misto (sólido com regiões císticas) <input type="checkbox"/> Hipoecho (sugerindo conteúdo espesso) <input type="checkbox"/> Sem expressão			
<input type="checkbox"/> Microcalcificações	Localização _____	Forma _____	Distribuição _____
<input type="checkbox"/> Microcalcificações	Localização _____	Forma _____	Distribuição _____
<input type="checkbox"/> Microcalcificações	Localização _____	Forma _____	Distribuição _____
<input type="checkbox"/> Assimetria focal	Localização _____	<input type="checkbox"/> Distorção focal	Localização _____
<input type="checkbox"/> Assimetria focal	Localização _____	<input type="checkbox"/> Distorção focal	Localização _____
<input type="checkbox"/> Assimetria difusa	Localização _____	<input type="checkbox"/> Área densa	Localização _____
<input type="checkbox"/> Assimetria difusa	Localização _____	<input type="checkbox"/> Área densa	Localização _____
Linfonodos axilares*		<input type="checkbox"/> Dilatação ductal isolada na região retroaxilar	
<input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Não Visualizados <input type="checkbox"/> Aumentadas <input type="checkbox"/> Densas <input type="checkbox"/> Confluentes			
Achados benignos			
<input type="checkbox"/> Nódulo com densidade de gordura (sugere lipoma)		<input type="checkbox"/> Calcificações vasculares	
<input type="checkbox"/> Nódulo calcificado (sugere fibroadenoma)		<input type="checkbox"/> Calcificações tipicamente benignas	
<input type="checkbox"/> Nódulo com densidade heterogênea (sugere fibroadenolipoma)		<input type="checkbox"/> Ginecomastia	
<input type="checkbox"/> Cisto oleoso (sequesterado)		<input type="checkbox"/> Linfonodos intramamários	
<input type="checkbox"/> Outros _____		<input type="checkbox"/> Distorção arquitetural por cirurgia	
		<input type="checkbox"/> Implante sem sinais de ruptura	
		<input type="checkbox"/> Implante com sinais de ruptura	
		<input type="checkbox"/> Estese ductal	

CLASSIFICAÇÃO RADIOLÓGICA*		RECOMENDAÇÕES*	
Mama direita		Mama direita	Mama esquerda
<input type="checkbox"/>	Categoria 0 - Avaliação adicional com ultrasonografia	<input type="checkbox"/>	Complementação com ultrasonografia
<input type="checkbox"/>	Categoria 1 - Sem achados mamográficos	<input type="checkbox"/>	Mamografia a cada 2 anos
<input type="checkbox"/>	Categoria 2 - Achados mamográficos benignos	<input type="checkbox"/>	Mamografia em 1 ano
<input type="checkbox"/>	Categoria 3 - Achados mamográficos provavelmente benignos	<input type="checkbox"/>	Controle radiológico em 6 meses
<input type="checkbox"/>	Categoria 4 - Achados mamográficos suspeitos	<input type="checkbox"/>	Controle radiológico em 1 ano
<input type="checkbox"/>	Categoria 5 - Achados mamográficos altamente suspeitos	<input type="checkbox"/>	Citopatológico / Histopatológico
<input type="checkbox"/>	Categoria 6 - Achados mamográficos já biopsiados com diagnóstico de câncer	<input type="checkbox"/>	Terapêutica específica

Observações gerais _____

Data do resultado* _____

Responsável pelo laudo* _____ CRM* _____

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO

Opções disponíveis para preenchimento dos campos do Achado Radiológico.

IMPORTANTE: Não utilizar outras opções ou abreviações que não estejam descritas a seguir.

Localização: para descrição dos achados de localização para os campos de Nódulo, Microcalcificações, Assimetria focal, Assimetria difusa, Distorção focal e Área densa

QSL - Quadrante superior lateral

QIM - Quadrante inferior medial

UQmed - União dos quadrantes mediais

RC - Região central

QIL - Quadrante inferior lateral

UQlat - União dos quadrantes laterais

UQinf - União dos quadrantes inferiores

(união de todos os quadrantes)

QSM - Quadrante superior medial

UQsup - União dos quadrantes superiores

RIA - Região retroaxilar

PA - Prolongamento axilar

Nódulos:

