



## 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/M <sup>2</sup> , TIPO CADerno ESPIRAL, COM 200 PÁGINAS.	UN	2
2	AGENDAMENTO EXAMES LABORATÓRIO - LABORATÓRIO MUNICIPAL - CONFECCIONADO EM PAPEL A4 75 GR/M <sup>2</sup> , TIPO CADerno ESPIRAL, COM 200 PÁGINAS.	UN	1
3	ATESTADO MÉDICO - CONFECCIONADO EM PAPEL SULFITE 63G/M <sup>2</sup> , 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/M <sup>2</sup> , 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/M <sup>2</sup> , 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/M <sup>2</sup> , 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/M <sup>2</sup> , 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/M <sup>2</sup> , COR CHAMPGNE, 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/M <sup>2</sup> , COR LARANJA, COM TIMBRE	UN	1800

**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](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)



	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/M <sup>2</sup> , 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/M <sup>2</sup> , 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 IDENTIDICAÇÃO DO PACIENTE DE FISIOTERAPIA - CONFECCIONADO EM PAPEL OFFSET FOSCO 180G/M <sup>2</sup> , 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	CONFECÇÃO 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).	M <sup>2</sup>	500
19	CONFECÇÃO DE BLOCO - HEMOGRAMA 10X15CM - NOVO/50 FOLHAS CADA	BLOCO	200
20	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.	UN	10000
21	CONFECÇÃO 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 OVIDORIA COM TELEFONE NA TRASEIRA MEDINDO 15X30 CM, EM RECORTE POLIMÉRICO. CONFORME ARTE APRESENTADA PELO MUNICÍPIO.	UN	236
22	CONFECÇÃO 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 OVIDORIA 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

**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](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)



	NOME DO SERVIDOR. IMPRESSÃO APENAS NA FREnte. COM PRESILHA "JACARÉ" E CORDÃO.		
24	DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO- CONFECCIONADO EM PAPEL SULFITE 63G/M <sup>2</sup> , 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 <sup>2</sup> , 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 <sup>2</sup> , 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 <sup>2</sup> , 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 <sup>2</sup> , 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 <sup>2</sup> , 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 <sup>2</sup> , 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 <sup>2</sup> , 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 <sup>2</sup> , 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 <sup>2</sup> , DIMENSÕES DE 15 X 10,5 CM, IMPRESSÃO MONOCROMÁTICA SOMENTE FREnte. APRESENTAÇÃO: VIA ÚNICA (CONFORME MODELO DISPOSTO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE). BLOCO C/ 50 (CINQUENTA) FOLHAS.	BLOCO	200
35	FICHA DENGUE / CHIKUNGUNYA- SINAN - CONFECCIONADA EM PAPEL A4 75GR <sup>2</sup> , 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 <sup>2</sup> , 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 <sup>2</sup> , 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 <sup>2</sup> , 2 VIAS, CARBONADAS,	BLOCO	7

**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](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)



	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 <sup>2</sup> , 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 <sup>2</sup> , 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 <sup>2</sup> , 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 <sup>2</sup> , 1 VIA, CARBONADA, IMPRESSÃO FRENTE, DIMENSÃO APROXIMADA 21 X 30CM, BLOCO COM 50 FOLHAS.	BLOCO	3
43	FICHA VEDTA - CONFECCIONADA EM PAPEL A4 75GR <sup>2</sup> , 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 <sup>2</sup> , 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 <sup>2</sup> , 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 <sup>2</sup> , 2 VIAS, NUMERADO, PAPEL CARBONADO, BLOCO COM 50 FOLHAS.	BLOCO	300
51	RECEITUÁRIO PERMANENTE/PSF - CONFECCIONADO EM PAPEL SULFITE 63G/M <sup>2</sup> , 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

**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](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)



52	REGISTRO DE RECLAMAÇÃO, CONFECCIONADO EM PAPEL 63GR <sup>2</sup> , 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 <sup>2</sup> , 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 <sup>2</sup> , 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 <sup>2</sup> , 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 INCLUSIVA.	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 INCLUSIVA.	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 INCLUSIVA.	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 <sup>2</sup> , 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 <sup>2</sup> IMPRESSÃO EM POLICROMIA (4X0 CORES). PEDIDO MÍNIMO: 100 (CEM) UNIDADES.	UN	11400
62	SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA - CONFECCIONADO EM PAPEL SULFITE 63G/M <sup>2</sup> , 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 <sup>2</sup> , 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 <sup>2</sup> , COR BRANCO, DIMENSÕES APROXIMADAS 15 X 11 CM, IMPRESSÃO MONOCROMÁTICA FRENTE E VERSO. APRESENTAÇÃO:	BLOCO	400

