

TERMO DE REFERÊNCIA.**1. DO OBJETO**

1.1. Contratação de empresa especializada para confecção e fornecimento de Material Gráfico, para atendimento conforme demanda, da Assessoria de Gabinete e das Secretarias do Município de Ribas do Rio Pardo – MS.

1.2 O objeto consistirá na confecção dos itens abaixo especificados, devendo ser atendidos no mínimo:

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.
1	AGENDA DE ATENDIMENTOS FISIOTERAPIA - CONFECCIONADA EM PAPEL A4 75 GR/M², TIPO CADERNO ESPIRAL, COM 200 PÁGINAS.	UN	2
2	AGENDAMENTO EXAMES LABORATÓRIO - LABORATÓRIO MUNICIPAL - CONFECCIONADO EM PAPEL A4 75 GR/M², TIPO CADERNO ESPIRAL, COM 200 PÁGINAS.	UN	1
3	ATESTADO MÉDICO - CONFECCIONADO EM PAPEL SULFITE 63G/M², COR BRANCO, DIMENSÕES MÍNIMAS DE 11 X 15,5CM, IMPRESSÃO MONOCROMÁTICA, SOMENTE FRENTE. APRESENTAÇÃO: BLOCO C/ 50 FOLHAS, UMA VIA. (CONFORME MODELO DISPOSTO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE).	BLOCO	3500
4	BOLETIM DE CAMPO E LABORATÓRIO DO LIRAA CONFECCIONADO EM PAPEL SULFITE 75G/M², DIMENSÕES DE 30 X 21 CM, IMPRESSÃO MONOCROMÁTICA SOMENTE FRENTE. APRESENTAÇÃO: VIA ÚNICA (CONFORME MODELO DISPOSTO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE). BLOCO C/ 50 (CINQUENTA) FOLHAS.	BLOCO	16
5	CADERNETA DE VACINAÇÃO MEDINDO APROXIMADAMENTE 17,4CM X 20,5CM	UN	18000
6	CAPA PARA PROCESSO, CONFECCIONADO EM PAPEL CARTOLINA, CELULOSE BRANQUEADA E MISTURADA COM OUTROS MATERIAIS, ALISADO E GERALMENTE DE 170 A 250 G/M², COR AMARELO, COM TIMBRE DA PREFEITURA EM LETRAS PRETA.	UN	1050
7	CAPA PARA PROCESSO, CONFECCIONADO EM PAPEL CARTOLINA, CELULOSE BRANQUEADA E MISTURADA COM OUTROS MATERIAIS, ALISADO E GERALMENTE DE 170 A 250 G/M², COR AZUL, COM TIMBRE DA PREFEITURA EM LETRAS PRETA.	UN	2500
8	CAPA PARA PROCESSO, CONFECCIONADO EM PAPEL CARTOLINA, CELULOSE BRANQUEADA E MISTURADA COM OUTROS MATERIAIS, ALISADO E GERALMENTE DE 170 A 250 G/M², COR BRANCA, COM TIMBRE DA PREFEITURA EM LETRAS PRETA.	UN	5100
9	CAPA PARA PROCESSO, CONFECCIONADO EM PAPEL CARTOLINA, CELULOSE BRANQUEADA E MISTURADA COM OUTROS MATERIAIS, ALISADO E GERALMENTE DE 170 A 250 G/M², COR CHAMPAGNE, COM TIMBRE DA PREFEITURA EM LETRAS PRETA.	UN	2500
10	CAPA PARA PROCESSO, CONFECCIONADO EM PAPEL CARTOLINA, CELULOSE BRANQUEADA E MISTURADA COM OUTROS MATERIAIS, ALISADO E GERALMENTE DE 170 A 250 G/M², COR LARANJA, COM TIMBRE	UN	1800

	DA PREFEITURA EM LETRAS PRETA.		
11	CAPA PARA PROCESSO, CONFECCIONADO EM PAPEL CARTOLINA, CELULOSE BRANQUEADA E MISTURADA COM OUTROS MATERIAIS, ALISADO E GERALMENTE DE 170 A 250 G/M², COR ROSA, COM TIMBRE DA PREFEITURA EM LETRAS PRETA.	UN	1050
12	CAPA PARA PROCESSO, CONFECCIONADO EM PAPEL CARTOLINA, CELULOSE BRANQUEADA E MISTURADA COM OUTROS MATERIAIS, ALISADO E GERALMENTE DE 170 A 250 G/M², COR VERDE.	UN	2500
13	CARIMBO AUTOMÁTICO TAMANHO 14X38 MM	UN	200
14	CARIMBO AUTOMÁTICO TAMANHO 18X47 MM	UN	310
15	CARIMBO AUTOMÁTICO TAMANHO 40X60 MM	UN	135
16	CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE DE FISIOTERAPIA - CONFECCIONADO EM PAPEL OFFSET FOSCO 180G/M², DIMENSÕES DE 15 X 21 CM, IMPRESSÃO MONOCROMÁTICA FRENTE E VERSO. APRESENTAÇÃO: UMA VIA, UMA DOBRA (TIPO CADERNETA). (CONFORME MODELO DISPOSTO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE).	UN	2000
17	CARTEIRA SANITÁRIA - FRENTE E VERSO - PAPEL CARTÃO - DIMENSÃO APROXIMADAS 8 X 22CM.	UN	150
18	CONFECCÃO DE BANNER IMPRESSÃO DIGITAL DE ALTA RESOLUÇÃO (MÍNIMO 2880 DPI) LONA 440G. ACABAMENTO COM BASTONETE E PONTEIRA PLÁSTICA + CORDÃO 3.0 MM. INCLUINDO INSTALAÇÃO NO LOCAL (NO MUNICÍPIO DE RIBAS DO RIO PARDO).	M²	500
19	CONFECCÃO DE BLOCO - HEMOGRAMA 10X15CM - NOVO/50 FOLHAS CADA	BLOCO	200
20	CONFECCÃO DE BOLETOS DE IPTU, SENDO FOLHA A4, EM UM LADO DA FOLHA DEVERÁ CONTER A ARTE DO MUNICÍPIO QUE SERÁ ENVIADA PELA SECRETARIA DE FINANÇAS E NO OUTRO LADO DA FOLHA DEVERÁ CONTER OS BOLETOS COM CÓDIGO DE BARRAS.	UN	10000
21	CONFECCÃO E APLICAÇÃO DE ADESIVO LOGOBRASÃO PARA VEÍCULOS. ADESIVOS PERSONALIZADOS, EM VINIL, IMPRESSO E RECORTADO ELETRONICAMENTE, ARTE DE ALTA RESOLUÇÃO, PORTAS DIANTEIRAS MEDINDO 0,50CM X 0,40CM E A LOGO DA PREFEITURA MEDINDO 0,08 X 0,35 CM. DESIGN CARACTERÍSTICO PADRÃO NAS LATERAIS MEDINDO 0,40CM X 1,20CM. ADESIVO DE USO EXCLUSIVO NAS LATERAIS, MEDINDO 0,10CM X 0,30CM; ADESIVO OUVIDORIA COM TELEFONE NA TRASEIRA MEDINDO 15X30 CM, EM RECORTE POLIMÉRICO. CONFORME ARTE APRESENTADA PELO MUNICÍPIO.	UN	236
22	CONFECCÃO E APLICAÇÃO DE ADESIVO LOGOBRASÃO PARA VEÍCULOS. ADESIVOS PERSONALIZADOS, EM VINIL, IMPRESSO E RECORTADO ELETRONICAMENTE, ARTE DE ALTA RESOLUÇÃO, PORTAS DIANTEIRAS TAMANHO 0,60CM X 0,50CM E A LOGO DA PREFEITURA MEDINDO 0,08 X 0,35 CM. DESIGN CARACTERÍSTICO PADRÃO NAS LATERAIS TAMANHO 0,50CM X 1,50 CM ADESIVO USO EXCLUSIVO NAS LATERAIS, TAMANHO 0,12 CM X 0,40 CM ADESIVO OUVIDORIA COM TELEFONE NA TRASEIRA MEDINDO 15X30 CM. TODOS EM ADESIVOS RECORTE POLIMÉRICO. CONFORME ARTE APRESENTADA PELO MUNICÍPIO.	UN	175
23	CRACHÁ EM PVC, TAMANHO 5,4 CM LARGURA X 8,6 CM COMPRIMENTO. COM IMPRESSÃO COLORIDA DO BRASÃO DO MUNICÍPIO, FOTOGRAFIA E	UN	660

	NOME DO SERVIDOR. IMPRESSÃO APENAS NA FRENTE. COM PRESILHA "JACARÉ" E CORDÃO.		
24	DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO- CONFECCIONADO EM PAPEL SULFITE 63G/M ² , COR BRANCO, DIMENSÕES APROXIMADAS 19 X 14 CM, IMPRESSÃO MONOCROMÁTICA FRENTE. APRESENTAÇÃO: BLOCO 50 FOLHAS, UMA VIA. (CONFORME MODELO DISPOSTO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE).	BLOCO	3500
25	FICHA ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE- SINAN - CONFECCIONADA EM PAPEL A4 75GR ² , 2 VIAS, CARBONADA, IMPRESSÃO FRENTE, DIMENSÃO APROXIMADA 21 X 30CM, BLOCO COM 50 FOLHAS.	BLOCO	16
26	FICHA ACIDENTE POR ANIMAIS PEÇONHENTOS - SINAN - CONFECCIONADA EM PAPEL A4 75GR ² , 2 VIAS, CARBONADA, IMPRESSÃO FRENTE, DIMENSÃO APROXIMADA 21 X 30CM, BLOCO COM 50 FOLHAS.	BLOCO	4
27	FICHA ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO GRAVE- SINAN - CONFECCIONADA EM PAPEL A4 75GR ² , 2 VIAS, CARBONADA, IMPRESSÃO FRENTE, DIMENSÃO APROXIMADA 21 X 30CM, BLOCO COM 50 FOLHAS.	BLOCO	5
28	FICHA DE AVALIAÇÃO, PAPEL SIMPLES TIPO A4, DIMENSÕES APROXIMADAS 21X 31,50CM, SEM NUMERAÇÃO E FOLHA ÚNICA FRENTE E VERSO. BLOCO COM 50 FOLHAS	BLOCO	40
29	FICHA DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA - SINAN - CONFECCIONADA EM PAPEL A4 75GR ² , 2 VIAS, CARBONADAS, IMPRESSÃO FRENTE, DIMENSÃO APROXIMADA 21 X 30CM, BLOCO COM 50 FOLHAS.	BLOCO	4
30	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SURTO- SINAN - CONFECCIONADA EM PAPEL A4 75GR ² , 1 VIA, CARBONADA, IMPRESSÃO FRENTE, DIMENSÃO APROXIMADA 21 X 30CM, BLOCO COM 50 FOLHAS.	BLOCO	3
31	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SURTO / DTA - SINAN - CONFECCIONADA EM PAPEL A4 75GR ² , 2 VIAS, CARBONADAS, IMPRESSÃO FRENTE, DIMENSÃO APROXIMADA 21 X 30CM, BLOCO COM 50 FOLHAS.	BLOCO	3
32	FICHA DE NOTIFICAÇÃO - SINAN - CONFECCIONADA EM PAPEL A4 75GR ² , 2 VIAS, CARBONADAS, IMPRESSÃO FRENTE, DIMENSÃO APROXIMADA 21 X 30CM, BLOCO COM 50 FOLHAS.	BLOCO	10
33	FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL - CONFECCIONADA EM PAPEL A4 75GR ² , 2 VIAS, CARBONADAS, IMPRESSÃO FRENTE, DIMENSÃO APROXIMADA 21 X 30CM, BLOCO COM 50 FOLHAS.	BLOCO	4
34	FICHA DE VISITAS CONFECCIONADO EM PAPEL SULFITE 63G/M ² , DIMENSÕES DE 15 X 10,5 CM, IMPRESSÃO MONOCROMÁTICA SOMENTE FRENTE. APRESENTAÇÃO: VIA ÚNICA (CONFORME MODELO DISPOSTO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE). BLOCO C/ 50 (CINQUENTA) FOLHAS.	BLOCO	200
35	FICHA DENGUE / CHIKUNGUNYA- SINAN - CONFECCIONADA EM PAPEL A4 75GR ² , 2 VIAS, CARBONADA, IMPRESSÃO FRENTE, DIMENSÃO APROXIMADA 21 X 30CM, BLOCO COM 50 FOLHAS.	BLOCO	6
36	FICHA HANSENÍASE- SINAN - CONFECCIONADA EM PAPEL A4 75GR ² , 2 VIAS, CARBONADAS, IMPRESSÃO FRENTE, DIMENSÃO APROXIMADA 21 X 30CM, BLOCO COM 50 FOLHAS.	BLOCO	3
37	FICHA HEPATITE VIRAIS - SINAN - CONFECCIONADA EM PAPEL A4 75GR ² , 2 VIAS, CARBONADAS, IMPRESSÃO FRENTE, DIMENSÃO APROXIMADA 21 X 30CM, BLOCO COM 50 FOLHAS.	BLOCO	4
38	FICHA IMPRESSO II - MONITORAÇÃO DAS DOENÇAS DIARRÉICAS AGUDAS - CONFECCIONADA EM PAPEL A4 75GR ² , 2 VIAS, CARBONADAS,	BLOCO	7

	IMPRESSÃO FRENTE, DIMENSÃO APROXIMADA 21 X 30CM, BLOCO COM 60 FOLHAS.		
39	FICHA NOTIFICAÇÃO NEGATIVA SEMANAL- DOENÇAS EXANTEMÁTICAS (SARAMPO E RUBÉULA) - CONFECCIONADA EM PAPEL A4 75GR ² , 2 VIAS, CARBONADAS, IMPRESSÃO FRENTE, DIMENSÃO APROXIMADA 21 X 30CM, BLOCO COM 60 FOLHAS.	BLOCO	7
40	FICHA NOTIFICAÇÃO NEGATIVA SEMANAL- PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMELITE - CONFECCIONADA EM PAPEL A4 75GR ² , 2 VIAS, CARBONADAS, IMPRESSÃO FRENTE, DIMENSÃO APROXIMADA 21 X 30CM, BLOCO COM 60 FOLHAS.	BLOCO	7
41	FICHA NOTIFICAÇÃO NEGATIVA SEMANAL- TÉTANO NEONATAL E TÉTANO ACIDENTAL - CONFECCIONADA EM PAPEL A4 75GR ² , 2 VIAS, CARBONADAS, IMPRESSÃO FRENTE, DIMENSÃO APROXIMADA 21 X 30CM, BLOCO COM 60 FOLHAS.	BLOCO	7
42	FICHA TUBERCULOSE- SINAN - CONFECCIONADA EM PAPEL A4 75GR ² , 1 VIA, CARBONADA, IMPRESSÃO FRENTE, DIMENSÃO APROXIMADA 21 X 30CM, BLOCO COM 50 FOLHAS.	BLOCO	3
43	FICHA VEDTA - CONFECCIONADA EM PAPEL A4 75GR ² , 2 VIAS, CARBONADAS, IMPRESSÃO FRENTE, DIMENSÃO APROXIMADA 21 X 30CM, BLOCO COM 60 FOLHAS.	BLOCO	7
44	FOLDERS COLORIDOS PARA ISTS, CAMPANHA DO TABAGISMO	UN	5050
45	IMPRESSÃO DE CARNE DE TAXA DE LIXO, CONTENDO 14 FOLHAS, SENDO UMA CAPA, 12 FOLHAS COM CODIGO DE BARRAS E DESCRIÇÃO DETALHADA E 1 CONTRA CAPA. COM MEDIDAS APROXIMADAS DE 8X21CM.	UN	10000
46	IMPRESSO DE PEDIDO DE EXAMES CONFECCIONADO EM PAPEL SULFITE 63G/M ² , COR BRANCO, DIMENSÕES DE 15 X 11 CM, IMPRESSÃO MONOCROMÁTICA SOMENTE FRENTE. APRESENTAÇÃO: BLOCO C/ 100 (CEM) FOLHAS, UMA VIA. (CONFORME MODELO DISPOSTO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE).	BLOCO	7000
47	IMPRESSO PASTA DE PROCESSO - SERVIÇOS GRAFICOS (CAPA DE PROCESSOS) PASTA MEDINDO ABERTO 33X48, MEDINDO FECHADO 24X33 NO PAPEL CARTOLINA 240 GR FRENTE (IMPRESSÃO MONOCROMÁTICA) COM 1 DOBRA - NÚCLEO DE CONTRATOS E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COR BEGE.	UN	1070
48	IMPRESSO RECEITUÁRIO SIMPLES - CONFECCIONADO EM PAPEL SULFITE 63G/M ² , COR BRANCO, DIMENSÕES DE 15 X 21 CM, IMPRESSÃO MONOCROMÁTICA SOMENTE FRENTE. APRESENTAÇÃO: BLOCO C/ 50 (CINQUENTA) FOLHAS, UMA VIA. (CONFORME MODELO DISPOSTO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE).	BLOCO	7000
49	LAUDO P/ SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO PROC. AMBULATORIAL, 2 VIAS, PAPEL SIMPLES TIPO A4. BLOCO COM 50 FOLHAS	BLOCO	2000
50	RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL C1 - CONFECCIONADO EM PAPEL A4 75GR ² , 2 VIAS, NUMERADO, PAPEL CARBONADO, BLOCO COM 50 FOLHAS.	BLOCO	300
51	RECEITUÁRIO PERMANENTE/PSF - CONFECCIONADO EM PAPEL SULFITE 63G/M ² , COR BRANCO, DIMENSÕES DE 15 X 21 CM, IMPRESSÃO MONOCROMÁTICA FRENTE E VERSO. APRESENTAÇÃO: BLOCO C/ 50 FOLHAS, UMA VIA. (CONFORME MODELO DISPOSTO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE).	BLOCO	3500