...sempre em milímetros

Contorno: Regular / Lobulado / Irregular / Espiculado

Limite: Definido / Parcialmente definido / Pouco definido

Microcalcificações

Forma: arredondadas / Puntiformes / Irregulares / Ramificadas

Distribuição: Agrupadas / Segmento mamário / Trajeto ductal

Atenção: Para nódulos de contorno regular ou lobulado, registrar a realização ou não de ultrasonografia e o resultado

Atenção: Descrever a localização, tamanho, contorno e limite para cada nódulo observado. A mesma regra deve ser observada para as microcalcificações (localização, forma e distribuição)

VERSO

VERSO

VERSO

MINISTÉRIO DA SAÚDE	REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO	Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero
UF <input type="text"/>	CNES da Unidade de Saúde <input type="text"/>	Nº Protocolo <input type="text"/> <small>(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)</small>
Unidade de Saúde <input type="text"/>		
Município <input type="text"/>		Promitório <input type="text"/>
INFORMAÇÕES PESSOAIS		
Cartão SUS* <input type="text"/>		
Nome Completo da Mulher* <input type="text"/>		
Nome Completo da Mãe* <input type="text"/>		
CPF <input type="text"/>	Apelido da Mulher <input type="text"/>	Nacionalidade <input type="text"/>
Data de Nascimento* <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Idade <input type="text"/>	Raça / Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena / Etnia <input type="text"/>	
Dados Residenciais		
Logradouro <input type="text"/>		
Numero <input type="text"/>	Complemento <input type="text"/>	Bairro <input type="text"/> UF <input type="text"/>
Código do Município <input type="text"/>	Município <input type="text"/>	
CEP <input type="text"/>	DDD <input type="text"/>	Telefone <input type="text"/>
Ponto de Referência <input type="text"/>		
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo		
DADOS DA ANAMNESE		
1. Motivo do exame* <input type="checkbox"/> Rastreamento <input type="checkbox"/> Repetição (exame alterado ASCUS / Baixo grau) <input type="checkbox"/> Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)	7. Já fez tratamento por radioterapia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez? <input type="checkbox"/> Sim. Quando fez o último exame? ano <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	8. Data da última menstruação / regra:* <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Não sabe / Não lembra	
3. Usa DIU? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais? (não considerar a primeira relação sexual na vida) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra	
4. Está grávida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa? (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa	
5. Usa pílula anticoncepcional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		
6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		
EXAME CLÍNICO		
11. Inspeção do colo* <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente) <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Colo não visualizado	12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<p>NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.</p>		
Data da coleta* <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Responsável* <input type="text"/>	

ATENÇÃO: Os campos com asteriscos (*) são obrigatórios

VERSO

VERSO

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO	
CNES do Laboratório* <input style="width: 100%;" type="text"/>	Número do Exame* <input style="width: 100%;" type="text"/>
Nome do Laboratório* <input style="width: 100%;" type="text"/>	Recebido em:* <input style="width: 100%;" type="text"/>
RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO	
AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA AMOSTRA REJEITADA POR: <input type="checkbox"/> Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário <input type="checkbox"/> Lâmina danificada ou ausente <input type="checkbox"/> Causas alheias ao laboratório; especificar: _____ <input type="checkbox"/> Outras causas; especificar: _____ EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:* <input type="checkbox"/> Escamoso <input type="checkbox"/> Glandular <input type="checkbox"/> Metaplástico	ADEQUABILIDADE DO MATERIAL* <input type="checkbox"/> Satisfatória Insatisfatória para avaliação oncótica devido a: <input type="checkbox"/> Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço <input type="checkbox"/> Sangue em mais de 75% do esfregaço <input type="checkbox"/> Plócitos em mais de 75% do esfregaço <input type="checkbox"/> Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço <input type="checkbox"/> Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço <input type="checkbox"/> Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço <input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____
DIAGNÓSTICO DESCRITIVO DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS: <input type="checkbox"/> Inflamação <input type="checkbox"/> Metaplasia escamosa imatura <input type="checkbox"/> Reparação <input type="checkbox"/> Atrofia com inflamação <input type="checkbox"/> Radiação <input type="checkbox"/> Outros; especificar: _____ MICROBIOLOGIA <input type="checkbox"/> Lactobacillus sp <input type="checkbox"/> Cocos <input type="checkbox"/> Sugestivo de Chlamydia sp <input type="checkbox"/> Actinomyces sp <input type="checkbox"/> Candida sp <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis <input type="checkbox"/> Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes <input type="checkbox"/> Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella / Mobiluncus) <input type="checkbox"/> Outros bacilos <input type="checkbox"/> Outros; especificar: _____	CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO Escamosas: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas (ASC-US) <input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H) Glandulares: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas <input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau De origem indefinida: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas <input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau ATÍPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS <input type="checkbox"/> Lesão intraepitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intraepitelial cervical grau I) <input type="checkbox"/> Lesão intraepitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intraepiteliais cervicais graus II e III) <input type="checkbox"/> Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão <input type="checkbox"/> Carcinoma epidermóide invasor ATÍPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma "in situ" Adenocarcinoma invasor: <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Endometrial <input type="checkbox"/> Sem outras especificações <input type="checkbox"/> OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: <input type="checkbox"/> PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)
Observações Gerais: _____ _____	
Screening pelo citotônico: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Responsável* <input style="width: 100%;" type="text"/>
Data do Resultado* <input style="width: 100%;" type="text"/>	