**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](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)



	BLOCO 50 FOLHAS, UMA VIA. (CONFORME MODELO DISPOSTO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE).		
65	TERMO DE INSPEÇÃO - CONFECCIONADO EM PAPEL A4 75GR <sup>2</sup> , 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 <sup>2</sup> , 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 <sup>2</sup>	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 <sup>2</sup> - INCLUSIVE INSTALAÇÃO NO LOCAL. (NO MUNICÍPIO DE RIBAS DO RIO PARDO - MS)	M <sup>2</sup>	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 <sup>2</sup> - INCLUSIVE INSTALAÇÃO NO LOCAL. (NO MUNICÍPIO DE RIBAS DO RIO PARDO - MS)	M <sup>2</sup>	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 <sup>2</sup>	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 (MINÍMO 2880 DPI), COM ÁREA DE 4,00M <sup>2</sup> ATE 6M <sup>2</sup> , INCLUSIVE INSTALAÇÃO NO LOCAL. (NO MUNICÍPIO DE RIBAS DO RIO PARDO-MS)	M <sup>2</sup>	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 <sup>2</sup> , INCLUSIVE INSTALAÇÃO NO LOCAL. (NO MUNICÍPIO DE RIBAS DO RIO PARDO-MS)	M <sup>2</sup>	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 <sup>2</sup> , INCLUSIVE INSTALAÇÃO NO LOCAL. (NO MUNICÍPIO DE RIBAS DO RIO PARDO-MS)	M <sup>2</sup>	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 <sup>2</sup>	1020

**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](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)

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 comprehende 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);

### 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](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)

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

**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](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)

FLS. \_\_\_\_\_

PROC. \_\_\_\_\_

RUB. \_\_\_\_\_

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 (dezesseis) 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) inexiste 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 incursa 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

**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](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)

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.

#### **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](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)

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 expensas, 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 embarcadora, 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

**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](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)

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 congêneres;
- 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).

**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](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)

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 resarcimento 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:	<b>20</b>	SECRETARIA DE EDUCAÇÃO Rede Municipal de Ensino - Dotar as escolas municipais de in OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS-PESSOA JURIDICA
Unidade:	<b>020501</b>	
Funcional:	<b>12.122.0011.2094.0000</b>	
Catec. Econ.:	<b>3.3.90.39.99</b>	

Ficha:	<b>47</b>	ASSESSORIA DE GABINETE Atividades Administrativas - Administrar, manter, supervisio OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS-PESSOA JURIDICA
Unidade:	<b>020201</b>	
Funcional:	<b>04.122.0002.2172.0000</b>	
Catec. Econ.:	<b>3.3.90.39.99</b>	

Ficha:	<b>192</b>	SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO
Unidade:	<b>021201</b>	

## **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](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)



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

#### **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](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)



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.

Rosangela 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



FLS. \_\_\_\_\_

PROC. \_\_\_\_\_

RUB. \_\_\_\_\_

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

Jaqueleine Pereira Arimura  
Secretária de Assistência Social

Lucien Roberto Garcia De Rezende  
Secretário de Desenvolvimento Econômico

Ataíde Feliciano da Silva  
Secretário de Obras

**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](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)



## ANEXO I MODELOS

**ITEM** - Atestado médico - confeccionado em papel sulfite 63g/m<sup>2</sup>, 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 C150

<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBAS DO RIO PARDO</b> ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL COMISSÃO INTER-INSTITUCIONAL DE SAÚDE - CIS - AÇÕES INTEGRADAS EM SAÚDE <i>Será fornecido um original de cada</i>	
<b>ATESTADO MÉDICO PADRÃO</b>	
Nome: _____	
Identificação: _____	
Data de comparecimento / /	
Deverá afastar-se de suas atividades laborativas no período de: _____ H do _____ H	
Somente pela manhã <input type="checkbox"/> Somente a tarde <input type="checkbox"/>	
Durante _____ (_____) dias a partir desta data	
Diagnóstico: _____ <i>CID-10:</i> _____	
Assinatura do Paciente	
Local e Data	
Assinatura - Carimbo - CRM / CRO	
<b>OBS.:</b> Este atestado é válido para as finalidades revistas na resolução CIS nº Desde que expedido pelos órgãos colecionados das AIS. <b>Ministério da Saúde</b> 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	

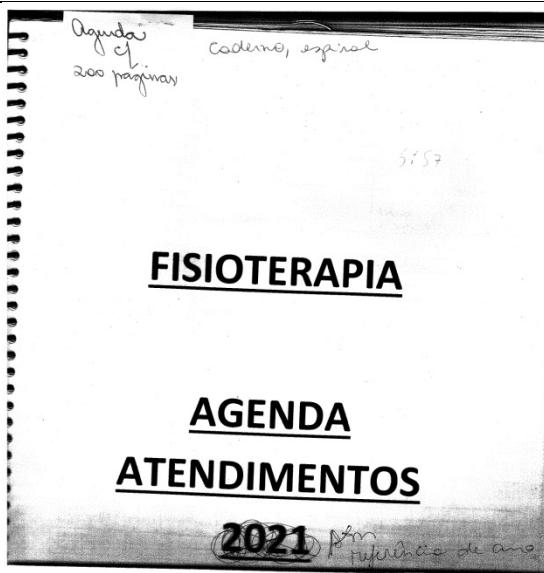


FLS. \_\_\_\_\_

PROC.