52	REGISTRO DE RECLAMAÇÃO, CONFECCIONADO EM PAPEL 63GR ² , CARBONADO, 2 VIAS (PRIMEIRA VIA BRANCA E A SEGUNDA AZUL), DIMENSÕES APROXIMADAS 15 X 21CM. BLOCO DE 50 FOLHAS.	BLOCO	10
53	REGISTRO DIÁRIO DE SERVIÇO ANTIVETORIAL CONFECCIONADO EM PAPEL SULFITE 63G/M ² , DIMENSÕES DE 30 X 21 CM, IMPRESSÃO MONOCROMÁTICA FRENTE E VERSO. APRESENTAÇÃO: VIA ÚNICA (CONFORME MODELO DISPOSTO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE). BLOCO C/ 50 (CINQUENTA) FOLHAS.	BLOCO	200
54	REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA - CONFECCIONADO EM PAPEL SULFITE 63G/M ² , COR BRANCO, DIMENSÕES DE 21 X 30 CM, IMPRESSÃO MONOCROMÁTICA FRENTE E VERSO. APRESENTAÇÃO: BLOCO C/ 50 (CINQUENTA) FOLHAS, UMA VIA. (CONFORME MODELO DISPOSTO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE).	BLOCO	72
55	RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTIVETORIAL CONFECCIONADO EM PAPEL SULFITE 75G/M ² , DIMENSÕES DE 30 X 21 CM, IMPRESSÃO MONOCROMÁTICA SOMENTE FRENTE. APRESENTAÇÃO: VIA ÚNICA (CONFORME MODELO DISPOSTO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE). BLOCO C/ 50 (CINQUENTA) FOLHAS.	BLOCO	20
56	SERVIÇO DE CONFECÇÃO DE BANNER 1,20CMX1,50CM - IMPRESSÃO DIGITAL EM LONA 440G - ACABAMENTO C/ BASTONETE E PONTEIRAS + C/ CORDÃO 3,5MM - INSTALAÇÃO NO LOCAL E ARTE INCLUSA.	UN	330
57	SERVIÇO DE CONFECÇÃO DE BANNER 0,70CMX1M IMPRESSÃO DIGITAL EM LONA 440G - ACABAMENTO C/ BASTONETE E PONTEIRAS + C/ CORDÃO 3,5MM - INSTALAÇÃO NO LOCAL E ARTE INCLUSA.	UN	280
58	SERVIÇO DE CONFECÇÃO DE BANNER 0,90CMX1,20CM - IMPRESSÃO DIGITAL EM LONA 440G - ACABAMENTO C/ BASTONETE E PONTEIRAS + C/ CORDÃO 3,5MM - INSTALAÇÃO NO LOCAL E ARTE INCLUSA.	UN	430
59	SERVIÇO DE IMPRESSÃO DE CARTAZES A3 IMPRESSAO OFF SET, POLICROMIA, FORMATO 29,7X42 (FORMATO A3), PAPEL COUCHE, 150G, - QUANTIDADE MINIMA POR PEDIDO DE 100 UNIDADES.	UN	4100
60	SERVIÇO DE IMPRESSÃO DE FOLDER FRENTE E VERSO, TAMANHO A4, PAPEL COUCHÉ FOSCO OU BRILHO DE 115 G/M ² , IMPRESSÃO EM POLICROMIA (4X4 CORES), ACABAMENTO COM ATÉ 1 (UMA) DOBRA. PEDIDO MÍNIMO: 100 (CEM) UNIDADES.	UN	10400
61	SERVIÇO DE IMPRESSÃO DE PANFLETOS, TAMANHO A5, PAPEL OFFSET DE 90 G/M ² IMPRESSÃO EM POLICROMIA (4X0 CORES). PEDIDO MÍNIMO: 100 (CEM) UNIDADES.	UN	11400
62	SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA - CONFECCIONADO EM PAPEL SULFITE 63G/M ² , COR BRANCO, DIMENSÕES DE 21 X 30 CM, IMPRESSÃO MONOCROMÁTICA SOMENTE FRENTE. APRESENTAÇÃO: BLOCO C/ 50 (CINQUENTA) FOLHAS, UMA VIA. (CONFORME MODELO DISPOSTO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE).	BLOCO	210
63	SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA - CONFECCIONADO EM PAPEL SULFITE 63G/M ² , COR BRANCO, DIMENSÕES DE 15 X 21 CM, IMPRESSÃO MONOCROMÁTICA SOMENTE FRENTE. APRESENTAÇÃO: BLOCO C/ 50 (CINQUENTA) FOLHAS, UMA VIA. (CONFORME MODELO DISPOSTO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE).	BLOCO	100
64	SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA - CONFECCIONADO EM PAPEL SULFITE 63G/M ² , COR BRANCO, DIMENSÕES APROXIMADAS 15 X 11 CM, IMPRESSÃO MONOCROMÁTICA FRENTE E VERSO. APRESENTAÇÃO:	BLOCO	400

	BLOCO 50 FOLHAS, UMA VIA. (CONFORME MODELO DISPOSTO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE).		
65	TERMO DE INSPEÇÃO - CONFECCIONADO EM PAPEL A4 75GR ² , EM 3 VIAS (BRANCA, AZUL E ROSA), NUMERADO, CARBONADO, DIMENSÃO APROXIMADA 21 X 31 CM. BLOCO C/ 50 (CINQUENTA) FOLHAS.	BLOCO	40
66	TERMO DE ORIENTAÇÃO E RESPONSABILIDADE - CONFECCIONADO EM PAPEL A4 75 GR ² , DIMENSÃO APROXIMADA 16 X 20CM, COM 2 VIAS (BRANCA/AMARELA) E CARBONO, BLOCO COM 50 FOLHAS.	BLOCO	4
67	CONFECÇÃO E APLICAÇÃO DE ADESIVO DE IMPRESSÃO DIGITAL, ALTA RESOLUÇÃO (MÍNIMO 2880 DPI) GRAMATURA MÍNIMA 0,10, APLICAÇÃO VARIADA EM PORTAS E JANELAS DE VIDRO, DIVISÓRIAS ETC.)	M ²	920
68	CONFECÇÃO E INSTALAÇÃO DE FAIXA DE DIVULGAÇÃO, IMPRESSÃO DIGITAL EM ALTA RESOLUÇÃO (MÍNIMO 2880 DPI), LONA 440G, TAMANHO DE 0,70 CM LARGURA X 1M COMPRIMENTO. ACABAMENTO COM BASTONETES E PONTEIRA PLÁSTICA. INCLUINDO INSTALAÇÃO NO LOCAL (NO MUNICÍPIO DE RIBAS DO RIO PARDO).	M	920
69	PAINEL EM ESTRUTURA METÁLICA EM METALON 20MM X30MM, COM APLICAÇÃO DE DUAS DEMÃOS DE FUNDO ANTIFERRUGEM E IMPRESSÃO DIGITAL EM LONA GRAMATURA 440G, COM ÁREA ATÉ 6,00M ² - INCLUSIVE INSTALAÇÃO NO LOCAL. (NO MUNICÍPIO DE RIBAS DO RIO PARDO - MS)	M ²	470
70	PAINEL EM ESTRUTURA METÁLICA EM METALON 50MM X30MM, COM APLICAÇÃO DE DUAS DEMÃOS DE FUNDO ANTIFERRUGEM E IMPRESSÃO DIGITAL EM LONA GRAMATURA 440G, COM ÁREA ACIMA 6,00M ² - INCLUSIVE INSTALAÇÃO NO LOCAL. (NO MUNICÍPIO DE RIBAS DO RIO PARDO - MS)	M ²	500
71	PLACA EM ACM (ALUMÍNIO COMPOSTO) COM APLICAÇÃO DE 100% DE ADESIVO POLIMÉRICO EM ALTA DURABILIDADE. INCLUINDO INSTALAÇÃO NO LOCAL (NO MUNICÍPIO DE RIBAS DO RIO PARDO).	M ²	920
72	PLACA EM ESTRUTURA METÁLICA EM METALON 20MM X30MM E CHAPA GALVANIZADA Nº 22, COM APLICAÇÃO DE DUAS DEMÃOS DE FUNDO ANTIFERRUGEM, COM APLICAÇÃO DE 100% DE ADESIVO IMPRESSÃO DIGITAL DE ALTA RESOLUÇÃO (MÍNIMO 2880 DPI), COM ÁREA DE 4,00M ² ATE 6M ² , INCLUSIVE INSTALAÇÃO NO LOCAL. (NO MUNICÍPIO DE RIBAS DO RIO PARDO-MS)	M ²	360
73	PLACA EM ESTRUTURA METÁLICA EM METALON 20MM X30MM E CHAPA GALVANIZADA Nº 22, COM APLICAÇÃO DE DUAS DEMÃOS DE FUNDO ANTIFERRUGEM, COM APLICAÇÃO DE 100% DE ADESIVO POLIMÉRICO DE ALTA DURABILIDADE, COM ÁREA DE ATÉ 2,00M ² , INCLUSIVE INSTALAÇÃO NO LOCAL. (NO MUNICÍPIO DE RIBAS DO RIO PARDO-MS)	M ²	620
74	PLACA EM ESTRUTURA METÁLICA EM METALON 50MM X30MM E CHAPA GALVANIZADA Nº 22, COM APLICAÇÃO DE DUAS DEMÃOS DE FUNDO ANTIFERRUGEM, COM APLICAÇÃO DE 100% DE ADESIVO POLIMÉRICO DE ALTA DURABILIDADE, COM ÁREA ACIMA DE 6,00M ² , INCLUSIVE INSTALAÇÃO NO LOCAL. (NO MUNICÍPIO DE RIBAS DO RIO PARDO-MS)	M ²	610
75	PLACA PVC COM APLICAÇÃO DE 100% DE ADESIVO POLIMÉRICO DE ALTA DURABILIDADE OU IMPRESSÃO DIGITAL PARA IDENTIFICAÇÃO DE ÓRGÃO PÚBLICOS. INCLUINDO INSTALAÇÃO NO LOCAL (NO MUNICÍPIO DE RIBAS DO RIO PARDO).	M ²	1020

1.3 Para auxílio nas especificações constam modelos no anexo I deste.

2. JUSTIFICATIVAS:

2.1. A contratação do objeto se justifica pela necessidade de atender as demandas dos órgãos solicitantes em relação a identificação de servidores, dos veículos da frota municipal, próprios e/ou alugados, de órgãos públicos e seus setores, bem como demandas relacionadas ao desenvolvimento de atividades administrativas dentro de cada órgão público municipal, e, ainda demandas relacionadas à comunicados importantes a serem repassados à população, como comunicados e informações relacionados a campanhas, por exemplo, para os quais se fazem uso de banners e faixas de divulgação.

2.2. A identificação dos veículos da frota municipal, bem como a identificação dos servidores municipais, se faz importante para segurança destes e da população atendida pelos mesmos.

2.3. A divulgação de informações de interesse da população compõe importante ferramenta de transparência e visa manter a população sempre bem informada.

2.4. O objeto compreende itens destinados à identificação de setores, órgãos públicos, servidores e veículos da frota municipal, alugados e/ou próprios, como adesivos, placas, crachás e carimbos, e à informação aos munícipes, como banners, placas e faixas para divulgação.

3. DA DOCUMENTAÇÃO PARA HABILITAÇÃO

3.1. Para fins de habilitação, será exigida na licitação da proponente vencedora os documentos abaixo, sob pena de inabilitação, consistentes em:

3.1.1. Para fins de habilitação jurídica:

a) tratando-se de empresa individual, requerimento de empresário individual, devidamente registrado na Junta Comercial (sede da licitante); ou

b) tratando-se de sociedades comerciais, ato constitutivo ou estatuto em vigor e suas alterações posteriores ou instrumento consolidado, devidamente registrado na Junta Comercial (sede da licitante); ou

c) tratando-se de sociedades por ações (S/A), ato constitutivo ou estatuto em vigor e suas alterações posteriores ou instrumento consolidado, devidamente registrado na Junta Comercial (sede da licitante), acompanhado de documentos de eleição dos atuais administradores em exercício; ou

d) tratando-se de sociedades civis, ato constitutivo ou estatuto em vigor e suas alterações posteriores ou instrumento consolidado, devidamente registrado no Cartório de Registro Civil de Pessoas Jurídicas (PJ), acompanhado de prova da diretoria em exercício; ou

e) tratando-se de empresa ou sociedade estrangeira, ato de registro ou decreto de autorização para funcionamento no País, expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir; ou

f) tratando-se de microempreendedor individual (MEI), Certificado da Condição de Microempreendedor Individual – CCMEI, expedido gratuitamente pelo Portal do Empreendedor – MEI (<http://www.portaldoempreendedor.gov.br>). ou

g) tratando-se de sociedades cooperativas, ato constitutivo ou estatuto em vigor e última alteração subsequente, com fulcro no art. 14, da Lei Federal nº 5.764/1971, acompanhado do “modelo de gestão operacional”, conforme disposto no art. 10, § 1º, c/c art. 11, da IN nº 05/2017 (MPDG);

3.1.2. Para fins de habilitação fiscal e trabalhista:

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ/MF), pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto licitado.
- b) Prova de inscrição no Cadastro de Contribuinte Municipal, conforme competência e personalidade jurídica da empresa, relativa ao domicílio ou sede da licitante que ora se habilita.
- c) Prova de inscrição no Cadastro de Contribuinte Estadual, se houver, conforme competência e personalidade jurídica da empresa, relativa ao domicílio ou sede da licitante que ora se habilita.
- d) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal e a Seguridade Social (INSS), mediante Certidão Negativa de Débitos (CND), ou, Certidão Positiva de Débitos com Efeitos de Negativa (CPN), relativos aos Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União, expedida conjunta pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), na forma da Lei. (Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751/2014)
- e) Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual, mediante Certidão Negativa de Débitos (CND), ou, Certidão Positiva de Débitos com Efeitos de Negativa (CPN), relativos aos Créditos Tributários de ICMS, expedida pelo órgão competente, relativa ao domicílio ou sede da licitante que ora se habilita, na forma da Lei.
- f) Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal, mediante Certidão Negativa de Débitos (CND), ou, Certidão Positiva de Débitos com Efeitos de Negativa (CPN), expedida pelo órgão competente, relativa ao domicílio ou sede da licitante que ora se habilita, através de Certidão de Débitos Gerais (CDG), que comprove regularidade junto a tributos incidentes sobre móveis e imóveis, na forma da lei.
- g) Prova de regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo De Serviço (FGTS), mediante Certificado de Regularidade de Situação – CRF, demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por Lei. (Lei Federal nº 8.036/1990)
- h) Prova de regularidade perante a Justiça do Trabalho, mediante Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), ou, Certidão Positiva de Débitos com Efeitos de Negativa (CPN), expedida pelo TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO – TST (<http://www.tst.jus.br>), nos termos do Decreto-Lei nº 5.452/1943, Consolidação das Leis do Trabalho. (art. 29, inciso V, da Lei 8.666/1993)

3.1.3. Para fins de atendimento da qualificação econômica financeira:

- a) Certidão Negativa de feitos sobre falência, recuperação judicial ou recuperação extrajudicial, expedida pelo distribuidor da sede do licitante em plena vigência

3.1.4. Para fins de atendimento das declarações:

3.1.4.1. Declaração expressa da licitante, devidamente assinada pelo responsável que:

- a) conhece, aceita e se submete a todas às condições estabelecidas no Edital e seus anexos, bem como, às disposições técnicas e oficiais, tendo recebido todos os documentos e informações necessárias

para o cumprimento integral e pleno das obrigações assumidas, relativas à licitação, ressalvando-se o direito recursal.

b) se compromete, formalmente, para satisfazer a execução do objeto licitado, de acordo com os prazos, planejamentos e especificações que fazem parte integrante e complementar do Edital, pelo preço e condições constantes da proposta ofertada, assim como assegurar à Administração o fiel cumprimento das obrigações a serem assumidas, caso venha a ser vencedora no presente certame, salvo por motivo justo decorrente de fato superveniente, caso fortuito ou força maior, sujeitando-se às penalidades cabíveis, na forma da Lei.

c) está ciente das condições da licitação, que responderá pela veracidade e autenticidade das informações constantes da documentação e proposta oferecida ao certame, e que, se necessário, à qualquer tempo, fornecerá informações e documentações complementares, sempre que solicitadas pelo Pregoeiro e/ou pela Administração.

d) não possui em seu quadro permanente de pessoal, empregados menores de 18 (dezoito) anos, em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, ou ainda, de 16 (dezesesseis) anos, em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do inciso XXXIII, art. 7º, da Constituição Federal de 1988, relativo à proibição do trabalho do menor. (Lei Federal nº 9.854/1999)

e) inexistente qualquer ato e/ou fato impeditivo, que possa comprometer sua idoneidade moral, financeira, técnica ou econômica, de participar da presente licitação, bem como, também, que:

f) no quadro societário da empresa, não há entre seus sócios, proprietários, dirigentes e/ou administradores, qualquer pessoa que faça parte de empresas declaradas inidôneas, que esteja com suspensão temporária e impedida de contratar com o Município de RIBAS DO RIO PARDO-MS, nos termos do art. 87, inciso III, da Lei nº 8.666/1993, ou mesmo, impedida de licitar e/ou contratar com a Administração Pública, nos termos do art. 87, inciso IV, da Lei, comprometendo-se a declarar, a qualquer tempo, a ocorrência de fatos posteriores e supervenientes à data de realização da licitação, nos termos do art. 32, § 2º, da mesma Lei.

g) no quadro societário da empresa, não há entre seus sócios, proprietários, dirigentes e/ou administradores, qualquer pessoa que pertença ao quadro de servidores da PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBAS DO RIO PARDO-MS, além disso, também, que, não possui em seu quadro permanente de pessoal, por empregado, responsável técnico, subordinado e/ou subcontratado, pessoa que apresente qualquer vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira ou trabalhista entre o autor do projeto, pessoa física (PF) ou jurídica (PJ), e a licitante, ou que seja responsável, esteja incurso ou integre comissão de licitação, nos termos do art. 9º, da Lei nº 8.666/1993.

h) no quadro societário da empresa, não há sócios, proprietários, dirigentes e/ou administradores, qualquer pessoa que, considerando o cônjuge, o(a) companheiro(a) ou o parente em linha reta ou colateral, por consanguinidade ou afinidade, até o 2º (segundo) grau, seja familiar de:

- Agente político (Prefeito, Vice-Prefeito, Vereador);
- Ordenador de Despesa ou Secretário Municipal requerente da pretensa contratação (ou da Secretaria Licitante);
- Servidor ou agente público lotado, com qualquer outro vínculo, gerência ou informação

privilegiada na Secretaria Licitante;

- Servidor ou agente público lotado, com qualquer outro vínculo, gerência ou informação privilegiada na Coordenadoria de Licitação.

i) Declaração expressa da licitante, devidamente assinada pelo responsável, sob as penas do art. 299 do Código Penal, de elaboração independente de proposta.

Não será admitida a contratação de licitantes inscritos no Cadastro de Empresas Inidôneas e Suspensas (CEIS).

4. DA EXECUÇÃO/ENTREGA, RECEBIMENTO E ACEITE.

4.1. O objeto desta licitação deverá ser entregue de forma parcelada, conforme designado pela Secretaria e/ou Órgão requisitante competente, no prazo máximo de **07(sete) dias** a contar da emissão da Autorização de Fornecimento (AF) ou Ordem de Serviço (OS), emitida por parte da CONTRATANTE, conforme cada caso, em nome da CONTRATADA.

4.2. O objeto deverá ser entregue pela contratada no perímetro urbano do município de Ribas do Rio Pardo – MS, nos endereços constantes na Autorização de Fornecimento (AF) ou Ordem de Serviço (OS), em dia e horário de expediente.

4.3. O valor proposto deverá contemplar todas as despesas concernentes ao objeto desta aquisição, tais como: transporte, descarga, impostos, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, embalagens, fretes, taxas e outras despesas de qualquer natureza que se façam indispensáveis à perfeita execução do objeto.

4.4. O transporte e a descarga dos materiais nos locais designados correrão por conta exclusiva da empresa Contratada, sem qualquer custo adicional solicitado posteriormente.

4.5. Os materiais, deverão ser entregues acompanhados da nota fiscal respectiva, delas devendo constar, o produto, o valor unitário, a quantidade entregue; o valor total, além das demais exigências legais pertinentes.

4.6. Caso o item entregue não esteja em conformidade com o solicitado, será responsabilidade da contratada a substituição imediata do item

4.7. O objeto será recebido:

4.7.1. O recebimento dos itens se efetivará, em conformidade com os artigos 73 a 76 da Lei Federal n. 8.666/93 nos seguintes termos:

4.7.1.1. Provisoriamente, para efeito de posterior verificação da conformidade dos produtos com a especificação, mediante;

4.7.1.2. Definitivamente, até o prazo de 10 (dez) dias contados do recebimento provisório, por servidor designado que procederá ao recebimento, verificando as especificações e as quantidades dos produtos entregues, em conformidade com o exigido neste Termo. consumando-se o recebimento definitivo no dia do esgotamento do prazo.

4.8 Relativamente ao disposto no presente tópico, aplicam-se, subsidiariamente, no que couberem, as disposições da Lei nº 8.078 de 11/09/90 – Código de Defesa do Consumidor.

5. DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

5.1. A Contratada obriga-se a:

- a) operar como uma organização idônea, independente, subordinada e sem vínculo com a CONTRATANTE, executando o objeto do contrato, diretamente sob sua responsabilidade, de acordo com as condições fixadas para o cumprimento integral das obrigações assumidas;
- b) manter, durante toda a execução do contrato, a compatibilidade de todas as obrigações assumidas, relativas as condições de habilitação e qualificação exigidas no processo, a que este se vincula; (art. 55, inciso XIII, da Lei nº 8.666/1993)
- c) manter preposto ou representação legal, aceito pela CONTRATANTE, durante toda a execução do contrato, nota de empenho e/ou instrumento equivalente, para representá-la sempre que for necessário, quando for o caso; (art. 68, da Lei nº 8.666/1993)
- d) reparar, corrigir, remover, refazer e/ou substituir prontamente, no todo ou em parte, às suas despesas, as condições em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução do objeto, emprego de recursos inadequados ou de qualidade inferior (materiais, tecnológicos e/ou humanos), sujeitando-se às penalidades cabíveis, na forma da Lei, sendo que o ato do recebimento não importará sua aceitação; (art. 69, da Lei nº 8.666/1993)
- e) responsabilizar-se pelos danos causados diretamente a CONTRATANTE ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento pelo responsável da CONTRATANTE, nos termos da legislação em vigor; (art. 70, da Lei nº 8.666/1993)
- f) responsabilizar-se por todas as despesas ordinárias, diretas e indiretas, tributos e/ou encargos incidentes, ou que venham a incidir sobre a execução do objeto, competindo inclusive àquelas decorrentes de suas atividades, de seus profissionais e de sua estrutura (física, organizacional, comportamental, logística ou tecnológica), ou ainda, qualquer dispêndio junto à órgãos de serviços públicos, entidades e/ou outras empresas de terceiros, em parceria ou não, assim entendido toda e qualquer outra que se faça necessário para a perfeita e fiel execução do contrato, como, também, o cumprimento integral das obrigações assumidas, em decorrência deste; (art. 71, da Lei nº 8.666/1993)
- g) executar integralmente o objeto contratado, nos padrões estabelecidos, segundo as especificações técnicas constantes neste TERMO DE REFERÊNCIA, elaborado pela Secretaria e/ou Órgão requisitante competente, fornecendo condições essenciais para acautelá-lo até o fiel cumprimento das obrigações assumidas, ou mesmo, a extinção do contrato, com estrita obediência à exatidão e conformidade da proposta ofertada, por parte da CONTRATADA, sujeitando-se às penalidades previstas, na forma da Lei;
- h) promover diligências junto aos órgãos e/ou concessionárias de serviços públicos, para as respectivas mobilizações ou desmobilizações, decorrentes da locação necessária para execução do objeto contratado, cabendo à CONTRATADA, todo o ônus e/ou providências cabíveis para

remanejamento e qualquer logística, ou mesmo, implantação de suas instalações, provisórias ou definitivas, quando for o caso;

i) responsabilizar-se pelo comportamento moral e profissional de seus empregados, respondendo, integralmente, por quaisquer danos ou prejuízos comprovadamente por eles causados, ao patrimônio institucional, ao pessoal ou material da CONTRATANTE ou de terceiros, face à execução do objeto contratado, quando for o caso;

j) promover prontamente a substituição de seus empregados, em decorrência de férias, faltas ou afastamentos legais, por outros de igual habilitação, como, também, assumir total responsabilidade por quaisquer danos que estes venham a cometer no desempenho de suas funções, ou ainda, cuja permanência seja considerada inconveniente e/ou embaraçosa, hipóteses que caberá a exigência para tomada de providências, sem que isso acarrete quaisquer ônus à CONTRATANTE, quando for o caso;

k) manter as equipes operacionais, técnicas e/ou administrativas, convenientemente com identificação pessoal, com responsabilidade exclusiva sobre a assistência de seus empregados, fazendo cumprir, no que couber, as exigências da Lei Federal nº 6.514/1977, observada as Normas Regulamentadoras (NR's) relativas à Segurança e Saúde no Trabalho (SST/MTE) e demais legislações vigentes, em especial, o uso de equipamentos de proteção individual (EPI's) ou coletiva (EPC's), de acordo com a particularidade do objeto, quando for o caso;

l) conduzir os trabalhos em estrita observância aos preceitos e requisitos da legislação Federal, Estadual e/ou Municipal, cumprindo continuamente as determinações dos Poderes Públicos, sob sua exclusiva responsabilidade, bem como, quaisquer outros compromissos legais que lhe sejam imputáveis, inclusive, judiciais ou extrajudiciais, sendo a CONTRATADA, a única e exclusiva responsável, por prejuízos decorrentes de infrações a que houver dado causa;

m) prestar todas as informações e/ou esclarecimentos que forem solicitados pela CONTRATANTE e cujas exigências se obriga a atender prontamente;

n) assumir perante a CONTRATANTE, a responsabilidade pela execução do objeto, vedada a transferência de responsabilidade da CONTRATADA, sob qualquer pretexto e/ou alegação;

o) manter absoluto sigilo, sobre quaisquer informações provenientes da execução do objeto contratado, obrigando-se a tratar como segredos comerciais e confidenciais, todas as demais informações internas da CONTRATANTE, a que tiver conhecimento, por ocasião do seu privilégio de CONTRATADA;

p) responsabilizar-se por todas as ações, pleitos e/ou reclamações, decorrentes de qualquer tipo de demanda e que, por qualquer causa, surjam em vinculação com seus sócios, dirigentes, prepostos, representantes, empregados, terceiros e/ou subcontratados (quando for o caso), sempre que derivarem de culpa ou negligência da CONTRATADA;

q) aceitar a fiscalização ou acompanhamento da CONTRATANTE, através de seus responsáveis, designados pela Secretaria e/ou Órgão requisitante competente, conforme os autos do processo, ou ainda, por terceiros, quando for o caso, desde que por ocasião devidamente constituído, conforme

disposto no art. 70, da Lei nº 8.666/1993.

5.2. A Contratante obriga-se a:

- a) exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela CONTRATADA;
- b) prestar à CONTRATADA, toda e qualquer informação por ela solicitada, necessárias à perfeita execução do objeto;
- c) atestar as Notas Fiscais (NF) apresentadas pela CONTRATADA, relativa à parcela do objeto contratado, conforme ajuste representado pelo empenho contábil e/ou instrumento congênere;
- d) efetuar o pagamento à CONTRATADA, nos prazos avençados, após a efetiva comprovação da despesa, e cumpridos todos os ditames administrativos referente à sua liquidação;
- e) exercer a fiscalização ou o acompanhamento dos trabalhos de execução, por intermédio de servidor designado, com autoridade para exercer em nome da CONTRATANTE, toda e qualquer ação de orientação e controle, considerando a natureza do objeto contratado;
- f) notificar à CONTRATADA, da aplicação de penalidades e/ou sanções, aplicando-as pela inexecução total ou parcial do ajuste, com observância da legislação em vigor; (art. 58, inciso IV, da Lei nº 8.666/1993)
- g) notificar à CONTRATADA, da ocorrência de eventuais imperfeições, falhas, defeitos ou irregularidades constatadas no curso da execução do objeto, fixando-lhe prazos para as devidas correções e/ou substituições, bem como, certificando-se de que as soluções propostas ou adotadas, sejam as mais adequadas;

6. DO PAGAMENTO

6.1. O pagamento será efetuado mediante crédito em conta corrente, de titularidade da CONTRATADA, no prazo de até **30 (trinta) dias** após apresentação da Nota Fiscal (NF), devidamente atestada pela Secretaria e/ou Órgão requisitante competente, designada ao **FISCAL DE CONTRATO**, conforme disposições contidas nos arts. 62 e 63, da Lei nº 4.320/1964, da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), assim como, também, o que dispõe o art. 40, inciso XIV, alínea "a", combinado com o art. 73, inciso II, alínea "b", da Lei nº 8.666/1993.

6.2. Para pagamento, a CONTRATADA deverá apresentar Nota Fiscal (NF), emitida em nome da CONTRATANTE, na titularidade do CNPJ/MF vinculado à Secretaria, Fundo e/ou Órgão competente, conforme o ordenamento da despesa pública municipal, de acordo com a parcela de execução do objeto, contendo de forma clara e legível, no mínimo: número do contrato, nota de empenho e/ou instrumento equivalente, descrição do objeto, quantitativos e os respectivos valores, unitário e total. A Nota Fiscal (NF) deverá estar acompanhada, das seguintes certidões negativa ou positiva com efeito de negativa e prova de regularidade, para com a(s) ou o(s):

- I- Fazenda Federal e a Seguridade Social (INSS) – certidão conjunta;
- II- Fazenda Estadual;
- III- Fazenda Municipal;
- IV- Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- V- Justiça do Trabalho (CNDT).

6.3. Antes de qualquer pagamento à CONTRATADA, a CONTRATANTE poderá realizar consulta aos sítios oficiais de internet, para verificar a manutenção das condições de habilitação e qualificação da CONTRATADA, especialmente quanto à regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária, condição que implicará diretamente quanto à efetivação da liquidação da despesa.

6.4. Para efeito de pagamento, será observado o disposto na legislação vigente aplicável, quanto às retenções tributárias, recolhimento e/ou fiscalização dos respectivos encargos e obrigações instituídas por Lei, em especial, relativos ao ISSQN.

6.5. Sempre que for o caso, serão exigidas Nota Fiscal Eletrônica (NF-e), em atendimento ao Protocolo ICMS 42, de 03 de julho de 2009, com alterações posteriores, regulamentado pelo CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA FAZENDÁRIA – CONFAZ, que estabelece sua obrigatoriedade para pagamentos a partir de 1º de abril de 2011.

6.6. À CONTRATANTE, fica reservado o direito de retenção, ao(s) pagamento(s) de qualquer parcela que, durante a execução do contrato, qualquer que seja a natureza do objeto, não for proporcionado de maneira satisfatória todas as exigências avençadas, ou mesmo, por incorreções formais na apresentação da Nota Fiscal (NF) ou documentação complementar, até que se providencie as medidas saneadoras por parte da CONTRATADA.

6.7. Havendo erros e/ou incorreções na apresentação da Nota Fiscal (NF), ou ainda, circunstância que impeça a liquidação da despesa, esta será devolvida à CONTRATADA, para as correções necessárias, não respondendo a CONTRATANTE, por quaisquer encargos resultantes de atraso na liquidação do respectivo pagamento. Nesta hipótese, o prazo para pagamento, iniciar-se-á, após a comprovação da regularidade por parte da CONTRATADA, não acarretando qualquer ônus para a CONTRATANTE.

6.8. Constatando-se qualquer irregularidade da CONTRATADA, será providenciada sua advertência, para que no prazo de até **05 (cinco) dias úteis**, regularize sua situação, ou ainda, no mesmo prazo, apresente sua defesa, podendo ser prorrogado em uma única vez, por igual período, a critério da CONTRATANTE, a qual deverá adotar as medidas necessárias, assegurado o contraditório e a ampla defesa, na forma da Lei.

6.9. Havendo a efetiva execução, relativa ao objeto do contrato, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, nota de empenho e/ou instrumento equivalente, caso a CONTRATADA, em inadimplência, não regularize sua situação, sem prejuízo das sanções previstas no art. 81, da Lei nº 8.666/1993.

6.10. Nenhum pagamento será feito à CONTRATADA, que tenha sido multada nas condições da Lei nº 8.666/1993, antes que tal penalidade seja deduzida de seus haveres.

6.11. A CONTRATANTE não se responsabilizará, por qualquer despesa que venha a ser efetuada pela CONTRATADA, que porventura não tenha sido objeto de contrato, ou ainda, que por qualquer outro motivo, não esteja estabelecido sob as condições contratuais.

6.12. Não caberá, pagamento e/ou reembolso antecipado, por parte da CONTRATANTE à CONTRATADA, ressalvado por condições devidamente justificadas pela Administração, e condicionadas às excepcionalidades previstas na Lei. (Acórdãos TCU nº 134/1995, 059/1999, 3614/2013 e 1565/2015 – Ambos do Plenário)

7. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

7.1. Pelo descumprimento das obrigações assumidas, caracterizado pela recusa da fornecedora em manter a proposta, assinar o contrato, aceitar ou retirar a nota de empenho ou documento equivalente fora do prazo estabelecido, ressalvados os casos previstos em lei, devidamente informados e aceitos, ficará a fornecedora, sujeito às seguintes penalidades a juízo do órgão do município no que lhe couber:

I - Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor constante da nota de empenho e/ou contrato;

II - Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a administração por prazo de até 05 (cinco) anos.

7.2 As sanções previstas nos incisos anteriores poderão ser aplicadas cumulativamente.

7.3. Por atraso injustificado na execução:

I - Multa moratória de 1% (um por cento), por dia útil, sobre o valor da prestação em atraso até o quinto dia;

II - Cancelamento do registro.

III – Cancelamento do empenho.

IV – Rescisão unilateral do contrato após o quinto dia de atraso.

7.4. Por inexecução total ou execução irregular do contrato:

I - Advertência, por escrito, nas faltas leves;

II - Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor correspondente à parte não cumprida ou da totalidade não executada;

III - Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a administração por prazo de até 05 (cinco) anos;

IV - Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

7.4.1. A penalidade de multa, estabelecida no inciso II, poderá ser aplicada juntamente com as sanções previstas nos incisos I, III e IV do subitem acima, sem prejuízo da rescisão unilateral do instrumento de ajuste por qualquer das hipóteses prescritas nos art. 77 a 80 da Lei n. 8.666/93.

7.5. Apresentação de documentação falsa, não manutenção da proposta e cometimento de fraude fiscal, acarretará sem prejuízo das demais cominações legais:

I - Suspensão temporária de participação em licitação ou impedimento de contratar com a Administração de até 05 (cinco) anos e descredenciamento do Certificado de Registro Cadastral do Município.

7.6 A empresa que não recolher as multas tratadas nos incisos anteriores no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis contados da notificação, ensejará também a aplicação da pena de suspensão temporária de participação em licitação ou impedimento de contratar com a Administração, enquanto não adimplida a obrigação.

7.7. Fica garantido à fornecedora o direito prévio da citação e de ampla defesa, no respectivo processo, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da notificação ou publicação do ato.

7.8. As penalidades somente poderão ser relevadas ou atenuadas pela autoridade competente, mediante aplicação do princípio da proporcionalidade, em razão de circunstâncias fundamentadas em fatos reais e comprovadas, desde que requeridas por escrito e no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis da data em que for notificada da pretensão da Administração da aplicação da pena.

7.9. As penalidades aplicadas serão, obrigatoriamente, anotadas no Certificado de Registro Cadastral do Município.

7.10 A penalidade estabelecida no inciso III do subitem 7.4 será de competência exclusiva da autoridade máxima, facultada a ampla defesa, na forma e no prazo estipulado no subitem 7.7, podendo a reabilitação ser concedida mediante ressarcimento dos prejuízos causados e depois de decorridos o prazo de sanção mínima de 02 (dois) anos.

7.11 Aplicar-se-á advertência por faltas leves, assim entendidas como aquelas que não acarretarem prejuízos significativos ao objeto da contratação.

7.12. As importâncias relativas às multas deverão ser recolhidas à conta do Tesouro do Município;

8. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

8.1. As despesas decorrentes da presente contratação, ocorrerão à conta dos recursos consignados, no orçamento geral do órgão contratante, aportadas para o exercício financeiro do ano corrente, ou no futuro, à dotação que a substituir, em razão de alterações do orçamento contábil, ou necessidade da administração, constantes do respectivo contrato, nota de empenho e/ou instrumento equivalente.

8.1.1. As despesas da presente licitação poderão utilizar as seguintes dotações orçamentárias:

Ficha: **20**
Unidade: **020501**
Funcional: **12.122.0011.2094.0000**
Catec. Econ.: **3.3.90.39.99**

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
Rede Municipal de Ensino - Dotar as escolas municipais de in
OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS-PESSOA JURIDICA

Ficha: **47**
Unidade: **020201**
Funcional: **04.122.0002.2172.0000**
Catec. Econ.: **3.3.90.39.99**

ASSESSORIA DE GABINETE
Atividades Administrativas - Administrar, manter, supervisio
OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS-PESSOA JURIDICA

Ficha: **192**
Unidade: **021201**

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO

Funcional: **23.691.0005.2032.0000**
Catec. Econ.: **3.3.90.39.99**

Incentivo a Criação de Novas Empresas -Incentivar a criação
OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS-PESSOA JURIDICA

Ficha: **223**
Unidade: **021401**
Funcional: **04.122.0004.2190.0000**
Catec. Econ.: **3.3.90.39.99**

SECRETARIA DE OBRAS
Atividades Administrativas - Administrar, manter, supervisio
OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS-PESSOA JURIDICA

Ficha: **243**
Unidade: **021301**
Funcional: **27.122.0002.2188.0000**
Catec. Econ.: **3.3.90.39.99**

SECRETARIA DA JUVENTUDE, ESPORTE E LAZER
Atividades Administrativas - Administrar, manter, supervisio
OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS-PESSOA JURIDICA

Ficha: **247**
Unidade: **020401**
Funcional: **04.122.0002.2181.0000**
Catec. Econ.: **3.3.90.39.99**

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
Atividades Administrativas - Administrar, manter, supervisio
OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS-PESSOA JURIDICA

Ficha: **272**
Unidade: **020601**
Funcional: **10.301.0010.2083.0000**
Catec. Econ.: **3.3.90.39.99**

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Saúde Preventiva - Fortalecer todas as ações preventivas de
OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS-PESSOA JURIDICA

Ficha: **280**
Unidade: **020601**
Funcional: **10.301.0010.2084.0000**
Catec. Econ.: **3.3.90.39.99**

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Serviços da Atenção Primária - Custear as diversas despesas
OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS-PESSOA JURIDICA

Ficha: **297**
Unidade: **020301**
Funcional: **04.122.0002.2178.0000**
Catec. Econ.: **3.3.90.39.99**

SECRETARIA DE FINANÇAS
Atividades Administrativas - Administrar, manter, supervisio
OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS-PESSOA JURIDICA

Ficha: **309**
Unidade: **020601**
Funcional: **10.302.0010.2087.0000**
Catec. Econ.: **3.3.90.39.99**

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Serviços de Média e Alta Complexidade - Custear as diversas
OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS-PESSOA JURIDICA

Ficha: **316**
Unidade: **020601**
Funcional: **10.302.0010.2087.0000**
Catec. Econ.: **3.3.90.39.99**

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Serviços de Média e Alta Complexidade - Custear as diversas
OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS-PESSOA JURIDICA

Ficha: **320**
Unidade: **020601**
Funcional: **10.302.0010.2087.0000**

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Serviços de Média e Alta Complexidade - Custear as diversas

Catec. Econ.: **3.3.90.39.99**

OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS-PESSOA JURIDICA

Ficha: **323**
Unidade: **020601**
Funcional: **10.302.0010.2087.0000**
Catec. Econ.: **3.3.90.39.99**

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Serviços de Média e Alta Complexidade - Custear as diversas
OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS-PESSOA JURIDICA

Ficha: **352**
Unidade: **020702**
Funcional: **08.122.0009.2075.0000**
Catec. Econ.: **3.3.90.39.99**

FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
Gestão do Cad Único - Promover e aprimorar a gestão do Cadas
OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS-PESSOA JURIDICA

Ficha: **366**
Unidade: **020702**
Funcional: **08.244.0009.2065.0000**
Catec. Econ.: **3.3.90.39.99**

FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
Serviço Social - Fortalecer e ampliar a prestação de serviço
OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS-PESSOA JURIDICA

Ficha: **390**
Unidade: **020702**
Funcional: **08.244.0009.2070.0000**
Catec. Econ.: **3.3.90.39.99**

FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - Ampli
OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS-PESSOA JURIDICA

Ficha: **418**
Unidade: **020702**
Funcional: **08.244.0009.2072.0000**
Catec. Econ.: **3.3.90.39.99**

FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
Proteção Social Especial Média Complexidade - Ofertar atendi
OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS-PESSOA JURIDICA

Ficha: **441**
Unidade: **020702**
Funcional: **08.244.0009.2166.0000**
Catec. Econ.: **3.3.90.39.99**

FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
Proteção Social Especial Alta Complexidade - Custear as diver
OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS-PESSOA JURIDICA

Ficha: **492**
Unidade: **020601**
Funcional: **10.301.0010.2084.0000**
Catec. Econ.: **3.3.90.39.99**

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Serviços da Atenção Primária - Custear as diversas despesas
OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS-PESSOA JURIDICA

Ficha: **498**
Unidade: **020601**
Funcional: **10.301.0010.2084.0000**
Catec. Econ.: **3.3.90.39.99**

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Serviços da Atenção Primária - Custear as diversas despesas
OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS-PESSOA JURIDICA

Ficha: **504**
Unidade: **020601**
Funcional: **10.302.0010.2087.0000**
Catec. Econ.: **3.3.90.39.99**

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Serviços de Média e Alta Complexidade - Custear as diversas
OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS-PESSOA JURIDICA

9. DA MODALIDADE, VALOR ESTIMADO, JULGAMENTO E VIGÊNCIA

9.1. A contratação será realizada mediante a deflagração de licitação pela modalidade de Pregão Presencial pelo sistema de Registro de Preços. Justificando que para o uso do Pregão Eletrônico, há de considerar as estruturas tecnológicas que são necessárias, como sinal de internet fluido e de qualidade capaz de sustentar a elevada troca de dados entre licitantes e administração pública, motivo esse que esta administração está em processo de implantação do pregão eletrônico. E ainda salientamos que o mercado local não disponibiliza totalmente de tal ferramenta prejudicando a competitividade em torno do certame.