VERSO

ITEM 31 VERSO



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAMAR CENTRAL DE AMBULÂNCIAS

RELATÓRIO DA AMBULÂNCIA:	Prefixo:	Placa:
DATA: / /	PERÍODO:	
MOTORISTA:	RE:	

1 Colar Cervical tamanho G	<input type="checkbox"/>	1 Ked	<input type="checkbox"/>
1 Colar Cervical tamanho M	<input type="checkbox"/>	Ataduras P.M.G.	<input type="checkbox"/>
1 Colar Cervical tamanho P	<input type="checkbox"/>	Manta de alumínio	<input type="checkbox"/>
1 Colar Cervical tamanho inf.	<input type="checkbox"/>	Gazes	<input type="checkbox"/>
4 Tala moldáveis verde	<input type="checkbox"/>	Fitas	<input type="checkbox"/>
4 Tala moldáveis azul	<input type="checkbox"/>	Luvas de proced.	<input type="checkbox"/>
4 Tala moldáveis laranja	<input type="checkbox"/>	Soro fisiológico	<input type="checkbox"/>
4 Tala moldáveis rosa	<input type="checkbox"/>	Tesoura	<input type="checkbox"/>
1 Ambú infantil	<input type="checkbox"/>	Bandagem triangular	<input type="checkbox"/>
1 Ambú adulto	<input type="checkbox"/>	Cilindro de oxigênio c/ umif.	<input type="checkbox"/>
1 Máscara p/ oxigênio	<input type="checkbox"/>	Rádio de Comunicação	<input type="checkbox"/>
1 Prancha alum. c/ esc. cab.	<input type="checkbox"/>	2 Tala Rígida	<input type="checkbox"/>

OCORRÊNCIA COM A VIATURA

Veículo 1		Veículo 2		Veículo 3	
PONTOS DE IMPACTO - TOTAL		PONTOS DE IMPACTO - TOTAL		PONTOS DE IMPACTO - TOTAL	
02	03	04	05	06	
01	F	TOPO	T	07	
		13			
12	11	10	09	08	
					DANOS
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

OBS.:

Assinatura do Motorista:

Assinatura do Rádio Operador:

Assinatura do motorista que vai assumir o próximo plantão:

RE:



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CAJAMAR
SERVIÇO DE AMBULÂNCIA S.A.U.C

CAJAMAR
PREFEITURA

DATA: ___/___/___ VTR: _____ PLACA: _____ BASE _____ PLANTÃO () DIURNO () NOTURNO

NOME:								IDADE:	MESES:
END.:								Nº	
P.REFERÊNCIA:			TELEFONE:			SOLICITANTE:			
MOTIVO DO CHAMADO: () PEDIÁTRICO () CLÍNICO () TRAUMA () GESTANTE () REM.UPA () REM.HM () ALTA () APOIO BOMBEIRO () APOIO GM									
VTR: () BÁSICA () UTI AD. () UTI NEO () ADM () ACAMADO () TEM ESCADA () DIFÍCIL ACESSO () TEM ACOMPANHANTE									
LOCAL DA OCORRÊNCIA: () RESIDÊNCIA () TRABALHO () VIA PÚBLICA () UNID.SAÚDE () CLÍNICA INTERNAÇÃO () DELEGACIA									
CAUSA:									
DESTINO: () UPA () HM () ALTA CASA () UNIDADE DE SAÚDE:									
() HOSPITAL DESTINO:									
SOLICITAÇÃO	TRANSMISSÃO	SAÍDA BASE	CH.LOCAL	SAÍDA LOCAL	CH.HOSP.	SAÍDA.HOSP.	CH.BASE	KM INICIAL: _____	
								KM FINAL: _____	