RUB. \_\_\_\_\_

**ITEM - Agenda de atendimentos fisioterapia - confeccionada em papel A4 75 gr/m<sup>2</sup>, tipo caderno espiral, com 200 páginas**



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

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

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

Rua Concessão  
CEP: 79180-000

Tel.: (67) 3238-1175

[www.ribasdoriopardo.ms.gov.br](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)



FLS. \_\_\_\_\_

PROC. \_\_\_\_\_

RUB. \_\_\_\_\_

**ITEM - Agendamento exames laboratório - Laboratório Municipal - confeccionado em papel A4 75 gr/m<sup>2</sup>, 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					



FLS. \_\_\_\_\_

PROC. \_\_\_\_\_

RUB. \_\_\_\_\_

**ITEM** - Boletim de campo e laboratório do LIRAA - confeccionado em papel sulfite 75g/m<sup>2</sup>, 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.

600

Boletim de Campo e de Laboratório do Levantamento Rápido de Índices - LIRAA																								
MUNICÍPIO/UF:			Nº DE QUARTEIRÕES:			Nº DE IMÓVEIS:			ESTRATO:			FOLHA:												
BAIRRO (S): _____																								
PREENCHIMENTO NO CAMPO																								
Nº do Quartel rão	ENDERECO			N. DE RECIPIENTES COM FOCO			IDENTIFICAÇÃO			NÚMERO DE TUBITOS			NÚMERO DE RECIPIENTES POSITIVO											
	LOGRADOURO (Rua, Av, Praça, Etc)	Nº Compl.	Imóveis	TIPO DE RECIPIENTE			Nº das amostras coletadas	Nº tubitos	EXAMI NADOS	aegy pti	albo pictus	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total	Aedes aegypti	Aedes albopictus			
TB	Out	A1	A2	B	C	D1	D2	E																
Total:																								
Grupo A - Armazenamento de água para consumo humano A1 - Caixa dágua ligada e rede (depósitos elevados) A2 - Depósitos ao nível do solo: Consumo doméstico, barril, tina, tonel, tambor, depósito de barro, Tanque, poço, cisterna, cacimba.					Grupo B - Depósitos Móveis Vasos/frascos com água, pratos, pingadeiras, recip. degelo, bebedouros em geral, peq. fontes ornamentais mat. dep. objetos religiosos/rituais.					Nº de imóveis positivos para Aedes aegypti: para Aedes albopictus: nº de terrenos baldios positivos para Ae. Albopictus:														
Grupo C - Depósito fixo Tanques/depósitos em obras, borcharrias e hortas e lajes em desniveis, sanitários em desuso, piscinas não tratadas, fontes ornam, floreiras em cemitérios, vasos em muros, foldos, peças arquitet. (caixas de inspeção/passagem)					Grupo D - passíveis de remoção / proteção D1 - Pneus e outros materiais rodantes(manchões / câmaras) D2 - Lixo (recip. plásticos, garrafas, latas) sucatas em pátios, ferros-velhos e reciclagem entulhos.					Grupo E - Naturais Axilas de folhas (bromélias, etc) buracos em árvores em rochas, cascas, restos de animais(cascos, carapaças)					Nome: _____ / _____ / _____ Data: _____ / _____ / _____ Data: _____ / _____ / _____ Exame de laboratório									
Visto do Supervisor															Responsável pela identificação									

**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](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)



FLS. \_\_\_\_\_

PROC. \_\_\_\_\_

RUB. \_\_\_\_\_

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

VACINAS APLICADAS NA INFÂNCIA		
	DATA (ÚLTIMA APLICAÇÃO)	TIPO DE DOSE (1 <sup>a</sup> , 2 <sup>a</sup> , 3 <sup>a</sup> ou Reforço)
BCG - id		
PÓLIO		
DTP		
HEPATITE B		
HEMÓFILO		
SARAMPO/CAXUMBA/ RUBEOLA		
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: _____/_____/_____
ENDERECO:	
UNIDADE DE SAÚDE:	
MANTEHUA 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.						
DUPLA ADULTO	HEPATITE B	SAR/CAX/RUB				FEBRE AMARELA
/ / Lote Cód. Nome Reg. Prof.						
DUPLA ADULTO	HEPATITE B	SAR/CAX/RUB				FEBRE AMARELA
/ / Lote Cód. Nome Reg. Prof.						