9.2. O valor estimado para a presente contratação será definido através de ampla pesquisa de mercado, baseada nas normas reguladoras e nas decisões do Tribunal de Contas.

9.3. As propostas serão julgadas com o critério de **menor preço por item**.

9.4. O registro de preços será válido por **12 (doze) meses**, formalizado por intermédio de ATA DE REGISTRO DE PREÇOS (ARP).

10. DO FISCAL DE CONTRATO

10.1. A execução do objeto oriundo deste será acompanhada e fiscalizada pela Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo - MS, através do(a) servidor(a) nomeado, designado(a) para este fim denominado(a) de fiscal do contrato, a quem competirá, entre outras atribuições:

10.1.1. Solicitar à empresa e seus prepostos, ou obter da Administração, tempestivamente, todas as providências necessárias ao bom andamento da execução da contratação e anexar aos autos do processo correspondente cópia dos documentos escritos que comprovem essas solicitações de providências, conforme o caso.

10.1.2. Verificar a conformidade da execução com as normas especificadas na legislação e neste instrumento.

10.1.3. Ordenar à empresa a correção ou refazimento da execução ou parte dela executada com erros, imperfeições ou em desacordo com as especificações constantes deste Termo ou da legislação aplicável.

10.1.4. Juntar os documentos necessários, relatórios das ocorrências (falhas) e demais informações relevantes observadas na execução da contratação para envio ao conhecimento da autoridade superior e providências das medidas a serem adotadas, inclusive, instauração de procedimento administrativo e aplicação das sanções cabíveis.

Ribas do Rio Pardo - MS, 16 de fevereiro de 2022.

Rosângela F. de Souza Collis
Servidora da Secretaria de
Administração

Maryane Hirahata Shiota
Servidora da Secretaria
Municipal de Saúde

Marislene C. Ribeiro Delgado
Servidora da Secretaria de
Obras

Jussara Oliveira Lima Eloi
Servidora da Secretaria de
Assistência Social

Silvia Aparecida dos Santos
Servidora da Secretaria de
Educação

Rodrigo Carlos
Servidor da Secretaria de
Desenvolvimento Econômico

Cristina Paula Rodrigues
Servidora da Secretaria da
Juventude, Esporte e Lazer

Darquieli Victoria Silva dos
Santos
Servidor da Secretaria de
Finanças

Elgne Forte Pereira
Gabinete

Adriana Siqueira Lins
Servidora do Departamento de ETP

Aprovado por:

Manoel Aparecido dos Anjos
Secretário de Administração e Governo

Elgne Forte Pereira
Assessoria de Gabinete

Nizael Flôres de Almeida
Secretário de Educação

Nadja de Lima Matias
Secretário de Finanças

Antônio Celso Rodrigues Silva Júnior
Secretário de Juventude, Esporte e Lazer

Matheus Bolis Fatin
Secretário de Saúde

Jaqueline Pereira Arimura
Secretária de Assistência Social

Lucien Roberto Garcia De Rezende
Secretário de Desenvolvimento Econômico

Ataíde Feliciano da Silva
Secretário de Obras



PREFEITURA MUNICIPAL
RIBAS DO RIO PARDO

FLS. _____


PROC. _____

RUB. _____

ANEXO I MODELOS

ITEM - Atestado médico - confeccionado em papel sulfite 63g/m², cor branco, dimensões mínimas de 11 x 15,5cm, impressão monocromática, somente frente. Apresentação: bloco com 50 folhas, uma via. (conforme modelo disposto pela secretaria municipal de saúde).

* Bloco 050



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBAS DO RIO PARDO
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
COMISSÃO INTER-INSTITUCIONAL DE SAÚDE - CIS
AÇÕES INTEGRADAS EM SAÚDE
Secretaria Municipal de Saúde

ATESTADO MÉDICO-PADRÃO

Nome: _____

Identificação: _____

Data de comparecimento: ____/____/____

Deverá afastar-se de suas atividades laborativas no período de:

_____ H do _____ H

Somente pela manhã ☐

Somente a tarde ☐

Durante _____ (____) dias a partir desta data

Diagnóstico: _____

Cid-10: _____

Assinatura do Paciente _____

Local e Data _____

Assinatura - Carimbo - CRM / CRO _____

OBS.: Este atestado é válido para as finalidades previstas na resolução CIS nº _____
Desde que expedido pelos órgãos colecionados das AIS.

Ministério da Saúde
Ministério da Previdência e Assistência Social INAMPS
Fund. Universidade Federal MS - Hospital Universitário
Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul
Prefeituras Municipais

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

Rua Conceição do Rio Pardo, 1725 – Centro – Ribas do Rio Pardo/MS

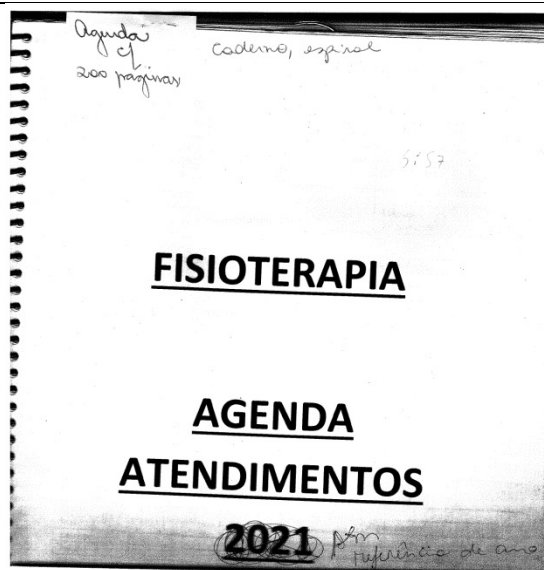
CEP: 79180-000

Tel.: (67) 3238-1175

www.ribasdooriopardo.ms.gov.br



ITEM - Agenda de atendimentos fisioterapia - confeccionada em papel A4 75 gr/m², tipo caderno espiral, com 200 páginas



Nome:	Agendado:
End.:	
Bairro:	
Tel.:	Avisado:
CID:	Obs.:
Nome:	Agendado:
End.:	
Bairro:	
Tel.:	Avisado:
CID:	Obs.:
Nome:	Agendado:
End.:	
Bairro:	
Tel.:	Avisado:
CID:	Obs.:
Nome:	Agendado:
End.:	
Bairro:	
Tel.:	Avisado:
CID:	Obs.:
Nome:	Agendado:
End.:	
Bairro:	
Tel.:	Avisado:
CID:	Obs.:
Nome:	Agendado:
End.:	
Bairro:	
Tel.:	Avisado:
CID:	Obs.:
Nome:	Agendado:
End.:	
Bairro:	
Tel.:	Avisado:
CID:	Obs.:



ITEM - Agendamento exames laboratório - Laboratório Municipal - confeccionado em papel A4 75 gr/m², tipo caderno espiral, com 200 páginas.

LABORATÓRIO MUNICIPAL – AGENDAMENTO DE EXAMES

/ / _____ FEIRA ÀS 07:00 HRS

	PACIENTE	HM	EAS	EPF	EXAMES
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					




RUB.

[illegible]



ITEM - Caderneta de vacinação medindo aproximadamente 17,4cm x 20,5cm.

VACINAS APLICADAS NA INFÂNCIA		
	DATA (ÚLTIMA APLICAÇÃO)	TIPO DE DOSE (1ª, 2ª, 3ª ou Reforço)
BCG - id		
PÓLIO		
DTP		
HEPATITE B		
HEMÓFILO		
SARAMPO/CAXUMBA/ RUBÉOLA		
FEBRE AMARELA		
OUTRAS		

 PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBAS DO RIO PARDO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE CADERNETA DE VACINAÇÃO	
NOME: _____	
RG: _____	DATA DE NASCIMENTO: _____/_____/_____
ENDEREÇO: _____	
UNIDADE DE SAÚDE: _____	
MANTENHA ESTA CADERNETA EM SEU PODER, JUNTO COM SEUS DOCUMENTOS VALIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	

DUPLA ADULTO	HEPATITE B	SAR/CAX/RUB				FEBRE AMARELA
_____/_____/_____ Lote _____ Cód. _____ Nome _____ Reg. Prof. _____	_____/_____/_____ Lote _____ Cód. _____ Nome _____ Reg. Prof. _____	_____/_____/_____ Lote _____ Cód. _____ Nome _____ Reg. Prof. _____	_____/_____/_____ Lote _____ Cód. _____ Nome _____ Reg. Prof. _____	_____/_____/_____ Lote _____ Cód. _____ Nome _____ Reg. Prof. _____	_____/_____/_____ Lote _____ Cód. _____ Nome _____ Reg. Prof. _____	
DUPLA ADULTO	HEPATITE B	SAR/CAX/RUB				FEBRE AMARELA
_____/_____/_____ Lote _____ Cód. _____ Nome _____ Reg. Prof. _____	_____/_____/_____ Lote _____ Cód. _____ Nome _____ Reg. Prof. _____	_____/_____/_____ Lote _____ Cód. _____ Nome _____ Reg. Prof. _____	_____/_____/_____ Lote _____ Cód. _____ Nome _____ Reg. Prof. _____	_____/_____/_____ Lote _____ Cód. _____ Nome _____ Reg. Prof. _____	_____/_____/_____ Lote _____ Cód. _____ Nome _____ Reg. Prof. _____	
DUPLA ADULTO	HEPATITE B	SAR/CAX/RUB				FEBRE AMARELA
_____/_____/_____ Lote _____ Cód. _____ Nome _____ Reg. Prof. _____	_____/_____/_____ Lote _____ Cód. _____ Nome _____ Reg. Prof. _____	_____/_____/_____ Lote _____ Cód. _____ Nome _____ Reg. Prof. _____	_____/_____/_____ Lote _____ Cód. _____ Nome _____ Reg. Prof. _____	_____/_____/_____ Lote _____ Cód. _____ Nome _____ Reg. Prof. _____	_____/_____/_____ Lote _____ Cód. _____ Nome _____ Reg. Prof. _____	

ITEM - Capa para processo, confeccionado em papel cartolina, celulose branqueada e misturada com outros materiais, alisado e geralmente de 170 a 250 g/m², cor AMARELO, com timbre da prefeitura em letras preta.





PREFEITURA MUNICIPAL
RIBAS DO RIO PARDO

FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

ITEM - Capa para processo, confeccionado em papel cartolina, celulose branqueada e misturada com outros materiais, alisado e geralmente de 170 a 250 g/m², cor AZUL, com timbre da Prefeitura em letras preta.

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

Rua Conceição do Rio Pardo, 1725 – Centro – Ribas do Rio Pardo/MS

CEP: 79180-000

Tel.: (67) 3238-1175

www.ribasdoriopardo.ms.gov.br



ITEM - Capa para processo, confeccionado em papel cartolina, celulose branqueada e misturada com outros materiais, alisado e geralmente de 170 a 250 g/m², cor BRANCA, com timbre da Prefeitura em letras preta.

		
PROCESSO Nº	DATA	AO ÓRGÃO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ASSUNTO		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
NOME		
<input type="text"/>		
ENDEREÇO		
<input type="text"/>		
TELEFONE		
<input type="text"/>		



ITEM - Capa para processo, confeccionado em papel cartolina, celulose branqueada e misturada com outros materiais, alisado e geralmente de 170 a 250 g/m², cor CHAMPAGNE, com timbre da prefeitura em letras preta.

The image shows a sample of a process cover (capa para processo) for the Municipality of Ribas do Rio Pardo. The cover is light yellow (champagne color) and features the municipality's logo at the top center. Below the logo, there are three input fields for 'PROCESSO Nº', 'DATA', and 'AO ÓRGÃO'. Further down, there is a large section for 'ASSUNTO' with three horizontal lines for text entry. Below this, there are two more input fields for 'NOME' and 'ENDEREÇO'.



PREFEITURA MUNICIPAL
RIBAS DO RIO PARDO

FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

ITEM - Capa para processo, confeccionado em papel cartolina, celulose branqueada e misturada com outros materiais, alisado e geralmente de 170 a 250 g/m², cor LARANJA, com timbre da Prefeitura em letras preta.

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBAS DO RIO PARDO

FUNDEB - Fundo Mun. de Des. da Educação básica
e de valorização dos profissionais da Educação

EMPENHO N°	PROCESSO N°	LICITAÇÃO

NOME:

DATA

VALOR

OBSERVAÇÕES

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

Rua Conceição do Rio Pardo, 1725 – Centro – Ribas do Rio Pardo/MS

CEP: 79180-000

Tel.: (67) 3238-1175

www.ribasdoriopardo.ms.gov.br




PREFEITURA MUNICIPAL
RIBAS DO RIO PARDO

FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

ITEM - Capa para processo, confeccionado em papel cartolina, celulose branqueada e misturada com outros materiais, alisado e geralmente de 170 a 250 g/m², cor ROSA, com timbre da Prefeitura em letras preta.

		
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL		
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBAS DO RIO PARDO		
Secretaria Municipal de Finanças e Planejamento		
Secretaria Municipal de Assistência Social - Fundo Mun. de Assistência Social (FMAS)		
EMPENHO Nº	PROCESSO Nº	LICITAÇÃO
<div></div>		
NOME:		
<div></div>		
<div></div>	<div></div>	
DATA	VALOR	
<div></div>		
OBSERVAÇÕES		
<div></div>		
<div></div>		
<div></div>		
<div></div>		

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

Rua Conceição do Rio Pardo, 1725 – Centro – Ribas do Rio Pardo/MS

CEP: 79180-000

Tel.: (67) 3238-1175

www.ribasdoripardo.ms.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL
RIBAS DO RIO PARDO

FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

ITEM - Capa para processo, confeccionado em papel cartolina, celulose branqueada e misturada com outros materiais, alisado e geralmente de 170 a 250 g/m², cor VERDE, com timbre da Prefeitura em letras preta.

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBAS DO RIO PARDO Secretaria Municipal de Planejamento e Finanças		
EMPENHO Nº	PROCESSO Nº	LICITAÇÃO
<div></div>		
NOME:		
<div></div>		
<div></div>	<div></div>	
DATA	VALOR	
<div></div>		
OBSERVAÇÕES		
<div></div>		

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

Rua Conceição do Rio Pardo, 1725 – Centro – Ribas do Rio Pardo/MS

CEP: 79180-000

Tel.: (67) 3238-1175

www.ribasdorriopardo.ms.gov.br

ITEM - Carimbo automático - tamanho 14x38 mm

Antonio C. Rodrigues Silva Jr.
PROF. EDUCAÇÃO FÍSICA
CREF: 008935-G/MS

ITEM - Carimbo automático - tamanho 18x47 mm

Antônio Celso R. Silva Junior
Secretário Municipal para
Juventude, Esportes e Lazer
Port. 06/2021

ITEM - Carimbo automático - tamanho 40x60 mm

PREFEITURA MUNICIPAL DE
RIBAS DO RIO PARDÓ - MS



Atestamos de recebemos, conferimos e
aceitamos o material/serviço constante do
presente documento em condições
satisfatórias.

RIBAS DO RIO PARDÓ - MS ____/____/____



ITEM - Cartão de identificação do paciente de fisioterapia - confeccionado em papel offset fosco 180g/m², dimensões de 15 x 21 cm, impressão monocromática frente e verso. Apresentação: uma via, uma dobra (tipo caderneta). (conforme modelo disposto pela secretaria municipal de saúde).

1.200 unidades
Impressão preto-branco e corte: frente e verso, tipo caderneta (uma dobra), com 15x21cm (o corte, porque a arte é poucos milímetros menor... a linha externa da tabela é a área de corte), em offset fosco com g/m² de 180.

FISIOTERAPIA MUNICIPAL	
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO/A PACIENTE	
NOME: _____	
PRONTUÁRIO: _____	
FISIOTERAPEUTA: _____	
ATENÇÃO:	
- É INDISPENSÁVEL A APRESENTAÇÃO DESTE CARTÃO EM CADA ATENDIMENTO DE FISIOTERAPIA;	
- FIQUE ATENTO AOS DIAS E HORÁRIOS AGENDADOS, POIS NÃO HÁ TOLERÂNCIA DE ATRASO;	
- CASO PRECISE FALTAR AO ATENDIMENTO, AVISE COM ANTECEDÊNCIA, POIS 3 FALTAS IMPLICAM NO CANCELAMENTO AUTOMÁTICO DO TRATAMENTO, SENDO QUE SUA VAGA SERÁ CEDIDA AO PRÓXIMO PACIENTE DA ESPERA.	
SR.(A) USUÁRIO(A),	
CUIDE BEM DESTA CARTERINHA, POIS ELA É UM DOCUMENTO!	
SEJA CONSCIENTE E LEVE A SÉRIO O SEU TRATAMENTO. MUITAS OUTRAS PESSOAS AGUARDAM ESSA MESMA OPORTUNIDADE.	
CONTATO DA CLÍNICA: (67) 3238-1251	
 	

DIA	HORA	PRESENÇA	VISTO
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		

DIA	HORA	PRESENÇA	VISTO
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		
/ /	:		



PREFEITURA MUNICIPAL
RIBAS DO RIO PARDO

FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

ITEM - Carteira sanitária - frente e verso - papel cartão - dimensão aproximadas 8 x 22cm.

Destina-se CARTEIRA SANITÁRIA a comprovar condições satisfatórias de saúde para os indivíduos que manipulam gêneros alimentícios, devendo a mesma permanecer na Empresa para apresentarem as Autoridades Sanitárias Competentes.

OBS.: Esta carteira não substitui o exame médico ocupacional de responsabilidade do empregador (CLT).

As revalidações devem ser anuais ou de menor prazo, se assim entenderem as Autoridades Sanitárias.


PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBAS DO RIO PARDO
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTEIRA SANITÁRIA

Nº _____

VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE RIBAS DO RIO PARDO

Nome: _____
Sexo: _____ Data de Nasc.: ____/____/____
Naturalidade: _____
CPF/RG: _____
Função que exerce: _____
Residência: _____

MÉDICO - CRM

DATA: ____/____/____

REVALIDADA EM:

MÉDICO - CRM

DATA: ____/____/____

REVALIDADA EM:

MÉDICO - CRM

DATA: ____/____/____

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

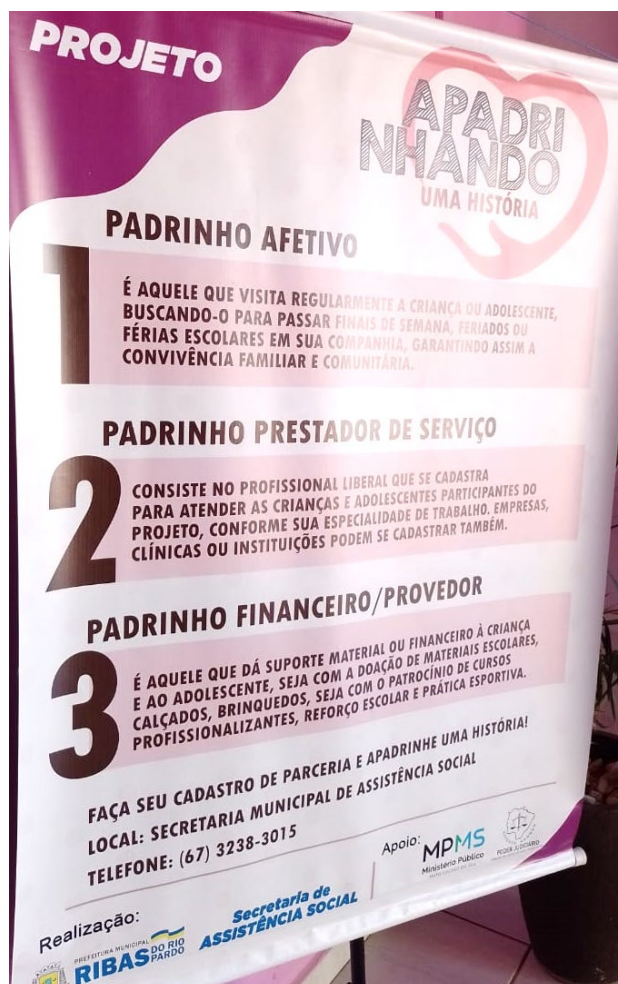
Rua Conceição do Rio Pardo, 1725 – Centro – Ribas do Rio Pardo/MS

CEP: 79180-000

Tel.: (67) 3238-1175

www.ribasdorriopardo.ms.gov.br

ITEM - Confeção de banner impressão digital de alta resolução (mínimo 2880 dpi), lona 440g. Acabamento com bastonete e ponteira plástica + cordão 3.0 mm. Incluindo instalação no local (no município de ribas do rio pardo).