RO: _____ CONDUTOR _____ ACOMPANHANTE: _____



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CAJAMAR
SERVIÇO DE AMBULÂNCIA S.A.U.C

CAJAMAR
PREFEITURA

DATA: ___/___/___ VTR: _____ PLACA: _____ BASE _____ PLANTÃO () DIURNO () NOTURNO

NOME:								IDADE:	MESES:
END.:								Nº	
P.REFERÊNCIA:			TELEFONE:			SOLICITANTE:			
MOTIVO DO CHAMADO: () PEDIÁTRICO () CLÍNICO () TRAUMA () GESTANTE () REM.UPA () REM.HM () ALTA () APOIO BOMBEIRO () APOIO GM									
VTR: () BÁSICA () UTI AD. () UTI NEO () ADM () ACAMADO () TEM ESCADA () DIFÍCIL ACESSO () TEM ACOMPANHANTE									
LOCAL DA OCORRÊNCIA: () RESIDÊNCIA () TRABALHO () VIA PÚBLICA () UNID.SAÚDE () CLÍNICA INTERNAÇÃO () DELEGACIA									
CAUSA:									
DESTINO: () UPA () HM () ALTA CASA () UNIDADE DE SAÚDE:									
() HOSPITAL DESTINO:									
SOLICITAÇÃO	TRANSMISSÃO	SAÍDA BASE	CH.LOCAL	SAÍDA LOCAL	CH.HOSP.	SAÍDA.HOSP.	CH.BASE	KM INICIAL: _____	
								KM FINAL: _____	

RO: _____ CONDUTOR _____ ACOMPANHANTE: _____



PREFEITURA DE CAJAMAR
SECRETARIA DA SAÚDE
CENTRAL DE AMBULÂNCIAS DE CAJAMAR
FICHA DE ATENDIMENTO SISTEMATIZADO DE ENFERMAGEM
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



DATA: 02/07/17
Nº DE ORDEM:
VIATURA:
BASE:
EM TRÂNSITO:
TEMPO RESPOSTA:

MOTIVO DO CHAMADO: CLÍNICO TRAUMA OBSTÉTRICO PSIQUIÁTRICO PEDIÁTRICO

DESCRIÇÃO DO MOTIVO:

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Residência Trabalho Via Pública Unidade de Saúde:

Rua/Avenida: _____ Bairro: _____
Ponto de Referência: _____ Solicitante: _____
Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Cor: _____
Endereço: _____ Bairro: _____ Telefone: _____

HORÁRIOS	Solicitação	Transmissão	Saída da Base	Chegada local	Saída do local	Chegada ao Hospital	Saída do Hospital	Chegada na Base

S (SINTOMAS):
A (ALERGIAS):
M (MEDICAMENTOS):
P (PASSADO MÉDICO):
L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS):
E (EVENTOS):
DESCRIÇÃO DA CENA / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM:

SSVV INICIAIS: PA X FR rpm FC bpm Rítmico Arritmico Temp °C Saturação % Glicemia Capilar mg/dl
SSVV FINAIS: PA X FR rpm FC bpm Rítmico Arritmico Temp °C Saturação % Glicemia Capilar mg/dl

Pupila Direita: ● Pupila Esquerda: ● Escala de Glasgow: _____
Reativa: ● Reativa: ● Reação Pupilar: _____
 Sim Não Sim Não ECG - RP: _____

Procedimentos realizados: Guedel Oxigênio Ventilação Compressão torácica Colar cervical Prancha KED Talas Acesso venoso Medicação Curativos Outros:

Abertura ocular: 4 - Espontânea 3 - Ao som 2 - A pressão 1 - Ausente Não testável
Resposta verbal: 5 - Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - sons incompreensíveis 1 - Ausente Não testável
Resposta motora: 6 - Obedece a comando 5 - Localiza a dor 4 - Retira a dor 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Ausente NT