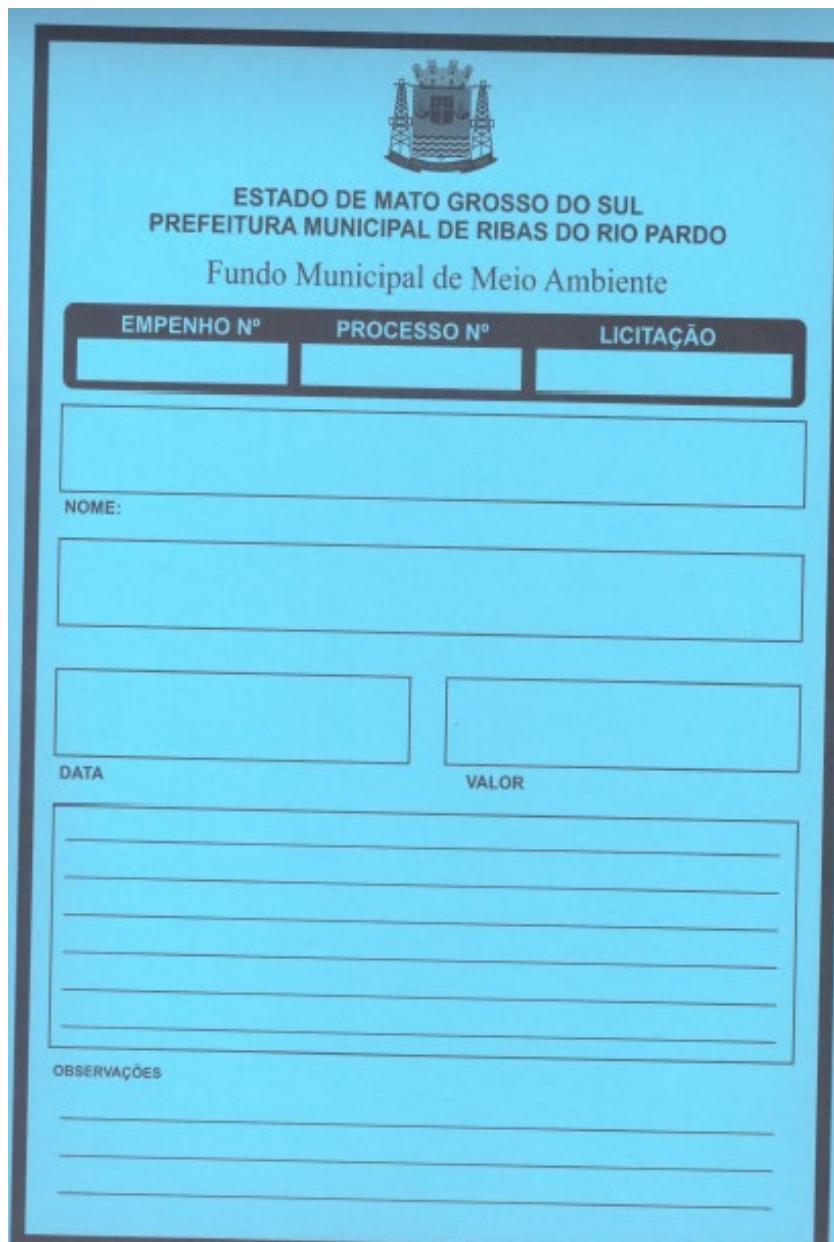


**ITEM** - Capa para processo, confeccionado em papel cartolina, celulose branqueada e misturada com outros materiais, alisado e geralmente de 170 a 250 g/m<sup>2</sup>, cor AMARELO, com timbre da prefeitura em letras pretas.

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBAS DO RIO PARDO Fundo Municipal de Investimento Social		
EMPENHÓ N°	PROCESSO N°	LICITAÇÃO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOME:		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA	VALOR	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
OBSERVAÇÕES		
<input type="text"/> <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/m<sup>2</sup>, cor AZUL, com timbre da Prefeitura em letras pretas.