ITEM - Confecção de bloco - hemograma 10x15cm - novo/50 folhas cada



ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBAS DO RIO PARD
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, _____
compareceu nesta unidade de saúde (LABORATÓRIO MUNICIPAL) para
coleta de material, para realização de exames, no dia:

_____/_____/_____

LABORATÓRIO MUNICIPAL RIBAS DO RIO PARD	
Nº NOME:	
DN:	PRONT:
ERITRÓCITOS	RDW CV
HEMOGLOBINA	RDW SD
HEMATOCRITO	
OBS.:	
LEUCÓCITOS:	
NEUTRÓFILOS	
BASTÕES	
SEGMENTADOS	
EOSINÓFILOS	
LINFÓCITOS	
MONÓCITOS	
PLAQUETAS:	VPM
OBS.:	

Modelo Impresso hemograma



PREFEITURA MUNICIPAL
RIBAS DO RIO PARDO

FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

ITEM - Confecção de boletos de IPTU, sendo folha A4. Em um lado da folha deverá conter a arte do município que será enviada pela Secretaria de Finanças e no outro lado da folha deverá conter os boletos com código de barras.

IPTU 2022 Contribua com seu **IPTU, que ele VOLTA para VOCÊ!** **20% COTA ÚNICA** PAGUE COM DESCONTO ATÉ 15/06

1ª parcela 15/06 2ª parcela 15/07 3ª parcela 15/08 4ª parcela 15/09

10% de desconto até o vencimento

Seu nome e seu endereço de correspondência estão incorretos?
Faça o recadastramento e atualize seus dados.
Procure o Setor de Tributos (67 3238-3200), ao lado da Prefeitura Municipal.
Rua Conceição do Rio Pardo, 1725 - Centro, (67) 3238-1175

RIBAS DO RIO PARDO: CONSOLIDANDO-SE COMO A CAPITAL NACIONAL DO EUCALIPTO

Siga-nos em nossas Redes Sociais:
facebook.com/ribasdorioripardooficial
instagram.com/prefribas

INVISTA EM NOSSO MUNICÍPIO.

PREFEITURA MUNICIPAL RIBAS DO RIO PARDO IPTU 2022

VOCÊ ESTÁ COM SINTOMAS OU POSITIVO PARA COVID-19?
É importante a adoção imediata de medidas preventivas para evitar contaminação de outras pessoas de mesma casa.

- Fique em casa.
- Use máscara o tempo todo.
- Fique sozinho em um cômodo ventilado.
- Não compartilhe talheres, pratos, copos, toalhas e roupas de cama.
- Evite aglomerações de pessoas e ambientes de casa devem ser ventilados com frequência.

#ribascontraacovid19

ACOMPANHE NOSSAS AÇÕES: ribasdorioripardo.ms.gov.br
CONHEÇA NOSSO DIÁRIO OFICIAL: ribasdorioripardo.ms.gov.br/diarias
OUVIDORIA MUNICIPAL: (67) 9 9605-1175

PARA NÃO CONTRAIR, USE MÁSCARA QUANDO SAIR.
A PANDEMIA CONTINUA. É PRECISO QUE TODOS MANTENHAM OS CUIDADOS!

COMITÊ GESTOR DE COMBATE À COVID-19

IPTU 2022 **PREFEITURA MUNICIPAL RIBAS DO RIO PARDO**
DADOS DO CONTRIBUINTE:

Pague nos seguintes locais: Bradesco - Brasil - Lotérica (CEF) e Sicredi

IPTU 2022		Receitas				
CONTRIBUINTE	VALOR COM DESCONTO	C-1 MORA/MULTA	C-2 OUTROS ACRÉSCIMOS	TOTAL		
4ª PARCELA Vencimento da 4ª Parcela dia 15 de Setembro de 2022						
Receitas						
CONTRIBUINTE	VALOR COM DESCONTO	C-1 MORA/MULTA	C-2 OUTROS ACRÉSCIMOS	TOTAL		
3ª PARCELA Vencimento da 3ª Parcela dia 15 de Agosto de 2022						
Receitas						
CONTRIBUINTE	VALOR COM DESCONTO	C-1 MORA/MULTA	C-2 OUTROS ACRÉSCIMOS	TOTAL		
2ª PARCELA Vencimento da 2ª Parcela dia 15 de Julho de 2022						
Receitas						
CONTRIBUINTE	VALOR COM DESCONTO	C-1 MORA/MULTA	C-2 OUTROS ACRÉSCIMOS	TOTAL		
1ª PARCELA Vencimento da 1ª Parcela dia 15 de Junho de 2022						
Receitas						
CONTRIBUINTE	VALOR COM DESCONTO	C-1 MORA/MULTA	C-2 OUTROS ACRÉSCIMOS	TOTAL		
COTA ÚNICA Vencimento da Parcela Única dia 15 de Junho de 2022						
Receitas						
CONTRIBUINTE	VALOR COM DESCONTO	C-1 MORA/MULTA	C-2 OUTROS ACRÉSCIMOS	TOTAL		

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

Rua Conceição do Rio Pardo, 1725 – Centro – Ribas do Rio Pardo/MS

CEP: 79180-000

Tel.: (67) 3238-1175

www.ribasdorioripardo.ms.gov.br

ITEM - Crachá em PVC, tamanho 5,4 cm largura x 8,6 cm comprimento. Com impressão colorida do brasão do Município, fotografia e nome do servidor. Impressão apenas na frente. Com presilha "jacaré" e cordão.





PREFEITURA MUNICIPAL
RIBAS DO RIO PARDO

FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

ITEM - Declaração de comparecimento - confeccionado em papel sulfite 63g/m², cor branco, dimensões aproximadas 19 x 14 cm, impressão monocromática frente. Apresentação: bloco 50 folhas, uma via. (conforme modelo disposto pela Secretaria Municipal de Saúde).



ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBAS DO RIO PARDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO *de comparecimento*

Declaramos para os devidos fins que o Sr (a)

_____ compareceu nesta

Unidade

Secretaria de Saúde para atendimento na data de ____/____/____

de ____ horas até ____ horas.

Responsável pelo atendimento

Ribas do Rio Pardo ____/____/____

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

Rua Conceição do Rio Pardo, 1725 – Centro – Ribas do Rio Pardo/MS

CEP: 79180-000

Tel.: (67) 3238-1175

www.ribasdoripardo.ms.gov.br



ITEM - Ficha acidente de trabalho grave - SINAN - confeccionada em papel a4 75gr², 2 vias, carbonada, impressão frente, dimensão aproximada 21 x 30cm, bloco com 50 folhas.

300

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO

Nº _____

Definição de caso: Todo caso de acidente de trabalho por causas não naturais compreendidas por acidentes e violências (Capítulo XX da CID-10 V01 a Y98), que ocorrem no ambiente de trabalho ou durante o exercício do trabalho quando o trabalhador estiver realizando atividades relacionadas à sua função, ou a serviço do empregador ou representando os interesses do mesmo (Típico) ou no percurso entre a residência e o trabalho (Trajeto) que provoca lesão corporal ou perturbação funcional, podendo causar a perda ou redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho e morte.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		3 Data da Notificação	
	2 Agravado/ença	ACIDENTE DE TRABALHO		Código (CID10) Y 96	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Acidente		
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS			
Dados de Residência	16 Nome da mãe	17 UF	18 Município de Residência	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código		
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP		
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)		
Dados Complementares do Caso					
Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação				
	32 Situação no Mercado de Trabalho				
	33 Tempo de Trabalho na Ocupação	34 Local Onde Ocorreu o Acidente			
	Dados da Empresa Contratante				
	35 Registro/ CNPJ ou CPF	36 Nome da Empresa ou Empregador			
	37 Atividade Econômica (CNAE)	38 UF	39 Município	Código (IBGE)	
	40 Distrito	41 Bairro	42 Endereço		
	43 Número	44 Ponto de Referência	45 (DDD) Telefone		
	Acidente de Trabalho Grave Sinan Net SVS 21/06/2019				



FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

Antecedentes Epidemiológicos	46 O Empregador é Empresa Terceirizada 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			
	47 Se Empresa Terceirizada, Qual o CNAE da Empresa Principal		48 CNPJ da Empresa Principal	
	49 Razão Social (Nome da Empresa)			
Dados do Acidente	50 Hora do Acidente H (hora) M (minutos)		51 Horas Após o Início da Jornada H (hora) M (minutos)	
	52 UF	53 Município de Ocorrência do Acidente	Código (IBGE)	54 Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98) CID 10
	55 Tipo de Acidente 1- Típico 2- Trajeto 9- Ignorado		56 Houve Outros Trabalhadores Atingidos 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	57 Se Sim, Quantos
Dados do Atendimento Médico	58 Ocorreu Atendimento Médico? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		59 Data do Atendimento	
	61 Município do Atendimento		Código (IBGE)	62 Nome da U. S. de Atendimento
	63 Partes do Corpo Atingidas 01- Olho 04- Tórax 07- Membro superior 10- Todo o corpo 02- Cabeça 05- Abdome 08- Membro inferior 11- Outro 03- Pescoço 06- Mão 09- Pé 99- Ignorado		64 Diagnóstico da Lesão CID 10	65 Regime de Tratamento 1- Hospitalar 2- Ambulatorial 3- Ambos 9- Ignorado
Conclusão	66 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Incapacidade temporária 3 - Incapacidade parcial permanente 4 - Incapacidade total permanente 5 - Óbito por acidente de trabalho grave 6 - Óbito por outras causas 7 - Outro 9 - Ignorado			
	67 Se Óbito, Data do Óbito		68 Foi Emitida a Comunicação de Acidente no Trabalho - CAT 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado	
Informações complementares e observações				
Descrição sumária de como ocorreu o acidente/ atividade/ causas/ condições/ objeto/ agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente				
Outras informações:				
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. de Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	



ITEM - Ficha acidente por animais peçonhentos - SINAN - confeccionada em papel a4 75gr², 2 vias, carbonada, impressão frente, dimensão aproximada 21 x 30cm, bloco com 50 folhas.

100

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO

Nº _____

ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

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

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

Animais Peçonhentos Sinan Net SVS 19/01/2006



Tratamento	49 Classificação do Caso 1 - Leve 2 - Moderado 3 - Grave 9 - Ignorado	50 Soroterapia 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	51 Se Soroterapia Sim, especificar número de ampolas de soro: Antibotrópico (SAB) <input type="text"/> Anticrotático (SAC) <input type="text"/> Antiaracnídico (SAAr) <input type="text"/> Antibotrópico-laquético (SABL) <input type="text"/> Antielapídico (SAE) <input type="text"/> Antiloxoscélico (SALox) <input type="text"/> Antibotrópico-crotático (SABC) <input type="text"/> Antiescorpiônico (SAEs) <input type="text"/> Antilonômico (SALon) <input type="text"/>	
	52 Complicações Locais 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	53 Se Complicações Locais Sim, especificar: Infecção <input type="text"/> Necrose <input type="text"/> Síndrome <input type="text"/> Déficit <input type="text"/> Secundária <input type="text"/> Extensa <input type="text"/> Compartmental <input type="text"/> Funcional <input type="text"/> Amputação <input type="text"/>
	54 Complicações Sistêmicas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	55 Se Complicações Sistêmicas Sim, especificar: Insuficiência <input type="text"/> Insuficiência Respiratória / <input type="text"/> Renal <input type="text"/> Edema Pulmonar Agudo <input type="text"/> Septicemia <input type="text"/> Choque <input type="text"/>
Conclusão	56 Acidente Relacionado ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	57 Evolução do Caso 1-Cura 2-Óbito por acidentes por animais peçonhentos 3-Óbito por outras causas 9-Ignorado
	58 Data do Óbito <input type="text"/> 59 Data do Encerramento <input type="text"/>	

Acidentes com animais peçonhentos: manifestações clínicas, classificação e soroterapia				
Tipo		Manifestações Clínicas	Tipo Soro	Nº ampolas
OFIDISMO	Botrópico jararaca jararacucu urutu caçaca	Leve: dor, edema local e equimose discreto	SAB	2 - 4
		Moderado: dor, edema e equimose evidentes, manifestações hemorrágicas discretas		4 - 8
		Grave: dor e edema intenso e extenso, bolhas, hemorragia intensa, oligoanúria, hipotensão		12
	Crotálico cascavel boicinianga	Leve: ptose palpebral, turvação visual discretos de aparecimento tardio, sem alteração da cor da urina, mialgia discreta ou ausente	SAC	5
		Moderado: ptose palpebral, turvação visual discretos de início precoce, mialgia discreta, urina escura		10
		Grave: ptose palpebral, turvação visual evidentes e intensos, mialgia intensa e generalizada, urina escura, oligúria ou anúria		20
ESCORPIONISMO	Laquético surucuru pico-de-jaca	Moderado: dor, edema, bolhas e hemorragia discreta	SABL	10
		Grave: dor, edema, bolhas, hemorragia, cólicas abdominais, diarreia, bradicardia, hipotensão arterial		20
	Elapídico coral verdadeira	Grave: dor ou parestesia discreta, ptose palpebral, turvação visual	SAEL	10
	Escorpiônico escorpião	Leve: dor, eritema e parestesia local	SAEsc ou SAA	---
		Moderado: sudorese, náuseas, vômitos ocasionais, taquicardia, agitação e hipertensão arterial leve		2 - 3
		Grave: vômitos profusos e incoercíveis, sudorese profusa, prostração, bradicardia, edema pulmonar agudo e choque		4 - 6
ARANHEISMO	Loxoscélico aranha-marrom	Leve: lesão incompleta sem aranha identificada	SAA ou SALox	---
		Moderado: lesão sugestiva com equimose, palidez, eritema e edema endurecido local, cefaléia, febre, exantema		5
		Grave: lesão característica, hemólise intravascular		10
	Foneutrismo aranha-armadeira aranha-da-banana	Leve: dor local	SAA	---
Moderado: sudorese ocasional, vômitos ocasionais, agitação, hipertensão arterial		2 - 4		
LONOMIA	fatutana oruga	Grave: sudorese profusa, vômitos frequentes, priapismo, edema pulmonar agudo, hipotensão arterial	SALon	5 - 10
		Leve: dor, eritema, adenomegalia regional, coagulação normal, sem hemorragia		---
		Moderado: alteração na coagulação, hemorragia em pele e/ou mucosas		5
		Grave: alteração na coagulação, hemorragia em vísceras, insuficiência renal		10

Informações complementares e observações

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

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

Animais Peçonhentos

Sinan Net

SVS 19/01/2006



ITEM - Ficha atendimento anti-rábico humano grave - SINAN - confeccionada em papel a4 75gr², 2 vias, carbonada, impressão frente, dimensão aproximada 21 x 30cm, bloco com 50 folhas.

350

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO**

Nº _____

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravo/doença ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO	Código (CID10) W 64	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Atendimento	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mes 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - (data gestacional) ignorada 5-Não 6- Não se aplica 8- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 8- Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Educação fundamental completa (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Educação média incompleta (antigo colegial ou 2º grau) 6-Educação média completa (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica	15 Número do Cartão SUS		
16 Nome da mãe				
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
28 (DDD) Telefone				
29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado				
30 País (se residente fora do Brasil)				
Dados Complementares do Caso				
Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação			
	32 Tipo de Exposição ao Vírus Rábico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Contato Indireto Amanhadura Lambedura Mordedura Outro			
	33 Localização 1 - Sim 2 - Não 3 - Desconhecida Mucosa Cabeça/Pescoço Mãos/Pés Tronco Membros Superiores Membros Inferiores			
	34 Ferimento 1 - Único 2 - Múltiplo 3 - Sem ferimento 35 Tipo de Ferimento 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Profundo Superficial Dilacerante			
36 Data da Exposição				
37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Pré-Exposição Pós-Exposição				
38 Se Houve, quando foi concluído? 1 - Até 90 dias 2 - Após 90 dias 39 Nº de Doses Aplicadas				
40 Espécie do Animal Agressor 1 - Canina 2 - Felina 3 - Quiróptera (Morcego) 4 - Primata (Macaco) 5 - Raposa 6 - Herbívoro doméstico (especificar) 7 - Outra				
41 Condição do Animal para Fins de Conduta do Tratamento 1 - Sadio 2 - Suspeito 3 - Raivoso 4 - Morto/ Desaparecido 42 Animal Passível de Observação ? (Somente para Cão ou Gato) 1 - Sim 2 - Não				
Tratamento Atual	43 Tratamento Indicado 1 - Pré Exposição 2 - Dispensa de Tratamento 3 - Observação do animal (se cão ou gato) 4 - Observação + Vacina 5 - Vacina 6 - Soro + Vacina 7 - Esquema de Reexposição			
	44 Vacina Laboratório Produtor Vacina 1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4 - Outro (especificar)			
	45 Número do Lote			
46 Data do Vencimento				

SVS 27/09/2005




RUB.

47) Datas das Aplicações da Vacina (dia e mês)				
Data da 1ª dose <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; position: relative;"><div style="background-color: #ccc; width: 100%; height: 100%;"></div></div>	Data da 2ª dose <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; position: relative;"><div style="background-color: #ccc; width: 100%; height: 100%;"></div></div>	Data da 3ª dose <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; position: relative;"><div style="background-color: #ccc; width: 100%; height: 100%;"></div></div>	Data da 4ª dose <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; position: relative;"><div style="background-color: #ccc; width: 100%; height: 100%;"></div></div>	Data da 5ª dose <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; position: relative;"><div style="background-color: #ccc; width: 100%; height: 100%;"></div></div>
48) Condição Final do Animal (após período de observação) 1 - Negativo para Raiva (Clínica) 2 - Negativo para Raiva (Laboratório) 3 - Positivo para Raiva (Clínica) 4 - Positivo para Raiva (Laboratório) 5 - Morto/ Sacrificado/ Sem Diagnóstico 9 - Ignorado				
49) Houve Interrupção do Tratamento <input type="checkbox"/>	50) Qual o Motivo da Interrupção <input type="checkbox"/> 1 - Indicação da Unidade de Saúde 2 - Abandono 3 - Transferência			
51) Se houve Abandono do Tratamento, a Unidade de Saúde Procurou o Paciente <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não			52) Evento Adverso à Vacina <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
53) Indicação do Soro Anti-Rábico <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	54) Peso do Paciente _____ Kg.	55) Quantidade de Soro Aplicada _____ ml 1 - Heterólogo 2 - Homólogo		
56) Infiltração de Soro no(s) Local(is) do(s) Ferimento(s) 1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial		57) Laboratório Produtor do Soro Anti-Rábico <input type="checkbox"/> 1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur 4 - Outro (Especificar) _____		
58) Número da Partida _____	59) Evento Adverso ao Soro Anti-Rábico <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		60) Data do Encerramento do Caso _____	
Observações: <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>				
Município/Unidade de Saúde _____			Cód. da Unid. de Saúde _____	
Nome _____	Função _____		Assinatura _____	
Atendimento Anti-Rábico Humano			Sinan Net	
SVS			27/09/2005	



ITEM - Ficha de avaliação, papel simples tipo A4, dimensões aproximadas 21 x 31,50cm, sem numeração e folha única frente e verso. Bloco com 50 folhas.