EXPOSIÇÃO
1 - FCC 6 - HEMATOMA
2 - FAF 7 - EQUIMOSE
3 - FAB 8 - DDR
4 - ESCORIAÇÕES 9 - LACERAÇÃO
5 - FRATURA 10 - OUTROS: _____

Acidente de Trânsito SIM NÃO Acidente de Trabalho SIM NÃO
Vítima: Pedestre Passageiro Condutor Ignorado
Meio de locomoção: _____ Sinais de Embriaguez: Sim Não
Outra parte envolvida: _____
Equipamentos de segurança: _____

Local onde a vítima foi encontrada: Ambiente fechado Ambiente aberto Calçada Via automobilística Dentro de veículo Outros: _____
Removido por: Polícia Bombeiro UR Outros: _____ Outro serviço no local: _____
Óbito: Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte Horário da constatação: _____ Médico: _____

RECUSA DE ATENDIMENTO REMOÇÃO:
Eu abaixo assinado, devidamente orientado e ciente dos riscos, recuso o ATENDIMENTO e/ou REMOÇÃO assumindo total responsabilidade de tal recusa, levantando o serviço da CENTRAL DE AMBULÂNCIAS DE CAJAMAR de qualquer responsabilidade advinda deste ato.
Nome legível: _____
Assinatura: _____ Documento: _____
Destino:
Hospital: _____
FAA: _____
Recebido por (Carimbo e assinatura do médico Ou do Enfermeiro): _____

Parecer Final de Atendimento: Atropelamento Colisão/Choque Queda Agressão FAB FAF Ginecológico Obstétrico Trabalho de Parto Clínico Adulto Pediátrico Suspeita de AVE Suspeita de IAM Psiquiátrico Outros: _____
Não Efetivo: Morte óbvia Evadiu-se do local Chamado falso Socorrido por terceiros Outros: _____

ENFERMAGEM (CARIMBO E ASSINATURA)	ENFERMAGEM (CARIMBO E ASSINATURA)	CONDUTOR (SOMENTE O NOME)	REGULAÇÃO (SOMENTE O NOME)
			Médico Regulador
			Rádio Operador

Caso seja necessário utilize o verso da ficha para informações complementares relativas a este atendimento. INFORMAÇÕES NO VERSO SIM NÃO

**Anexo II - ORCAMENTO - BELLAS GRAFICA EIRELI-
ME.pdf**



BELLA'S GRAFICA EIRELI - ME

R .MACEDO SOARES,Nº53 - RETIRO - VOLTA REDONDA - RJ

CNPJ: 17.915.708/0001-75 INS. EST. 79.898.686

Tel:(24) 3075-4983

bellasgrafica@yahoo.com.br

ESTIMATIVA PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAMAR

ITEM Nº	QUANT.	UNID.	DISCRIMINAÇÃO	MARCA	VALOR	
					UNITÁRIO	TOTAL
01	300	BLOCOS	Atestado médico em 02 vias, com 01 via branca e 2º via amarela carbonada bloco com 50 jogos, aproximadamente 19 cm comp. X 11 cm largura tipograficamente numerado, grampeado e picotado a via branca do paciente em OFF Set 75gr impresso em 4 cores e intercalada, modelo em anexo, impressão colorida. Atestado médico deverá vir com a numeração nº 80.001 à 130.000.	CHAMBRIL	R\$ 24,00	R\$ 7.200,00
02	20.000	UNID.	Cartão Agendamento (novo) em papel cartão na cor Branca Impresso em preto, medindo 14,05cm comp. X 9,03 largura. Conforme modelo em anexo.	CHAMBRIL	R\$ 1,50	R\$ 30.000,00
03	20.000	UNID.	Cartão Agendamento Odontológico em papel cartão na cor Branca Impresso em preto, medindo 14,05cm comp. X 9,03 largura. Conforme modelo em anexo.	CHAMBRIL	R\$ 1,55	R\$ 31.000,00
04	2.000	BLOCOS	Declaração Atendimento na cor branca Off set 75gr Impresso em preto, medindo 10,05Cm de lag x 14,05 cm de comp. conforme modelo em anexo. Bloco com 100 folhas.	CHAMBRIL	R\$ 9,00	R\$ 18.000,00
05	25.000	UNID.	Envelope prontuário papel Kraft na cor parda medindo 36 cm de largura x 26 cm de comprimento, Conforme modelo em anexo.	FORONI	R\$ 3,00	R\$ 75.000,00
06	20.000	UNID.	Envelope para mamografia, ecocardiograma e eletroencefalograma na cor branca medindo 25 cm de largura x 19 cm de comp. conforme modelo em anexo.	FORONI	R\$ 4,00	R\$ 80.000,00
07	6.000	BLOCOS	Ficha de Atendimento Ambulatorial em off set 75 gr, Impresso em preto conforme modelo em anexo. Bloco com 100 folhas tamanho A4	CHAMBRIL	R\$ 32,00	R\$ 192.000,00
08	2.000	BLOCOS	Ficha Encaminhamento na cor Branca Impresso em preto em off set 75gr tamanho A4 conforme modelo em anexo. Bloco com 100 folhas	CHAMBRIL	R\$ 36,00	R\$ 72.000,00
09	6.000	UNID.	Ficha de Prateleira em papel cartão na cor verde Impresso em preto frente e verso papel cartão medindo 14 cm comp. X 10,05 largura conforme modelo em anexo.	CHAMBRIL	R\$ 1,80	R\$ 10.800,00