**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](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)

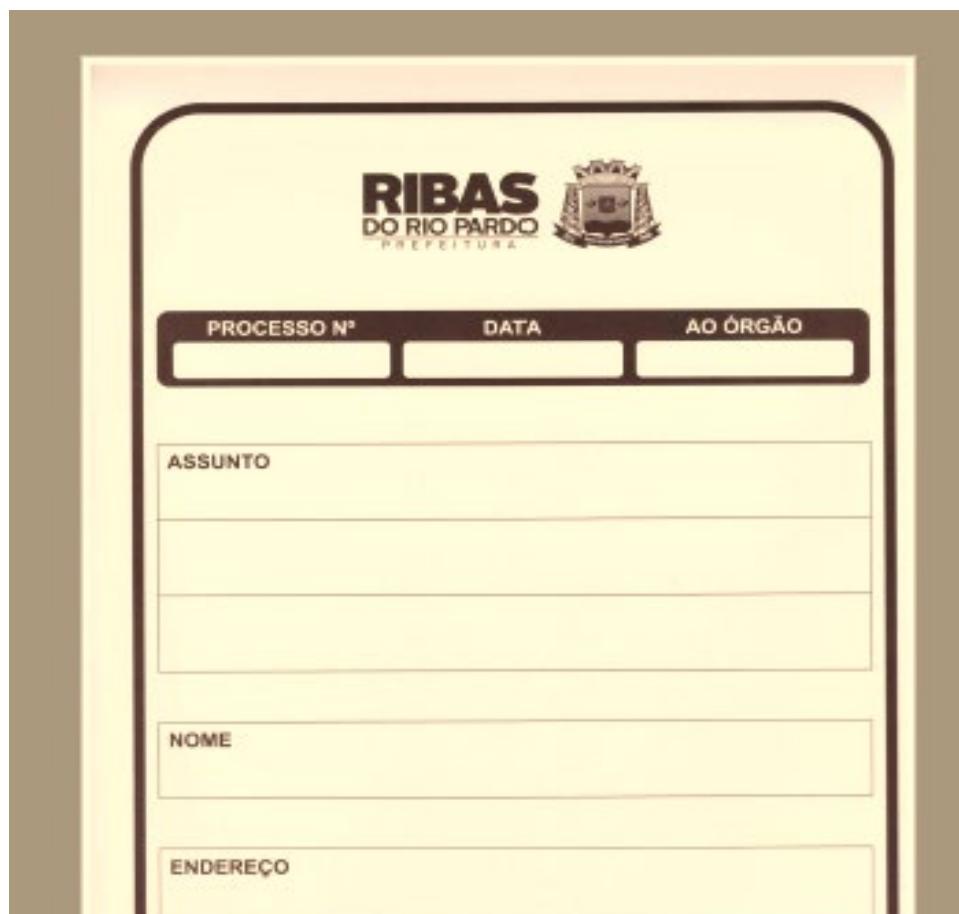


**ITEM** - Capa para processo, confeccionado em papel cartolina, celulose branqueada e misturada com outros materiais, alisado e geralmente de 170 a 250 g/m<sup>2</sup>, cor BRANCA, com timbre da Prefeitura em letras pretas.

<b>RIBAS</b> DO RIO PARDO PREFEITURA		
PROCESSO N°	DATA	AO ÓRGÃO
<input type="text"/>		
ASSUNTO		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
NOME		
<input type="text"/>		
ENDERECO		
<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/m<sup>2</sup>, cor CHAMPAGNE, com timbre da prefeitura em letras pretas.



**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](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)

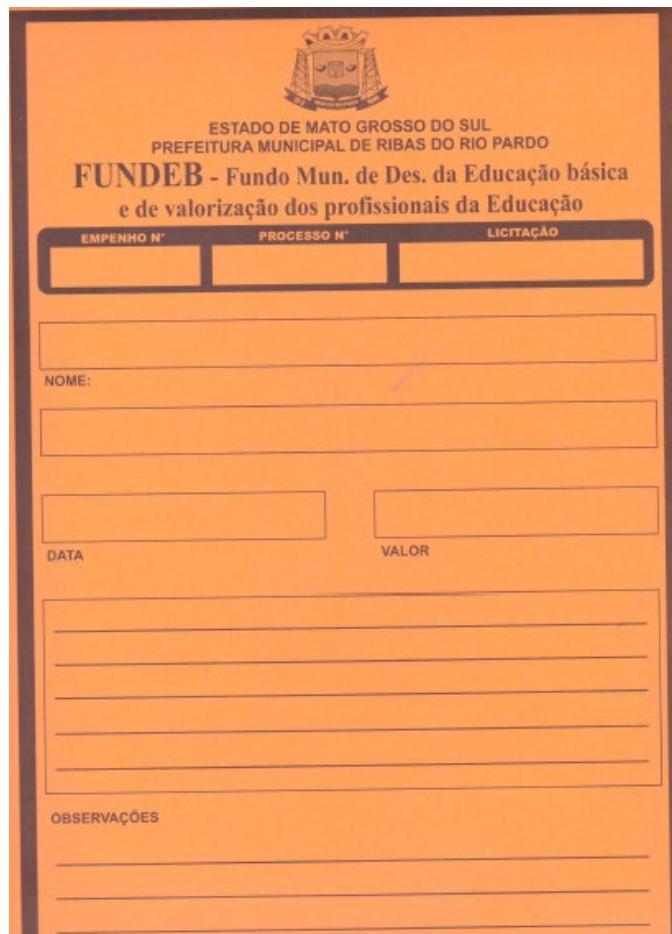


FLS. \_\_\_\_\_

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/m<sup>2</sup>, cor LARANJA, com timbre da Prefeitura em letras pretas.



**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](http://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/m<sup>2</sup>, cor ROSA, com timbre da Prefeitura em letras pretas.

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)		
EMPENHOS 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](http://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/m<sup>2</sup>, cor VERDE, com timbre da Prefeitura em letras pretas.

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBAS DO RIO PARDO		
Secretaria Municipal de Planejamento e Finanças		
EMPENHÓ 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](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)



FLS. \_\_\_\_\_

PROC. \_\_\_\_\_

RUB. \_\_\_\_\_

**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, Esporte e Lazer  
Port. 06/2021

**ITEM - Carimbo automático - tamanho 40x60 mm**

PREFEITURA MUNICIPAL DE  
RIBAS DO RIO PARDO - MS

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

RIBAS DO RIO PARDO - MS \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



FLS. \_\_\_\_\_

PROC.

RUB.

**ITEM** - Cartão de identificação do paciente de fisioterapia - confeccionado em papel offset fosco 180g/m<sup>2</sup>, 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).