* Bloco C/ 50



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBAS DO RIO PARDO
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
CLÍNICA DE FISIOTERAPIA
FICHA DE AVALIAÇÃO

NOME:	Nº DE REGISTRO:		
IDADE:	SEXO:	COR:	PROFISSÃO
NATURALIDADE:	PROCEDÊNCIA:		
ENDEREÇO:	TEL:		

ENCAMINHAMENTO:

O.P.

H.M.A.

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO FISIOTERÁPICO:

CONDUTA FISIOTERÁPICA:

OBSERVAÇÕES:



ITEM - Ficha de intoxicação exógena - SINAN - confeccionada em papel A4 75gr², 2 vias, carbonadas, impressão frente, dimensão aproximada 21 x 30cm, bloco com 50 folhas.

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **INTOXICAÇÃO EXÓGENA**

Nº _____

Caso suspeito: todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agroquímicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 2 - Individual

2 Agravado/enferma: **INTOXICAÇÃO EXÓGENA** Código (CID10): **T 65.9** 3 Data da Notificação: _____

4 UF: _____ 5 Município de Notificação: _____ Código (IBGE): _____

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): _____ Código: _____ 7 Data dos Primeiros Sintomas: _____

Dados do Paciente

8 Nome do Paciente: _____ 9 Data de Nascimento: _____

10 (ou) Idade: 1 - Menor 2 - Dia 3 - Mes 4 - Ano 11 Sexo: M - Masculino F - Feminino 12 Gestante: 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional (semana) 5 - Não 6 - Não se aplica 13 Raça/Cor: 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado

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

15 Número do Cartão SUS: _____ 16 Nome da mãe: _____

Dados de Residência

17 UF: _____ 18 Município de Residência: _____ Código (IBGE): _____ 19 Distrito: _____

20 Bairro: _____ 21 Logradouro (rua, avenida, ...): _____ Código: _____

22 Número: _____ 23 Complemento (apto., casa, ...): _____ 24 Geo campo 1: _____

25 Geo campo 2: _____ 26 Ponto de Referência: _____ 27 CEP: _____

28 (DDD) Telefone: _____ 29 Zona: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil): _____

Dados Complementares do Caso

31 Data da Investigação: _____ 32 Ocupação: _____

33 Situação no Mercado de Trabalho: 01 - Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 10 - Trabalhador avulso 02 - Empregado não registrado 06 - Aposentado 11 - Empregador 12 - Outros 03 - Autônomo/ conta própria 07 - Desempregado 08 - Trabalho temporário 99 - Ignorado 04 - Servidor público estatutário

34 Local de ocorrência da exposição: 1 - Residência 2 - Ambiente de trabalho 3 - Trajeto do trabalho 4 - Serviços de saúde 5 - Escolas/creche 6 - Ambiente externo 7 - Outro: _____ 9 - Ignorado

35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência: _____ 36 Atividade Econômica (CNAE): _____

Dados da Exposição

37 UF: _____ 38 Município do estabelecimento: _____ Código (IBGE): _____ 39 Distrito: _____

40 Bairro: _____ 41 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento): _____

42 Número: _____ 43 Complemento (apto., casa, ...): _____ 44 Ponto de Referência do estabelecimento: _____ 45 CEP: _____

46 (DDD) Telefone: _____ 47 Zona de exposição: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 48 País (se estabelecimento fora do Brasil): _____

Intoxicação Exógena Sinan NET SVS 09/06/2005



Dados da Exposição	49. Grupo do agente tóxico/Classificação geral 01. Medicamento 02. Agrotóxico/uso agrícola 03. Agrotóxico/uso doméstico 04. Agrotóxico/uso saúde pública 05. Raticida 06. Produto veterinário 07. Produto de uso Doméstico 08. Cosmético/higiene pessoal 09. Produto químico de uso industrial 10. metal 11. Drogas de abuso 12. Planta tóxica 13. Alimento e bebida 14. Outro 99. Ignorado			
	50. Agente tóxico (informar até três agentes) Nome Comercial/popular		Princípio Ativo	
	1 - _____		1 - _____	
	2 - _____		2 - _____	
Dados do Atendimento	51. Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização 1. Inseticida 2. Herbicida 3. Carapaticida 4. Raticida 5. Fungicida 6. Preservante para madeira 7. Outro 8. Não se aplica 9. Ignorado			
	52. Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual 01. Diluição 02. Pulverização 03. Tratamento de sementes 04. Armazenagem 05. Colheita 06. Transporte 07. Desinfestação 08. Produção/formulação 09. Outros 10. Não se aplica 99. Ignorado			
	53. Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/safras			
	54. Via de exposição/contaminação 1. Digestiva 2. Cutânea 3. Respiratória 4. Ocular 5. Parenteral 6. Vaginal 7. Transplacentária 8. Outros 9. Ignorada			
Condição de Caso	55. Circunstância da exposição/contaminação 01. Uso Habitual 02. Acidental 03. Ambiental 04. Uso terapêutico 05. Prescrição médica inadequada 06. Erro de administração 07. Automedicação 08. Abuso 09. Ingestão de alimento ou bebida 10. Tentativa de suicídio 11. Tentativa de aborto 12. Violência/homicídio 13. Outra 99. Ignorado			
	56. A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		57. Tipo de Exposição 1 - Aguda - única 2 - Aguda - repetida 3 - Crônica 4 - Aguda sobre Crônica 9 - Ignorado	
	58. Tempo decorrido entre a Exposição e o Atendimento 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado			
	59. Tipo de atendimento 1 - Hospitalar 2 - Ambulatorial 3 - Domiciliar 4 - Nenhum 9 - Ignorado			
Informações complementares e observações	60. Houve hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	61. Data de internação ____/____/____ 62. UF			
	63. Município de hospitalização ____/____/____ 64. Unidade de saúde ____/____/____			
	65. Classificação final 1 - Intoxicação confirmada 2 - Só Exposição 3 - Reação Adversa 4 - Outro Diagnóstico 5 - Síndrome de abstinência 9 - Ignorado			
66. Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico CID - 10				
67. Critério de confirmação 1 - Laboratorial 2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico				
68. Evolução do Caso 1 - Cure sem sequelas 2 - Cure com sequelas 3 - Óbito por intoxicação exógena 4 - Óbito por outra causa 5 - Perda de seguimento 9 - Ignorado				
69. Data do óbito ____/____/____				
70. Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT. 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado				
71. Data do Encerramento ____/____/____				
Observações:				
Município/Unidade de Saúde				
Cód. da Unid. de Saúde				
Nome				
Função				
Assinatura				
Intoxicação Exógena				
Sinan NET				
SVS 09/06/2005				



ITEM - Ficha de investigação de surto - SINAN - confeccionada em papel A4 75gr², 1 via, carbonada, impressão frente, dimensão aproximada 21 x 30cm, bloco com 50 folhas.

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SURTO

Nº _____

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 3 - Surto	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos 1 ^{os} Sinais do 1 ^o Caso Suspeito	
Notificação de Surto	8 Nº de Casos Suspeitos/ Expostos até a Data da Notificação			
	9 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6 - Restaurante/ Padaria (similares) 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9 - Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar			
	10 UF	11 Município de Residência	Código (IBGE)	12 Distrito
Dados de Ocorrência	13 Bairro	14 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	15 Número	16 Complemento (apto., casa, ...)	17 Geo campo 1	
	18 Geo campo 2	19 Ponto de Referência	20 CEP	
	21 (DDD) Telefone	22 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	23 País (se residente fora do Brasil)	
	24 Data da Investigação			
Situação Inicial	25 Modo Provável da Transmissão 1- Direta (pessoa a pessoa) 2- Indireta (Veículo comum ou Vetor) 9- Ignorado			
	26 Se indireta, qual o veículo de transmissão provável 1- Alimento/Água 2- Recursos Hídricos Contaminados (poço, rio, reservatório de água) 3- Vetor 4- Produto (medicamentos, agrotóxicos, imunobiológicos, sangue, etc.) 5- Fômite (faca, lençóis, agulhas, etc.) 6- Outro Especificar 9- Ignorado			
	Observações			
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	
	Surto	Sinan NET	SVS 29/05/2006	



FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

ITEM - Ficha de investigação de surto / DTA - SINAN - confeccionada em papel A4 75gr², 2 vias, carbonadas, impressão frente, dimensão aproximada 21 x 30cm, bloco com 50 folhas.

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SURTO - DTA

Nº _____

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação: 3 - Surto

2 Agravado/doença: Código (CID10) _____ 3 Data da Notificação: _____

4 UF: _____ 5 Município de Notificação: _____ Código (IBGE) _____

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora): Código _____ 7 Data dos 1^{os} Sinais do 1^o Caso Suspeito: _____

8 Nº de Casos Suspeitos/ Expostos até a Data da Notificação: _____

Notificação de Surto

9 Local Inicial de Ocorrência do Surto

1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola
4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6 - Restaurante/ Padaria (similares)
7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9 - Casos Dispersos Pelo Município
10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar: _____

Dados de Ocorrência

10 UF: _____ 11 Município de Residência: _____ Código (IBGE) _____ 12 Distrito: _____

13 Bairro: _____ 14 Logradouro (rua, avenida,...): _____ Código _____

15 Número: _____ 16 Complemento (apto., casa, ...): _____ 17 Geo campo 1: _____

18 Geo campo 2: _____ 19 Ponto de Referência: _____ 20 CEP: _____

21 (DDD) Telefone: _____ 22 Zona: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 23 País (se residente fora do Brasil): _____

Situação Inicial

24 Data da Investigação: _____ 25 Modo Provável da Transmissão: 1- Direta (pessoa a pessoa) 2- Indireta (Veículo comum ou Vetor) 9- Ignorado ☐

26 Veículo de Transmissão: 1- Alimento/Água ☐

DTA - Investigação Epidemiológica

27 Número de Entrevistados: _____ 28 Número de Doentes Entrevistados: _____ 29 Número Total de Doentes: _____ 30 Número Total de Hospitalizados: _____ 31 Número de Óbitos: _____

32 Número de Doentes por Faixa Etária e Sexo

Faixa Etária	Sexo			Total
	Masculino	Feminino	Ign	
	Número	Número	Número	Número
< 1				
1 a 4				
5 a 9				
10 a 19				
20 a 49				
50 e +				
Ignorada				
Total				

33 Sinais e Sintomas

Sinais e Sintomas	Doentes	Número
Náuseas		
Vômitos		
Diarréia		
Cefaleia		
Dor Abdominal		
Neurológicos		
Outros		
Febre		

34 Período de Incubação Mínimo (em horas ou dias): 1 - Horas 2 - Dias ☐

35 Período de Incubação Máximo (em horas ou dias): 1 - Horas 2 - Dias ☐

36 Mediana do Período de Incubação (em horas ou dias): 1 - Horas 2 - Dias ☐

37 Local de Produção/Preparação

01 - Ambulantes 05 - Indústria 09 - Residência
02 - Comemorações 06 - Lanchonete / Confeitaria / Padaria 10 - Restaurante
03 - Creche / Escola 07 - Produção Agropecuária 11 - Outros Especificar: _____
04 - Hospital / Unidade de Saúde 08 - Refeitório 99 - Ignorado

38 Local de Ingestão

01 - Ambulantes 05 - Indústria 09 - Residência
02 - Comemorações 06 - Lanchonete / Confeitaria / Padaria 10 - Restaurante
03 - Creche / Escola 07 - Produção Agropecuária 11 - Outros Especificar: _____
04 - Hospital / Unidade de Saúde 08 - Refeitório 99 - Ignorado

Surto - DTA Sinan NET SVS 08/06/2006



FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

39 Fatores Causais 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
<input type="checkbox"/> Matéria-prima Imprópria	<input type="checkbox"/> Manipulação/Preparação Inadequada
<input type="checkbox"/> Conservação Inadequada	<input type="checkbox"/> Outros Especificar _____
Amostras Clínicas	
40 Coletadas Amostras Clínicas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	41 Se SIM, nº de Amostras
42 Resultado 1 (Principal Achado)	43 Nº de Positivas
44 Resultado 2 (Outro Achado)	45 Nº de Positivas
46 Resultado 3 (Outro Achado)	47 Nº de Positivas
Amostras Bromatológicas	
48 Coletadas Amostras de Alimentos 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	49 Se SIM, nº de Amostras
50 Resultado 1 (Principal Achado)	51 Nº de Positivas
52 Resultado 2 (Outro Achado)	53 Nº de Positivas
54 Resultado 3 (Outro Achado)	55 Nº de Positivas
56 Agente Etiológico do Surto (Se possível especificar gênero e espécie)	57 Alimento causador do surto
58 Critério de Confirmação (Referente ao Agente Etiológico)	
1 - Clínico-Epidemiológico 2 - Laboratorial Clínico 3 - Laboratorial Bromatológico 4 - Laboratorial Clínico Bromatológico 5 - Inconclusivo	
59 Data do Encerramento	
60 Medidas Adotadas / Recomendadas	
Observações - descrever ingredientes, modo de preparo e conservação do alimento suspeito. Informar a origem de cada ingrediente (caseiro/industrializado)	
Município/Unidade de Saúde	
Código da Unid. de Saúde	
Investigador	Assinatura
Nome	Função
Surto - DTA	Sinan NET
SVS 08/06/2006	



ITEM - Ficha dengue / Chikungunya - SINAN - confeccionada em papel A4 75gr², 2 vias, carbonada, impressão frente, dimensão aproximada 21 x 30cm, bloco com 50 folhas.

300

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA Nº _____

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

Caso suspeito de Chikungunya: febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/doença	1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA	
	4 UF	5 Município de Notificação	3 Código (CID10) A 90 A 92
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data da Notificação	Código (IBGE)
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante
	13 Raça/Cor	14 Escolaridade	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 Número
	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	25 Geo campo 2
	26 Ponto de Referência	27 CEP	28 (DDD) Telefone
Dados clínicos e laboratoriais	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	31 Data da Investigação
	32 Ocupação	33 Sinais clínicos	
	34 Doenças pré-existentes		
	35 Sorologia (IgM) Chikungunya		
Dados laboratoriais	36 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)	37 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)	38 Resultado
	39 Sorologia (IgM) Dengue	40 Resultado	41 Exame NS1
	42 Resultado	43 Isolamento	44 Resultado
	45 RT-PCR	46 Resultado	47 Sorotipo
48 Histopatologia			49 Imunohistoquímica

Chikungunya/Dengue Sinan Online SVS 14/03/2016



RUB.

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		51 Data da Internação		52 UF	53 Município do Hospital		Código (IBGE)	
	54 Nome do Hospital				Código		55 (DDD) Telefone		
Conclusão	Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)								
	56 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado					57 UF	58 País		
	59 Município		Código (IBGE)		60 Distrito		61 Bairro		
	62 Classificação 5-Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarme 12- Dengue Grave 13- Chikungunya				63 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratório 2 - Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação		64 Apresentação clínica 1- Aguda 2- Crônica		
Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave	65 Evolução do Caso 1-Cura 2- Óbito pelo agravado 3- Óbito por outras causas 4-Óbito em investigação 9-Ignorado				66 Data do Óbito		67 Data do Encerramento		
	Preencher os sinais clínicos para Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave								
Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave	68 Dengue com sinais de alarme 1-Sim 2- Não		<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes		<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematócrito		69 Data de início dos sinais de alarme:		
	<input type="checkbox"/> Hipotensão postural e/ou hipotímia		<input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua		<input type="checkbox"/> Hepatomegalia >= 2cm				
	<input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas		<input type="checkbox"/> Letargia ou irritabilidade		<input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos				
			<input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias						
Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave	70 Dengue grave 1-Sim 2- Não		Sangramento grave:		<input type="checkbox"/> Hematêmese		<input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa		
	Extravasamento grave de plasma:		<input type="checkbox"/> Taquicardia		<input type="checkbox"/> Melena		<input type="checkbox"/> Sangramento do SNC		
	<input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável		<input type="checkbox"/> Extremidades frias		Comprometimento grave de órgãos:		<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000		
	<input type="checkbox"/> PA convergente <= 20 mmHg		<input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia		<input type="checkbox"/> Miocardite		<input type="checkbox"/> Alteração da consciência		
Investigador	71 Data de início dos sinais de gravidade:								
	Informações complementares e observações								
Observações Adicionais									
Município/Unidade de Saúde								Cod. da Unid. de Saúde	
Nome				Função				Assinatura	

SVS 14/03/2016



PREFEITURA MUNICIPAL
RIBAS DO RIO PARDO

FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

ITEM - Ficha de notificação - SINAN - confeccionada em papel A4 75gr², 2 vias, carbonadas, impressão frente, dimensão aproximada 21 x 30cm, bloco com 50 folhas.

150

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº _____

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SURTO

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 3 - Surto	3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
Notificação de Surto	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos 1 ^{os} Sinais do 1 ^o Caso Suspeito
	8 Nº de Casos Suspeitos/ Expostos até a Data da Notificação		
	9 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6 - Restaurante/ Padaria (similares) 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9 - Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar _____		
Dados de Ocorrência	10 UF	11 Município de Residência	Código (IBGE)
	12 Distrito		
	13 Bairro	14 Logradouro (rua, avenida,...)	Código
	15 Número	16 Complemento (apto., casa, ...)	17 Geo campo 1
	18 Geo campo 2	19 Ponto de Referência	20 CEP
Situação Inicial	21 (DDD) Telefone	22 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	23 País (se residente fora do Brasil)
	24 Data da Investigação	25 Modo Provável da Transmissão 1- Direta (pessoa a pessoa) 2- Indireta (Veículo comum ou Vetor) 9- Ignorado	
	26 Se indireta, qual o veículo de transmissão provável 1- Alimento/Água 2- Recursos Hídricos Contaminados (poço, rio, reservatório de água) 3- Vetor 4- Produto (medicamentos, agrotóxicos, imunobiológicos, sangue, etc.) 5- Fômite (faca, lençóis, agulhas, etc.) 6- Outro Especificar _____ 9- Ignorado		
Observações			
Investigador			
Município/Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde	
Nome	Função	Assinatura	
Surto	Sinan NET	SVS 29/05/2006	

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

Rua Conceição do Rio Pardo, 1725 – Centro – Ribas do Rio Pardo/MS

CEP: 79180-000

Tel.: (67) 3238-1175

www.ribasdoripardo.ms.gov.br



ITEM - Ficha de notificação / investigação individual - confeccionada em papel A4 75gr², 2 vias, carbonadas, impressão frente, dimensão aproximada 21 x 30cm, bloco com 50 folhas..

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº _____

FICHA DE NOTIFICAÇÃO

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tacoma	3 Data da Notificação
	2 Agravado/doença	4 UF 5 Município de Notificação
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
	12 Gestante 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorado 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
Notificação de Surto	14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginasio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginasio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica	15 Número do Cartão SUS
	16 Nome da mãe	17 Data dos 1ºs Sintomas do 1º Caso Suspeito
	18 Nº de Casos Suspeitos/Expostos	19 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6 - Restaurante/ Padaria 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9 - Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar
	20 UF 21 Município de Residência	22 Distrito
Dados de Residência	23 Bairro	24 Logradouro (rua, avenida,...)
	25 Número	26 Complemento (apto., casa, ...)
	27 Geo campo 1	28 Geo campo 2
	29 Ponto de Referência	30 CEP
Notificante	31 (DDD) Telefone	32 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
	33 País (se residente fora do Brasil)	

Município/Unidade de Saúde

Nome _____ Função _____ Assinatura _____

Notificação Sinan NET SVS 17/07/2006



DADOS COMPLEMENTARES

(ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO)

Notificação Individual	01	Data da coleta da 1ª amostra da sorologia	02	Data da coleta da 1ª amostra de outra amostra	03	Especificar tipo de exame :		
	04	Óbito ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	05	Contato com caso semelhante ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	06	Presença de exantema ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	07	Data do início do exantema	08	Presença de petéquias ou sufusões hemorrágicas ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	09	Foi realizado liquor ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	10	Resultado da bacterioscopia :				
	11	O paciente tomou vacina contra agravo notificado neste impresso ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	12	Data da última dose tomada	13	Ocorreu hospitalização ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	14	Data da hospitalização
	15	UF	16	Município do hospital	Código (IBGE)	17	Nome do hospital	Código
	Notificação Surto	18 Hipóteses diagnósticas no momento da notificação 1ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____ 2ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____						
		Local prov. infecção	19 Local provável de infecção (classificação provisória) País: _____ UF: _____ Município: _____ Distrito: _____ Bairro: _____					

Dados Complementares/ Notificação

SVS 17/07/2006



RUB.