10	5.000	UNID.	Ficha de Paciente em papel cartão na cor Branca Impresso em preto, aproximadamente medindo 21 cm de largura x 15 cm de comprimento frente e verso conforme modelo em anexo.	CHAMBRIL	R\$ 1,95	R\$ 9.750,00
11	6.000	BLOCOS	Requisição de serviço de diagnose e terapia (SADT) Tamanho A4 em off set 75gr impresso em preto bloco com 100 folhas conforme modelo em anexo.	CHAMBRIL	R\$ 32,00	R\$ 192.000,00
12	10.000	BLOCOS	Receituário médico em 2 (duas) vias brancas com carbono contendo 50 jogos cada bloco Off set 75gr, medindo 21cm comp. X 14,09 cm Impresso em preto e intercalados conforme modelo em anexo.	CHAMBRIL	R\$ 24,00	R\$ 240.000,00
13	2.000	UNID.	Carteira de Gestante aproximadamente 30cm x 140cm. Frente e verso conforme modelo em anexo.	CHAMBRIL	R\$ 12,00	R\$ 24.000,00

14	60.000	UNID.	Cadastro Individual, Tam. 21x31, Papel Offset 75g, 1x0 Cor	CHAMBRIL	R\$ 1,90	R\$ 114.000,00
15	20.000	UNID.	Cartão da Família, Tam. 10,5x9,2 Papel Cartão 180g, 1x1 Cor	CHAMBRIL	R\$ 1,20	R\$ 24.000,00
16	20.000	UNID.	Cadastro Domiciliar, Tam. 21x31, Papel Offset 75g, 1x0 Cor	CHAMBRIL	R\$ 1,30	R\$ 26.000,00
17	20.000	UNID.	Ficha de Visita Domiciliar, Tamanho 21x31, Papel Offset 75g, 1x0 Cor	CHAMBRIL	R\$ 1,30	R\$ 26.000,00
18	20.000	UNID.	Relatório de Visita Domiciliar, Tamanho 21x31, Papel Offset 75g, 1x0 Cor	CHAMBRIL	R\$ 1,30	R\$ 26.000,00
19	20.000	UNID.	Ficha de Evolução, Tamanho 21x31, Papel Offset 75g, 1x1 Cor	CHAMBRIL	R\$ 1,30	R\$ 26.000,00
20	20.000	UNID.	Ficha de Atendimento Individual, Tamanho 21x31, Papel Offset 75g, 1x1 Cor	CHAMBRIL	R\$ 1,60	R\$ 32.000,00
21	20.000	UNID.	Identificação do Usuário, 21x31, Papel Offset 75g, 1x1 Cor	CHAMBRIL	R\$ 1,60	R\$ 32.000,00
22	20.000	UNID.	Ficha de Procedimentos, Tamanho 21x31, Papel Offset 75g, 1x1 Cor	CHAMBRIL	R\$ 1,60	R\$ 32.000,00
23	5.000	BLOCOS	Agendamento Central Regulação de Vagas medindo 21 cm de largura x 31 cm de comprimento em off set 75g impresso em preto bloco com 100 folhas.	CHAMBRIL	R\$ 32,00	R\$ 160.000,00
24	5.000	BLOCOS	Laudos para solicitação/autorização de procedimento ambulatorial em off set 75 g, Impresso em preto. Bloco com 100 folhas tamanho A4	CHAMBRIL	R\$ 32,00	R\$ 160.000,00