**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/m<sup>2</sup> de 180.**

<p><b>FISIOTERAPIA MUNICIPAL</b></p> <p><b>CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO/A PACIENTE</b></p> <p>NO<sup>ME</sup>: _____</p> <p>PRONTUÁRIO: _____</p> <p>FISIOTERAPEUTA: _____</p> <p><b>ATENÇÃO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- É INDISPENSÁVEL A APRESENTAÇÃO DESTE CARTÃO EM CADA ATENDIMENTO DE FISIOTERAPIA;</li> <li>- FIQUE ATENTO AOS DIAS E HORÁRIOS AGENDADOS, POIS NÃO HÁ TOLERÂNCIA DE ATRASO;</li> <li>- 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.</li> </ul>	<p>SR.(A) USUÁRIO(A),</p> <p>CUIDE BEM DESTA CARTERINHA, POIS ELA É UM DOCUMENTO!</p> <p>SEJA CONSCIENTE E LEVE A SÉRIO O SEU TRATAMENTO. MUITAS OUTRAS PESSOAS AGUARDAM ESSA MESMA OPORTUNIDADE.</p> <p><b>CONTATO DA CLÍNICA:</b></p> <p>(67) 3238-1251</p> 
---	---



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.

A 30  
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: _____

REVALIDADA EM:	
MÉDICO - CRM	DATA: ____ / ____ / ____
REVALIDADA EM:	
MÉDICO - CRM	DATA: ____ / ____ / ____

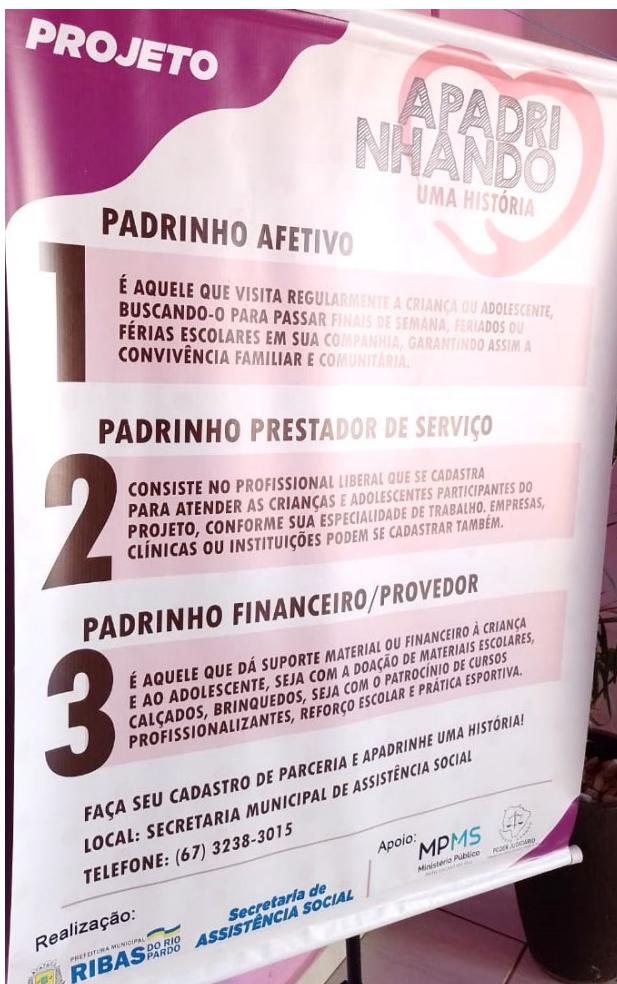


FLS. \_\_\_\_\_

PROC. \_\_\_\_\_

RUB. \_\_\_\_\_

**ITEM** - Confecção 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).





FLS. \_\_\_\_\_

PROC. \_\_\_\_\_

RUB. \_\_\_\_\_

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



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

**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 PARDO	
Nº	NOME:
DN:	PRONT:
ERITRÓCITOS	RDW CV
HEMOGLOBINA	RDW SD
HEMATOCRITO	
OBS.:	
LEUCÓCITOS:	
NEUTRÓFILOS	
BASTÔES	
SEGMENTADOS	
EOSINÓFILOS	
LINFÓCITOS	
MONÓCITOS	
PLAQUETAS:	VPM
OBS.:	

*Modelo impresso hemograma*



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.



Pague nos seguintes locais: Bradesco - Brasil - Lotérica (CEF) e Sicredi					
Recetas					
IPTU	IPTU	-10% DESCONTO	+VALOR COM DESCONTO	+1 MORA/MULTA	+1 OUTROS ACRESCIMOS
<b>4º PARCELA</b> Vencimento da 4º Parcela dia 15 de Setembro de 2022					
Recetas					
IPTU	IPTU	-10% DESCONTO	+VALOR COM DESCONTO	+1 MORA/MULTA	+1 OUTROS ACRESCIMOS
<b>3º PARCELA</b> Vencimento da 3º Parcela dia 15 de Agosto de 2022					
Recetas					
IPTU	IPTU	-10% DESCONTO	+VALOR COM DESCONTO	+1 MORA/MULTA	+1 OUTROS ACRESCIMOS
<b>2º PARCELA</b> Vencimento da 2º Parcela dia 15 de Julho de 2022					
Recetas					
IPTU	IPTU	-10% DESCONTO	+VALOR COM DESCONTO	+1 MORA/MULTA	+1 OUTROS ACRESCIMOS
<b>1º PARCELA</b> Vencimento da 1º Parcela dia 15 de Junho de 2022					
Recetas					
IPTU	IPTU	-10% DESCONTO	+VALOR COM DESCONTO	+1 MORA/MULTA	+1 OUTROS ACRESCIMOS
<b>COTA ÚNICA</b> Vencimento da Parcela Única dia 15 de Junho de 2022					