[illegible]

www.ribasdoriopardo.ms.gov.br



FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

ITEM - Ficha hanseníase - SINAN - confeccionada em papel A4 75gr², 2 vias, carbonadas, impressão frente, dimensão aproximada 21 x 30cm, bloco com 50 folhas.

150

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO **HANSENÍASE**

Nº _____

Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia:
- lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	HANSENÍASE		3 Código (CID10) A 30.9
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Código	7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorada	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
	14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica			
15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	19 Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		22 Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares do Caso				
Dados Clínicos	31 Nº do Prontuário	32 Ocupação		
	33 Nº de Lesões Cutâneas	34 Forma Clínica 1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não classificado	35 Classificação Operacional 1 - PB 2 - MB	36 Nº de Nervos afetados
Avaliação	37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico 0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado			
	38 Modo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 - Outros Reingressos 9 - Ignorado			
Dados Lab.	39 Modo de Detecção do Caso Novo 1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado			
	40 Baciloscopia 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não realizada 9 - Ignorado			
Tratamento	41 Data do Início do Tratamento			
	42 Esquema Terapêutico Inicial 1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos			
Med. Contr.	43 Número de Contatos Registrados			
	Observações adicionais:			
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde
	Nome Hanseníase			Assinatura SVS 30/10/2007
	Função Sinan NET			



ITEM - Ficha hepatite virais - SINAN - confeccionada em papel a4 75gr², 2 vias, carbonadas, impressão frente, dimensão aproximada 21 x 30cm, bloco com 50 folhas.

200

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **HEPATITES VIRAIS**

Nº _____

CASO CONFIRMADO
Hepatite A: - Indivíduo que apresente anti-HAV IgM reagente
- Indivíduo que preencha as condições de caso suspeito e que apresente vínculo epidemiológico com caso confirmado (anti-HAV IgM reagente) de hepatite A
- Menção de hepatite A em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.
Hepatite B: - Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite B a seguir:
- HBsAg reagente - Anti-HBc IgM reagente - HBV-DNA detectável
- Menção de hepatite B em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.
Hepatite C: - Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite C a seguir:
- Anti-HCV reagente - HCV-RNA detectável
- Menção de hepatite C em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.
Hepatite D: - Caso confirmado de Hepatite B, com pelo menos um dos marcadores a seguir:
- Anti-HDV total reagente - HDV-RNA detectável
- Menção de hepatite D em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.
Hepatite E: - Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite E a seguir:
- Anti-HEV IgM e anti-HEV IgG reagentes - HEV-RNA detectável
- Menção de hepatite E em qualquer um dos campos da declaração de óbito ou após investigação do óbito por hepatite sem etiologia especificada.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/doença	HEPATITES VIRAIS	
	3 Código (CID10)	B 19	
Dados de Residência	4 UF	5 Município de Notificação	6 Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	10 (ou) Idade
Notificação Individual	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-idade gestacional ignorada 5-Não 6-Não se aplica 8-Paro	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Indígena 5-Ignorado
	14 Escolaridade 0-Avaliável 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginsão ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginsão ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe
	17 UF	18 Município de Residência	19 Código (IBGE)
Dados de Residência	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
Antecedentes Epidemiológicos	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares do Caso		
	31 Data da Investigação	32 Ocupação	
Antecedentes Epidemiológicos	33 Suspeita de: 1 - Hepatite A 2 - Hepatite B/C 3 - Não especificada	34 Tomou vacina para: 1 - Completa 2 - Incompleta 3 - Não vacinado 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Hepatite A <input type="checkbox"/> Hepatite B
	35 Institucionalizado em 1 - Creche 2 - Escola 3 - Asilo 4 - Empresa 5 - Penitenciária 6 - Hospital/clínica 7 - Outras 8 - Não institucionalizado 9 - Ignorado	36 Agravos associados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	37 Contato com paciente portador de HBV ou HBC 1-Sim, há menos de seis meses 2-Sim, há mais de seis meses 3-Não 9-Ignorado
	Hepatitis Virais Sinan NET SVS 29/09/2006		



FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

Antecedentes Epidemiológicos	38 O paciente foi submetido ou exposto a 1 - Sim, há menos de seis meses 2 - Sim, há mais de seis meses 3 - Não 9 - Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Medicamentos Injetáveis <input type="checkbox"/> Tatuagem/Piercing <input type="checkbox"/> Acidente com Material Biológico		
	<input type="checkbox"/> Drogas inaláveis ou Crack <input type="checkbox"/> Acupuntura <input type="checkbox"/> Transfusão de sangue /derivados		
	<input type="checkbox"/> Drogas injetáveis <input type="checkbox"/> Tratamento Cirúrgico <input type="checkbox"/> Tratamento Dentário		
Dados Laboratoriais	39 Data do acidente ou transfusão ou transplante		
	40 Local/ Município da Exposição (para caso de Hepatite A - local referenciado no campo 35) (para caso de Hepatite B/C - local de hemodíalise, transfusão de sangue e derivados, transplante, etc.)		
	UF	Município de exposição	Local de exposição
	Fone		
Conclusão	41 Dados dos comunicantes		
	Nome	Idade D-Dias M-Meses A-Anos	Tipo de contato 1-Não sexual/domiciliar 2-Sexual/domiciliar 3-Sexual/inô domiciliar 4-Uso de drogas 5-Outro 9-Ignorado
	HBsAg 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	Anti-HBc total 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	Anti-HCV 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado
	Indicado vacina contra Hepatite B 1-Sim 2-Não 3-Indivíduo já imune 9-Ignorado	Indicado imunoglobulina humana anti hepatite B 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
Investigador	42 Paciente encaminhado de <input type="checkbox"/> 1- Banco de sangue <input type="checkbox"/> 2- Centro de Testagem e aconselhamento (CTA) <input type="checkbox"/> 3- Não se aplica		
	43 Data da Coleta da Amostra Realizada em Banco de Sangue ou CTA		
	44 Resultado da Sorologia do Banco de Sangue ou CTA		
	45 Data da Coleta da Sorologia / Teste rápido		
Investigador	46 Resultados Sorológicos/Viroológicos/Teste rápido		
	47 Genótipo para HCV		
	48 Classificação final		
	49 Forma Clínica		
Investigador	50 Classificação Etiológica		
	51 Provável Fonte / Mecanismo de Infecção		
	52 Data do Encerramento		
	Observações:		
Investigador	Município/Unidade de Saúde		
	Código da Unid. de Saúde		
	Nome		
	Função		
Investigador	Assinatura		
	Hepatitis Virais		
	Sinan NET		
	SVS 29/09/2006		



PREFEITURA MUNICIPAL
RIBAS DO RIO PARDO

FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

ITEM - Ficha notificação negativa semanal - doenças exantemáticas (sarampo e rubéola) - confeccionada em papel A4 75gr², 2 vias, carbonadas, impressão frente, dimensão aproximada 21 x 30cm, bloco com 60 folhas.

420 7 bloco de 60 folhas
carbonado



ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBAS DO RIO PARDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

NOTIFICAÇÃO NEGATIVA SEMANAL – DOENÇAS EXANTEMÁTICAS (SARAMPO E RUBÉOLA)

UNIDADE DE SAÚDE: _____

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA: _____

MÊS: _____ ANO: _____

Observações:

Responsável pela Notificação carimbo e assinatura.

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

Rua Conceição do Rio Pardo, 1725 – Centro – Ribas do Rio Pardo/MS

CEP: 79180-000

Tel.: (67) 3238-1175

www.ribasdoeriopardo.ms.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL
RIBAS DO RIO PARDO

FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

ITEM - Ficha notificação negativa semanal - paralisia flácida aguda / poliomelite – Confeccionada em papel A4 75gr², 2 vias, carbonadas, impressão frente, dimensão aproximada 21 x 30cm, bloco com 60 folhas.

420 + folhas de 60 folhas
carbonadas



ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBAS DO RIO PARDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

NOTIFICAÇÃO NEGATIVA SEMANAL – PARALISIA FLÁCIDA AGUDA/POLIOMELITE

UNIDADE DE SAÚDE: _____

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA: _____

MÊS: _____ ANO: _____

Observações:

Responsável pela Notificação carimbo e assinatura.

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

Rua Conceição do Rio Pardo, 1725 – Centro – Ribas do Rio Pardo/MS

CEP: 79180-000

Tel.: (67) 3238-1175

www.ribasdoeriopardo.ms.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL
RIBAS DO RIO PARDO

FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

ITEM - Ficha notificação negativa semanal - tétano neonatal e tétano acidental - confeccionada em papel A4 75gr², 2 vias, carbonadas, impressão frente, dimensão aproximada 21 x 30cm, bloco com 60 folhas.



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo
Secretaria Municipal de Saúde

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

NOTIFICAÇÃO NEGATIVA SEMANAL – TÉTANO NEONATAL E TÉTANO ACIDENTAL

UNIDADE DE SAÚDE: _____

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA: _____

MÊS: _____

ANO: _____

DATA DA NOTIFICAÇÃO: _____

TNT		TA		OPORTUNIDADE		
Pos	Neg	Pos	Neg	Oportuna	Atraso	Não Notificado

Dados do caso:

Responsável pela Notificação

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

Rua Conceição do Rio Pardo, 1725 – Centro – Ribas do Rio Pardo/MS

CEP: 79180-000

Tel.: (67) 3238-1175

www.ribasdoriopardo.ms.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL
RIBAS DO RIO PARDO

FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

ITEM - Ficha tuberculose - SINAN - confeccionada em papel A4 75gr², 1 via, carbonada, impressão frente, dimensão aproximada 21 x 30cm, bloco com 50 folhas.

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE

Nº _____

CRITÉRIO LABORATORIAL - é todo caso que, independentemente da forma clínica, apresenta pelo menos uma amostra positiva de baciloscopia, ou de cultura, ou de teste rápido molecular para tuberculose.
CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO - é todo caso que não preenche o critério de confirmação laboratorial acima descrito, mas que recebeu o diagnóstico de tuberculose ativa. Essa definição leva em consideração dados clínico-epidemiológicos associados à avaliação de outros exames complementares (como os de imagem, histológicos, entre outros).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/doença	TUBERCULOSE	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante
	14 Escolaridade	13 Raça/Cor	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
Dados Complementares do Caso	31 Nº do Prontuário	32 Tipo de Entrada	33 Populações Especiais
	34 Beneficiário de programa de transferência de renda do governo	35 Forma	36 Se Extrapulmonar
	37 Doenças e Agravos Associados	38 Baciloscopia de Escarro (diagnóstico)	39 Radiografia do Tórax
	40 HIV	41 Terapia Antirretroviral Durante o Tratamento para a TB	42 Histopatologia
	43 Cultura	44 Teste Molecular Rápido TB (TMR-TB)	45 Teste de Sensibilidade
	46 Data de Início do Tratamento Atual	47 Total de Contatos Identificados	

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

Tuberculose

Sinan NET

SVS 02/10/2014

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

Rua Conceição do Rio Pardo, 1725 – Centro – Ribas do Rio Pardo/MS

CEP: 79180-000

Tel.: (67) 3238-1175

www.ribasdorriopardo.ms.gov.br



RUB.

420 7 ltrios 60 folhas
Carandá



MUNICÍPIO: RIBAS DO RIO PARDO NRS: CAMPO GRANDE

UNIDADE DE SAÚDE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE


HOUVE REGISTRO DE SURTO(S) DE DTA: () NÃO () SIM*
QUANTOS? _____ INVESTIGADOS: _____
*SE SIM DESCREVER O SURTO ABAIXO:

[illegible]

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: _____
DATA: _____

www.ribasdoriopardo.ms.gov.br

ITEM - Folders coloridos para ISTs, campanha do tabagismo.



INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

A PRÁTICA EDUCATIVA COMO PREVENÇÃO

ESCOLA DE REFERÊNCIA EM ENSINO MÉDIO
REGINA PACIS

Organizadores: Estudantes do 2º ano "B"
Professor Orientador: Givaldo Paulo Barbosa

O que são IST?

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são infecções causadas por vírus, bactérias ou outros micróbios que se transmitem, principalmente, através das relações sexuais sem o uso de preservativo com uma pessoa que esteja infectada, e geralmente se manifestam por meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas nos órgãos genitais.

É importante você saber que:

Algumas IST podem não apresentar sintomas, tanto no homem quanto na mulher. E isso requer que, se fizerem sexo sem camisinha, procurem o serviço de saúde para consultas com um profissional de saúde periodicamente. Essas infecções quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves, como infertilidades, câncer e até a morte.

As IST mais comuns são:

Aids: é causada pelo HIV que significa vírus da imunodeficiência humana e destrói o sistema imunológico. É transmitido principalmente por relações sexuais (vaginais, anais ou orais) desprotegidas, isto é, sem o uso do preservativo; e compartilhamento de seringas e agulhas contaminadas com sangue.

Gonorréia: Causada por bactérias *Neisseria gonorrhoeae*, quando não tratadas, podem causar infertilidade (dificuldade para ter filhos), dor durante as relações sexuais, gravidez nas trompas, dor ao urinar e secreção anormal do pênis ou da vagina. Os homens podem sentir dor testicular e as mulheres, dor pélvica. Pode ser tratada com antibióticos.

Sífilis: é causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Desenvolve-se em estágios, e os sintomas variam conforme cada estágio. A primeira etapa envolve uma ferida indolor na genitália, no reto ou na boca. Após a cura da ferida inicial, a segunda fase é caracterizada por uma irritação na pele. Depois, não há sintomas até a fase final, que pode ocorrer anos mais tarde. Essa fase final pode resultar em danos para cérebro, nervos, olhos ou coração.

Clamídia: é causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*. Muitas pessoas com clamídia, mesmo sem apresentar sintomas, podem infectar outros indivíduos por contato sexual. Os sintomas incluem dor genital e secreção pela vagina ou pênis, dor ao urinar, corrimento amarelado ou claro, fora da época da menstruação, dor ou sangramento durante a relação sexual.

Tricomoníase: Causada por um protozoário chamado *Trichomonas vaginalis*. Provoca corrimento vaginal de odor desagradável, coceira genital e dor ao urinar nas mulheres. Os homens não costumam apresentar sintomas. As complicações incluem o risco de parto prematuro em gestantes.

Como se prevenir de todas essas IST?

Use camisinha e dialogue com seu/sua parceiro (a) sexual para sempre fazerem sexo com preservativo.

Tratamento

Muitas IST podem ser curadas com tratamentos adequados, mas algumas delas não têm cura e precisam de acompanhamento permanente. Consulte sempre um médico.

Cuide da sua saúde sexual. Previna-se!

Referências:
<https://cargocollective.com/marthacardozo/PMSCS>
<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist>



PREFEITURA MUNICIPAL
RIBAS DO RIO PARDO

FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

Como parar de fumar?

PROGRAMA DE COMBATE AO TABAGISMO

O Município de Ibiaporá aderiu ao programa Programa Nacional de Controle de Tabagismo (PNCT), que consiste em terapias em grupo para motivar fumantes a deixarem de fumar e aumentar o acesso dos mesmos aos métodos eficazes para tratamento da dependência da nicotina, e tem equipes capacitadas para desenvolver estas ações.

Essas terapias em grupo são divididas em quatro sessões onde são esclarecidos os malefícios causados pelo tabaco, as vantagens adquiridas ao deixar de fumar, tanto na saúde como financeiramente. Inicialmente, faz-se a tentativa pelo cognitivo comportamental (aconselhamento), sendo que em alguns casos são prescritos e fornecidos medicamentos para auxiliar no tratamento da dependência. As reuniões acontecem semanal, quinzenal e mensal, de acordo com o perfil do grupo.



DICAS PARA RESISTIR AO DESEJO DE FUMAR

Ao sentir:

Ansiedade: respire profundamente, evite café, mude de afazeres, pense em situações prazerosas.

Irritação: Ande, respire fundo, faça alguma coisa diferente do que está fazendo naquele momento.

Insônia: Tome um copo de leite quente, leia um pouco, pense em coisas relaxantes.

Perda de concentração e cansaço: Caminhe um pouco. Faça algo diferente e procure descansar.

Fome: Coma alimentos de baixa caloria, beba água gelada, faça refeições balanceadas.

Dor de cabeça: Relaxe, procure entender que faz parte da síndrome de abstinência e que passará logo, tome algum remédio se for necessário.

Tosse: Tome água ou sucos naturais.

Evite o primeiro cigarro

Alguns ex-fumantes acabam voltando a fumar por estarem se sentindo tão bem que acham que podem fumar apenas um cigarro ou só acender o cigarro do amigo. Mesmo uma só tragada pode levar você a uma recaída.

Portanto, todo cuidado é pouco...

Recompense sempre seu esforço

Diariamente, guarde o dinheiro que você gastaria com o cigarro e conte-o ao final de cada semana. Pegue o dinheiro que economizou e compre um presente para você ou para quem gosta. Se preferir, saia para fazer um programa diferente.

Se você não conseguir se segurar e fumar, não desanime!

A recaída não é um fracasso. Comece tudo novamente e procure ficar mais atento ao que fez você voltar a fumar.

Uma boa maneira de não voltar a fumar é não fumar mais. Não se permita fumar mais.



Dê a si mesmo quantas chances forem necessárias até você conseguir!

Prefeitura Municipal de Ibiaporá
Secretaria Municipal de Saúde
Divisão de Programas de Saúde



Colabore com o meio ambiente não jogue este papel no chão

PROGRAMA MUNICIPAL DE COMBATE AO TABAGISMO



LEI ESTADUAL Nº 16.239 DE 29/09/2009

IBIPORÁ LIVRE
DA FUMAÇA DO TABACO

GESTÃO
2009-2012

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

Rua Conceição do Rio Pardo, 1725 – Centro – Ribas do Rio Pardo/MS

CEP: 79180-000

Tel.: (67) 3238-1175

www.ribasdoriopardo.ms.gov.br




PREFEITURA MUNICIPAL
RIBAS DO RIO PARDO

FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

ITEM - Impresso de pedido de exames confeccionado em papel Sulfite 63g/m², cor branco, dimensões de 15 x 11 cm, impressão monocromática somente frente. Apresentação: bloco com 100 (cem) folhas, uma via. (conforme modelo disposto pela Secretaria Municipal de Saúde).

 PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBAS DO RIO PARDO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE LABORATÓRIO MUNICIPAL DE SAÚDE			
PEDIDO DE EXAMES			
Paciente: _____			
Idade: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data Nasc.: _____	Prontuário: _____
BIOQUÍMICA			
<input type="checkbox"/> Glicemia de Jejum	<input type="checkbox"/> Colesterol Total	<input type="checkbox"/> BHCG	<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea
<input type="checkbox"/> Ácido Úrico	<input type="checkbox"/> Triglicérides	<input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> VHS
<input type="checkbox"/> Uréia	<input type="checkbox"/> Sódio	HEMATOLOGIA	URINA
<input type="checkbox"/> Creatinina	<input type="checkbox"/> Potássio	<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Urina Tipo 1
<input type="checkbox"/> TGO	<input type="checkbox"/> Amilase	<input type="checkbox"/> Contagem de plaquetas	OUTROS
<input type="checkbox"/> TGO TG + TG1	<input type="checkbox"/> ASLO	<input type="checkbox"/> Eritrograma	<input type="checkbox"/> Parasitológico de Fezes
<input type="checkbox"/> Colesterol HDL	<input type="checkbox"/> PCR	<input type="checkbox"/> Leucograma	<input type="checkbox"/> Pesquisa de Leucócitos Fecais
<input type="checkbox"/> Colesterol LDL	<input type="checkbox"/> Fator Reumatóide	<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Pesquisa de BAAR em Escarro
<input type="checkbox"/> Colesterol VLDL	<input type="checkbox"/> Bilirubinas	<input type="checkbox"/> Coombs Indireto	<input type="checkbox"/> Pesquisa de BAAR em Linfa
	<input type="checkbox"/> Mucoproteínas	<input type="checkbox"/> Coombs Direto	<input type="checkbox"/> Reação de Montenegro
			<input type="checkbox"/> Outros _____
_____/_____/_____ DATA		_____ CARIMBO E ASSINATURA	

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo



Rua Conceição do Rio Pardo, 1725 – Centro – Ribas do Rio Pardo/MS

CEP: 79180-000

Tel.: (67) 3238-1175

www.ribasdoripardo.ms.gov.br

ITEM - Impresso pasta de processo - serviços gráficos (capa de processos) pasta medindo aberto 33x48, medindo fechado 24x33, no papel cartolina 240 gr, frente (impressão monocromática) com 1 dobra - núcleo de contratos e prestação de serviços cor bege.