25	300	BLOCOS	Talonnário de notificação de receita B (azul) com canhoto destacável contendo 50 folhas, grampeado, dimensões total 28x09 cm, dimensão do canhoto 07x09 cm, gramatura off set 90 g azul, com capa frente e verso em papel Kraft, tipograficamente numerado conforme documento de autorização da Vigilância Sanitária a ser encaminhado posteriormente.	CHAMBRIL	R\$ 21,00	R\$ 6.300,00
26	5.000	BLOCOS	Protocolo de Entrega de Exames medindo 21 cm de largura x 31 cm de comprimento em off set 75g impresso em preto bloco com 100 folhas.	CHAMBRIL	R\$ 32,00	R\$ 160.000,00
27	50	UNID.	Protocolo Assistência Farmacêutica 50 páginas (colorida 4 cores) Tipo de Papel couchê revestidos dos dois lados; Fosco; gramatura de miolo : 90g/m. Capa Dura com Brochura (tipo Revista) gramatura da capa 170g/m;	CHAMBRIL	R\$ 65,00	R\$ 3.250,00
28	10.000	UNID.	Requisição de Mamografia, Tamanho 21x31 em Papel Offset 75 g, 1x1 Cor - Frente e Verso	CHAMBRIL	R\$ 1,90	R\$ 19.000,00
29	10.000	UNID.	Resultado de Mamografia, Tamanho 21x31 em Papel Offset 75 g, 1x1 Cor - Frente e Verso	CHAMBRIL	R\$ 1,90	R\$ 19.000,00
30	10.000	UNID.	Requisição de Exame Citopatológico, Tamanho 21x31 em Papel Offset 75 g, 1x1 Cor - Frente e Verso	CHAMBRIL	R\$ 1,90	R\$ 19.000,00
31	10.000	UNID.	Controle Diário de Ambulância, folha A4 em papel Offset 90g, 1x1 cor - Frente e verso	CHAMBRIL	R\$ 1,90	R\$ 19.000,00
32	10.000	UNID.	Formulário SAUC (Serviço de ambulância), folha A4 em papel Offset 75g, 1x1 cor - Frente	CHAMBRIL	R\$ 1,90	R\$ 19.000,00
33	10.000	UNID.	Ficha de Atendimento Sistematizado de Enfermagem, folha A4 em papel Offset 75g, 1x1 cor - Frente	CHAMBRIL	R\$ 1,90	R\$ 19.000,00

VALOR POR EXTENSO: um milhão novecentos e vinte e três mil e trezentos reais .

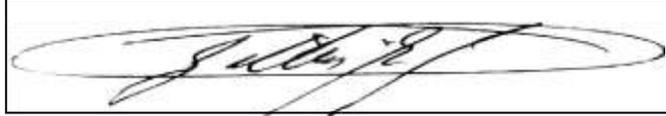
Prazo de Pagamento: O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias após o recebimento da Nota Fiscal, onde deverá constar o número do Pregão e da ARP, com os quantitativos e preços (unitários e totais) devidamente discriminados, acompanhada dos comprovantes de regularidade previdenciária e trabalhista.

Prazo de Entrega: Vigência de 12 meses, prazo de entrega de 15 dias corridos após emissão do pedido de compra. Na Av. Tenente Marques nº 3780, CEP: 07791-600 - Polvilho - Cajamar/SP, de segunda a sexta-feira, no período das 8h às 15h.

Validade da Proposta: 60 (sessenta) dias, contados da data de sua entrega.

Dados Bancários: Banco Sicoob: Numero do Banco : 756 Ag-3260 conta :2001026-5

VOLTA REDONDA, 22 fevereiro, 2024



GILBERTO SERTORIO DA SILVA
REPRESENTANTE LEGAL
CPF:737.665.697-91