## 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](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)



FLS. \_\_\_\_\_

PROC. \_\_\_\_\_

RUB. \_\_\_\_\_

**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.





**ITEM** - Declaração de comparecimento - confeccionado em papel sulfite 63g/m<sup>2</sup>, 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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



**ITEM - Ficha acidente de trabalho grave - SINAN - confeccionada em papel a4 75gr<sup>2</sup>, 2 vias, carbonada, 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    ACIDENTE DE TRABALHO    N° \_\_\_\_\_

**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	2 Agravo/Doença <b>ACIDENTE DE TRABALHO</b>	Código (CID10) Y 96	3 Data da Notificação
		4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
		6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Acidente	
Notificação Individual		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 1-17 meses 2-27 meses 3-37 meses 4-idade gestacional ignorada 5-Não 6-Não se aplica	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 6-Ignorado
		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 Ocupação					
32 Situação no Mercado de Trabalho 01- Empregado registrado com carteira assinada 02- Empregado não registrado 03- Autônomo/ conta própria 04- Servidor público estatutário 05 - Servidor público celetista 06- Aposentado 07- Desempregado 08 - Trabalho temporário 09 - Cooperativado 10- Trabalhador avulso 11- Empregador 12- Outros 99 - Ignorado					
33 Tempo de Trabalho na Ocupação 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 1- Instalações do contratante 2- Via pública 3- Instalações de terceiros 4- Domicílio próprio 9 - Ignorado					
34 Local Onde Ocorreu o Acidente					
35 Registro/ CNPJ ou CPF					
36 Nome da Empresa ou Empregador					
37 Atividade Econômica (CNAE)					
Antecedentes Epidemiológicos		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					

**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](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)



FLS. \_\_\_\_\_

PROC.

RUB. \_\_\_\_\_

Antecedentes Epidemiológicos	<p><b>46</b> O Empregador é Empresa Terceirizada 1- Sim      2 - Não      3 - Não se aplica      9- Ignorado      <input type="checkbox"/></p> <p><b>47</b> Se Empresa Terceirizada, Qual o CNAE da Empresa Principal      <b>48</b> CNPJ da Empresa Principal</p> <p><b>49</b> Razão Social (Nome da Empresa)</p>			
Dados do Acidente	<p><b>50</b> Hora do Acidente H (hora)      M (minutos)</p> <p><b>52</b> UF      <b>53</b> Município de Ocorrência do Acidente      Código (IBGE)</p> <p><b>55</b> Tipo de Acidente 1- Típico      2- Trajetô      9- Ignorado</p>		<p><b>51</b> Horas Após o Início da Jornada H (hora)      M (minutos)</p> <p><b>54</b> Código da Causa do Acidente CID 10 (de V01 a Y98) <b>CID 10</b></p> <p><b>56</b> Houve Outros Trabalhadores Atingidos 1- Sim      2- Não      9- Ignorado</p> <p><b>57</b> Se Sim, Quantos</p>	
Dados do Atendimento Médico	<p><b>58</b> Ocorreu Atendimento Médico? 1 - Sim      2 - Não      9 - Ignorado</p> <p><b>61</b> Município do Atendimento      Código (IBGE)</p> <p><b>63</b> 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</p>		<p><b>59</b> Data do Atendimento      <b>60</b> UF</p> <p><b>62</b> Nome da U. S de Atendimento      Código</p> <p><b>64</b> Diagnóstico da Lesão <b>CID 10</b></p> <p><b>65</b> Regime de Tratamento 1- Hospitalar      2- Ambulatorial      3- Ambos      9- Ignorado</p>	
Conclusão	<p><b>66</b> Evolução do Caso 1 - Cura      4- Incapacidade total permanente 2 - Incapacidade temporária      5- Óbito por acidente de trabalho grave 3- Incapacidade parcial permanente      6- Óbito por outras causas</p> <p><b>67</b> Se Óbito, Data do Óbito      <b>68</b> Foi Emitida a Comunicação de Acidente no Trabalho - CAT 1 - Sim      2 - Não      3- Não se aplica      9 - Ignorado</p>			
<b>Informações complementares e observações</b>				
<p>Descrição sumária de como ocorreu o acidente/ atividade/ causas/ condições/ objeto/ agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência do acidente</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
<p>Outras informações:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
Investigador	<p>Município/Unidade de Saúde</p> <p>Nome</p>		<p>Cód. de Unid. de Saúde</p> <p>Função</p> <p>Assinatura</p>	

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

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

Rua Conceição

Tel.: (67) 3238-1175

[www.ribasdoriopardo.ms.gov.br](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)



**ITEM - Ficha acidente por animais peçonhenos - SINAN - confeccionada em papel a4 75gr<sup>2</sup>, 2 vias, carbonada, impressão frente, dimensão aproximada 21 x 30cm, bloco com 50 folhas.**