Núcleo de Contratos e Prestações de Conta

Nº CONTRATO	SECRETARIA	PROCESSO	<input type="radio"/> CONV. <input type="radio"/> TP. <input type="radio"/> CONCOR. <input type="radio"/> DISPENSA

PUBLICADO	DATA DO CONTRATO	VENC. DO CONTRATO

EMPRESA

VALOR DO CONTRATO

Nº DE TERMOS ADITIVOS	DATA DO T.A.	VENC. DO T.A.	DATA DA PUBLICAÇÃO

OBSERVAÇÕES



PREFEITURA MUNICIPAL
RIBAS DO RIO PARDO

FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

ITEM - Impresso receituário simples - confeccionado em papel sulfite 63g/m², cor branco, dimensões de 15 x 21 cm, impressão monocromática somente frente. Apresentação: bloco com 50 (cinquenta) folhas, uma via. (conforme modelo disposto pela Secretaria Municipal de Saúde).

* Bloco C/50

RIBAS DO RIO PARDO
PREFEITURA

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
GERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

*plano
nova*

RECEITUÁRIO

Reverso:

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

Rua Conceição do Rio Pardo, 1725 – Centro – Ribas do Rio Pardo/MS

CEP: 79180-000

Tel.: (67) 3238-1175

www.ribasdorriopardo.ms.gov.br



FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

ITEM - Laudo para solicitação/autorização Proc. Ambulatorial, 2 vias, papel simples tipo a4. Bloco com 50 folhas.

Bloco 950

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

ITEM - Receituário controle especial C1 - confeccionado em papel A4 75gr², 2 vias, numerado, papel carbonado, bloco com 50 folhas.

15.000 Unidades

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBAS DO RIO PARD	
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
Rua Joaquim Francisco Lopes, 2427 - Centro - Ribas do Rio Pardo - CEP 79.180-000 - MS	
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL	
IDENTIFICAÇÃO DO IMITENTE	FLS. _____
502651	PROC. _____
	RUB. _____
Nome Completo: _____	
CRM _____	UF _____ Nº _____
Endereço Completo e Telefone: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Paciente: _____	
Endereço: _____	
Prescrição: _____	
Data: ____/____/____	
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	Assinatura do Farmacêutico _____ _____/_____/_____ Data
RG: _____ Órg. Emissor: _____	
Endereço: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	

GRÁFICA SCANNERS 67 3386-6028 - CNPJ 08.433.376/0001-00 INSC. EST. 28.346.936-6 200 TLS 50X2 - Nº 501.201 à 511.200 / 2021



PREFEITURA MUNICIPAL
RIBAS DO RIO PARDO


FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

ITEM - Receituário permanente/PSF - confeccionado em papel sulfite 63g/m², cor branco, dimensões de 15 x 21 cm, impressão monocromática frente e verso. Apresentação: bloco com 50 folhas, uma via. (conforme modelo disposto pela Secretaria Municipal de Saúde).

frente/verso **Bloco c/50*



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBAS DO RIO PARDO
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
GERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PACIENTE: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____

ÁREA: _____ MICROÁREA: _____ FAMÍLIA: _____

RECEITUÁRIO MÉDICO PERMANENTE/PSF

Nº	DESCRIÇÃO	QUANT.	POSOLOGIA
01			
02			
03			
04			
05			

_____/_____/_____
DATA

NOME PROF. / CRM

RETORNO ____/____/____

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

Rua Conceição do Rio Pardo, 1725 – Centro – Ribas do Rio Pardo/MS

CEP: 79180-000

Tel.: (67) 3238-1175

www.ribasdoripardo.ms.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL
RIBAS DO RIO PARDO

FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

ITEM - Registro de reclamação, confeccionado em papel 63gr², carbonado, 2 vias (primeira via branca e a segunda azul), dimensões aproximadas 15 x 21cm. Bloco de 50 folhas.

500



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBAS DO RIO PARDO
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Departamento de Vigilância Sanitária

REGISTRO DE RECLAMAÇÃO

DE: _____
PARA: _____
NOME DO INFRATOR: _____
RUA: _____
PONTO DE REFERÊNCIA: _____
ASSUNTO: _____

ASS.: _____

Nº _____
HORA: _____
DATA _____
Nº: _____ **BAIRRO:** _____
RECEBI EM ____/____/____
ASS.: _____

1ª VIA (DENUNCIANTE) - 2ª VIA (FISCALIZAÇÃO)

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

Rua Conceição do Rio Pardo, 1725 – Centro – Ribas do Rio Pardo/MS

CEP: 79180-000

Tel.: (67) 3238-1175

www.ribasdoriopardo.ms.gov.br



RUB.

[illegible]

www.ribasdoriopardo.ms.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL
RIBAS DO RIO PARDO

FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

ITEM - Requisição de mamografia - confeccionado em papel sulfite 63g/m², cor branco, dimensões de 21 x 30 cm, impressão monocromática frente e verso. Apresentação: bloco com 50 (cinquenta) folhas, uma via. (conforme modelo disposto pela Secretaria Municipal de Saúde).

*Imprimir / novo *Bloco 50*

MINISTÉRIO DA SAÚDE		REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA	
Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama			
UF	CNES da Unidade de Saúde	Nº Protocolo _____	
Unidade de Saúde		(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)	
Código Município	Município	Prontuário	
INFORMAÇÕES PESSOAIS			
Cartão SUS*	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
Nome Completo do(a) paciente*	Apelido do(a) paciente		
Nome completo da mãe*			
CPF	Nacionalidade		
Data de Nascimento*	Idade*	Cor/Raça <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena / etnia _____	
Dados Residenciais			
Logradouro			
Numero	Complemento	Bairro	UF
Código Município	Município		
CEP	DDD	Telefone	
Ponto de Referência			
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?*		5- Fez radioterapia na mama ou no seio? Em que ano?*	
<input type="checkbox"/> Sim, mama direita <input type="checkbox"/> Sim, mama esquerda <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sim, mama esquerda <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
2- Apresenta risco elevado* para câncer de mama?		6 - Fez cirurgia de mama? Em que ano?*	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		ama direita mama esquerda	
* Risco elevado são: Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de: - câncer de mama antes dos 50 anos de idade; - câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino; Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ. Mulheres com história pessoal de câncer de mama 3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?*		<input type="checkbox"/> Biópsia cirúrgica incisional <input type="checkbox"/> Biópsia cirúrgica excisional <input type="checkbox"/> Centralectomia <input type="checkbox"/> Segmentectomia <input type="checkbox"/> Ductectomia <input type="checkbox"/> Mastectomia <input type="checkbox"/> Mastectomia poupadora pele <input type="checkbox"/> Mastectomia poupadora pele e complexo aréolo-papilar <input type="checkbox"/> Linfadenectomia axilar <input type="checkbox"/> Biópsia de linfonodo sentinela <input type="checkbox"/> Reconstrução mamária <input type="checkbox"/> Mastoplastia redutora <input type="checkbox"/> Inclusão de implantes	
4- Fez mamografia alguma vez?*		<input type="checkbox"/> Não fez cirurgia	
<input type="checkbox"/> Sim. Quando fez a última mamografia? Ano _____			
<input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> Não sabe			

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

Rua Conceição do Rio Pardo, 1725 – Centro – Ribas do Rio Pardo/MS

CEP: 79180-000

Tel.: (67) 3238-1175

www.ribasdoripardo.ms.gov.br



INDICAÇÃO CLÍNICA*	
7- Mamografia diagnóstica	
<input type="checkbox"/> 7a. Achados no exame clínico	
Mama direita <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 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"/> Supraclavicular	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 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"/> Supraclavicular
<input type="checkbox"/> 7b. Controle radiológico Categoria 3	<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	Mama esquerda <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"/> 7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição	<input type="checkbox"/> 7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno
Mama direita <input type="checkbox"/> Categoria 0 <input type="checkbox"/> Categoria 3 <input type="checkbox"/> Categoria 4 <input type="checkbox"/> Categoria 5	Mama esquerda <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	
<input type="checkbox"/> 8a. População alvo <input type="checkbox"/> 8b. População de risco elevado (história familiar) <input type="checkbox"/> 8c. Paciente já tratado de câncer de mama	
Data da solicitação* Responsável* ____/____/____ _____	
Número do Exame: _____ Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia	
ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO	
7- Mamografia Diagnóstica	
7a - Achados no exame clínico	Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supraclavicular)
7b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS*)	Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna
7c - Lesão com diagnóstico de câncer	Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento
7d - Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante	Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta
7e - Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição	Mamografia realizada em pacientes com laudo anterior de outra instituição nas categorias 0, 3, 4 e 5 para revisão de resultados
7f - Controle de lesão após biópsia ou PAAF com resultado benigno	Mamografia realizada em pacientes com laudo anterior de biópsia de fragmento ou PAAF de lesões benignas
8- Mamografia de Rastreamento	
Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos (população alvo) ou maiores de 35 anos com histórico familiar de câncer de mama (paciente já tratado) Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama	
Localização	QSL - Quadrante superior lateral QIL - Quadrante inferior lateral QSM - Quadrante superior medial QIM - Quadrante inferior medial UQlat - União dos quadrantes laterais UQsup - União dos quadrantes superior
	UQinf - União dos quadrantes inferiores UQmed - União dos quadrantes mediais RRA - Região retoroarolar RC - Região central (união de todos os quadrantes) PA - Prolongamento axilar NR - Não realizado



RUB.

ITEM - Resumo semanal do serviço antivetorial confeccionado em papel sulfite 75g/m², dimensões de 30 x 21 cm, impressão monocromática somente frente. Apresentação: via única (conforme modelo disposto pela Secretaria Municipal de Saúde). Bloco com 50 (cinquenta) folhas.

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBAS DO RIO PARDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

MUNICÍPIO		DISTRITO		ZONA		
CAR. LOCALIDADE	TIPO	DELEGADO	COORDENADOR	GER. EPIDEM.	DATA RENO.	CAR. FINAL
	1 - RUA 2 - OUTROS		1 - SIM 2 - NÃO			
1 - CILINDRADO DE BOM		1 - 11 - 7 LEVAM PARA O DEPOSITO + TRATAMENTO		1 - PE PAINEL EXAMINADO		
4 - F. TRATAMENTO		2 - 11 - 7 LEVAM PARA O DEPOSITO + TRATAMENTO		2 - PE PAINEL EXAMINADO		
				3 - PE PAINEL EXAMINADO		
				4 - PE PAINEL EXAMINADO		
RESUMO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL						
Exatidão	Resistência	Controle	TR	PC	Quilô	TOTAL
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS POR TIPO						
A1	A2	B	C	D	E	TOTAL
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS POR TIPO						
LAVAGEM		LAVAGEM		LAVAGEM		ADULTO
Tipos	Quilô. Esp. Trat.	Quilô. Esp. Trat.	Tipos	Quilô. Esp. Trat.	Quilô. Esp. Trat.	ADULTO
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS						
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS POR TIPO						
A1	A2	B	C	D	E	TOTAL
Com Acidez negativa						
Com Acidez positiva						
A1 - Janela II - água	A2 - Janela II - água	B - Janela II - água	C - Janela II - água	D - Janela II - água	E - Janela II - água	
D1 - Janela II - água	D2 - Janela II - água	D3 - Janela II - água	D4 - Janela II - água	D5 - Janela II - água	D6 - Janela II - água	
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS						
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS POR TIPO						
Exatidão	Controle	TR	PC	TOTAL		
Com Acidez negativa						
Com Acidez positiva						
Duvidas						
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS						
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS POR TIPO						
Exatidão	Controle	TR	PC	TOTAL		
Com Acidez negativa						
Com Acidez positiva						
Duvidas						
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS						
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS POR TIPO						
Exatidão	Controle	TR	PC	TOTAL		
Com Acidez negativa						
Com Acidez positiva						
Duvidas						
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS						
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS POR TIPO						
Exatidão	Controle	TR	PC	TOTAL		
Com Acidez negativa						
Com Acidez positiva						
Duvidas						
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS						
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS POR TIPO						
Exatidão	Controle	TR	PC	TOTAL		
Com Acidez negativa						
Com Acidez positiva						
Duvidas						
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS						
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS POR TIPO						
Exatidão	Controle	TR	PC	TOTAL		
Com Acidez negativa						
Com Acidez positiva						
Duvidas						
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS						
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS POR TIPO						
Exatidão	Controle	TR	PC	TOTAL		
Com Acidez negativa						
Com Acidez positiva						
Duvidas						
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS						
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS POR TIPO						
Exatidão	Controle	TR	PC	TOTAL		
Com Acidez negativa						
Com Acidez positiva						
Duvidas						
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS						
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS POR TIPO						
Exatidão	Controle	TR	PC	TOTAL		
Com Acidez negativa						
Com Acidez positiva						
Duvidas						
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS						
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS POR TIPO						
Exatidão	Controle	TR	PC	TOTAL		
Com Acidez negativa						
Com Acidez positiva						
Duvidas						
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS						
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS POR TIPO						
Exatidão	Controle	TR	PC	TOTAL		
Com Acidez negativa						
Com Acidez positiva						
Duvidas						
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS						
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS POR TIPO						
Exatidão	Controle	TR	PC	TOTAL		
Com Acidez negativa						
Com Acidez positiva						
Duvidas						
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS						
RESUMO DE DEPÓSITOS GERENCIADOS POR TIPO						
Exatidão	Controle	TR	PC	TOTAL		

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

Rua Conceição do Rio Pardo, 1725 – Centro – Ribas do Rio Pardo/MS

CEP: 79180-000

Tel.: (67) 3238-1175

www.ribasdoriopardo.ms.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL
RIBAS DO RIO PARD

FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

ITEM - Solicitação de assistência especializada - confeccionado em papel sulfite 63g/m², cor branco, dimensões de 21 x 30 cm, impressão monocromática somente frente. Apresentação: bloco com 50 (cinquenta) folhas, uma via. (conforme modelo disposto pela Secretaria Municipal de Saúde).

RIBAS
DO RIO PARD
PREFEITURA



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE GESTÃO ESTRATÉGICA
COORDENADORIA ESTADUAL DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

**Central de
Regulação**

SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA

DATA:		HORÁRIO:	
*IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE			
UNIDADE:			
MUNICÍPIO:			
TELEFONE E FAX:			
SERVIDOR DA SMS:			
*IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME:			
ENDEREÇO:			
DATA DE NASCIMENTO:		IDADE:	SEXO:
CPF:		TELEFONE:	
NOME DA MÃE:			
PRONTUÁRIO:		CARTÃO SUS:	
*CID E CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
*JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
QUEIXA / H.D. / EX. FÍSICO/ EX. LABORATORIAL / OUTROS EXAMES:			
*CARÁTER DA SOLICITAÇÃO			
<input type="checkbox"/> ELETIVO <input type="checkbox"/> URGENTE			
*PROFISSIONAL SOLICITANTE			
NOME:		CONSELHO DE CLASSE:	
DATA:		HORÁRIO:	ASSINATURA E CARIMBO
AGENDAMENTO			
UNIDADE:		MUNICÍPIO:	
ENDEREÇO:		TELEFONE:	
DATA DO ATENDIMENTO:		HORÁRIO:	
PROFISSIONAL QUE AGENDOU:		TELEFONE:	
MOTIVO DA RECUSO DE AGENDAMENTO:			
O preenchimento deverá ser realizado de forma legível (preferencia letra de forma) todos os campos com asterisco (*) deverão ser preenchidos antes do envio do fax. Preencher o número do prontuário somente em caso de retorno.			

Carimbo Assinatura médico regulador

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

Rua Conceição do Rio Pardo, 1725 – Centro – Ribas do Rio Pardo/MS

CEP: 79180-000

Tel.: (67) 3238-1175

www.ribasdoripardo.ms.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL
RIBAS DO RIO PARDO

FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

ITEM - Solicitação de fisioterapia - confeccionado em papel sulfite 63g/m², cor branco, dimensões de 15 x 21 cm, impressão monocromática somente frente. Apresentação: bloco com 50 (cinquenta) folhas, uma via. (conforme modelo disposto pela Secretaria Municipal de Saúde).

* Bloco 0150



UNIDADE DE
FISIOTERAPIA
MUNICIPAL

Solicitação

*À Unidade de Saúde,
Ao Médico*

Paciente _____,
Prontuário _____, encontra-se em tratamento Fisioterapêutico
nesta unidade, Solicito nova guia de fisioterapia 10 sessões, CID:
_____, para darmos continuidade ao tratamento.

Desde já agradeço.

(67) 3238 – 1251

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

Rua Conceição do Rio Pardo, 1725 – Centro – Ribas do Rio Pardo/MS

CEP: 79180-000

Tel.: (67) 3238-1175

www.ribasdoeriopardo.ms.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL
RIBAS DO RIO PARDO


FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

ITEM - Solicitação de radiografia - confeccionado em papel sulfite 63g/m², cor branco, dimensões aproximadas 15 x 11 cm, impressão monocromática frente e verso. Apresentação: bloco 50 folhas, uma via. (conforme modelo disposto pela Secretaria Municipal de Saúde).

F. logo ** Bloco 01/50*

RIBAS DO RIO PARDO PREFEITURA				Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo HOSPITAL MUNICIPAL RIBAS DO RIO PARDO	
SERVIÇO DE RADIOLOGIA					
Nome: _____					
Idade: _____	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Cor: _____	Prontuário: _____		
Natureza do exame: _____					
____/____/____				CARIMBO E ASSINATURA	

DESCRIÇÃO DO EXAME
____/____/____
CARIMBO E ASSINATURA

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

Rua Conceição do Rio Pardo, 1725 – Centro – Ribas do Rio Pardo/MS

CEP: 79180-000

Tel.: (67) 3238-1175

www.ribasdoripardo.ms.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL
RIBAS DO RIO PARDO

FLS. _____

PROC. _____

RUB. _____

ITEM - Termo de orientação e responsabilidade - confeccionado em papel A4 75 gr², dimensão aproximada 16 x 20cm, com 2 vias (branca/amarela) e carbono, bloco com 50 folhas.

200


PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBAS DO RIO PARDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
~~NÚCLEO DE PREVENÇÃO À SAÚDE~~
COORDENADORIA DE CONTROLE DE VETORES

TERMO DE ORIENTAÇÃO E RESPONSABILIDADE

Eu, _____
residente a Rua _____
Nº _____, Bairro _____, declaro que recebi
orientações de medidas de controle e combate ao mosquito transmissor da Dengue,
pois na data ____/____/____, foram encontrados depósitos do tipo
_____, propícios a proliferação do vetor da Dengue (*Aedes
aegypti/albopictus*), assim sendo, assumo a responsabilidade de executar as
orientações que recebi, ciente que o não cumprimento é passível de notificação pela
Vigilância Sanitária, com fundamento na Lei Nº 1.293 de 21/09/1992 - Código
Sanitário Estadual.

Nome do município, _____
Responsável: _____
Agente de Saúde: _____
Supervisor (a): _____

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

Rua Conceição do Rio Pardo, 1725 – Centro – Ribas do Rio Pardo/MS

CEP: 79180-000

Tel.: (67) 3238-1175

www.ribasdoriopardo.ms.gov.br