100

**SINAN**  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE INVESTIGAÇÃO  
Nº \_\_\_\_\_

**ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENOS**

**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			
Notificação Individual		2 Agravo/Doença <b>ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENOS</b>	3 Código (CID10) <b>X 29</b>	4 Data da Notificação	
Dados de Residência		4 UF 5 Município de Notificação	5 Código (IBGE)		
Antecedentes Epidemiológicos		6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	6 Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
Dados Complementares do Caso		8 Nome do Paciente	8 Código	9 Data de Nascimento	
Dados Clínicos		10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-3º Trimestre 2-4º Trimestre 3-5º e 8º período gestacional Ignorado 4-Último trimestre 5-Não se aplica	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Indígena 4-Afro 5-Área 6-Área rural
Dados do Acidente		14 Escolaridade D-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 e 8ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) - 4-Escola fundamental completa (antigo primário ou 1º grau) - 5-Escola médio incompleta (antigo colegial ou 2º grau) 6-Escola médio 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	
		17 UF 18 Município de Residência	17 Código (IBGE)	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	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
		31 Data da Investigação	32 Ocupação	33 Data do Acidente	
		34 UF 35 Município de Ocorrência do Acidente	34 Código (IBGE)	36 Localidade de Ocorrência do Acidente	
		37 Zona de Ocorrência: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	37 Tempo Decorrido Ficada/Atendimento 1) 01-1h 2) 1-3h 3) 3-6h 4) 6-12h 5) 12-24 h 6) 24 e + h 9) Ignorado		
		38 Local de Picada	01 - Cabeça 02 - Braço 03 - Antebraço 04 - Mão 05 - Dedo da Mão 06 - Tronco 07 - Coxia 08 - Perna 09 - Pé 10 - Dedo do Pé 99 - Ignorado		
		39 Manifestações Locais	40 Manifestações Sistêmicas	41 Se Manifestações Locais Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Dor Edema Equimose Necrose Outras (Espec.)	
		42 Manifestações Sistêmicas	43 Se Manifestações Sistêmicas Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado neuroparalíticas (ptose palpebral, turvação visual) hemorrágicas (gengivorrágia, outros sangramentos) vegais (vômitos, diarreias) renais (oligúria/anúria) Outras (Espec.)	44 Tempo de Coagulação 1 - Normal 2 - Alterado 9 - Não realizado	
		45 Tipo de Acidente 1 - Serpente 2 - Aranha 3 - Escorpião 4 - Lagarta 5 - Abelha 6 - Outros	46 Serpente - Tipo de Acidente 1 - Botrópico 2 - Crotálico 3 - Elapídico 5 - Serpente Não Peçonhenta 9 - Ignorado	47 Aranha - Tipo de Acidente 1 - Foneutrismo 2 - Loxoscelismo 3 - Latrodectismo 4 - Outra Aranha 9 - Ignorado	48 Lagarta - Tipo de Acidente 1 - Lonomia 2 - Outra lagarta 9 - Ignorado
		Animais Peçonhenos Sinan Net SVS 19/01/2006			



Tratamento	<p><b>49</b> Classificação do Caso 1 - Leve 2 - Moderado 3 - Grave 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> <b>50</b> Soroterapia 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/></p> <p><b>51</b> Se Soroterapia Sim, especificar número de ampolas de soro:            Antibiotópico (SAB) <input type="text"/> Antibiotálico (SAC) <input type="text"/> Antiaracnídico (SAAr) <input type="text"/>            Antibiotópico-laquético (SABL) <input type="text"/> Antielapídico (SAE) <input type="text"/> Antioxoscelíco (SALox) <input type="text"/>            Antibiotópico-crotálico (SABC) <input type="text"/> Antiescorpíônico (SAEs) <input type="text"/> Antilionômico (SALon) <input type="text"/></p>		
Complicações	<p><b>52</b> Complicações Locais <input type="checkbox"/> <b>53</b> Se Complicações Locais Sim, especificar: Infeção <input type="checkbox"/> Necrose Secundária <input type="checkbox"/> Síndrome Compartimental <input type="checkbox"/> Déficit Funcional <input type="checkbox"/> Amputação Extensa <input type="checkbox"/>  1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</p> <p><b>54</b> Complicações Sistêmicas <input type="checkbox"/> <b>55</b> Se Complicações Sistêmicas Sim, especificar: Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória / Edema Pulmonar Agudo <input type="checkbox"/> Septicemia <input type="checkbox"/> Choque</p>		
Conclusão	<p><b>56</b> Acidente Relacionado ao Trabalho <input type="checkbox"/> <b>57</b> Fim da Vida do Caso 1 - Cura 2 - Óbito por acidentes por animais peçonhentos 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado <b>58</b> Data do Óbito <b>59</b> Data do Encerramento</p>		
<b>Acidentes com animais peçonhentos: manifestações clínicas, classificação e soroterapia</b>			
ORIGEM	<b>Tipo</b> <b>Botrópico</b> jararaca jararacussu urubu caipira  <b>Crotálico</b> cascavel boiçunha  <b>Laquético</b> surucuá pígo-de-jaca  <b>Elápido</b> coral verdadeiro	<b>Manifestações Clínicas</b>  Leve: dor, edema local e equimose discreta Moderado: dor, edema e equimose evidentes, manifestações hemorrágicas discretas Grave: dor e edema intenso e extenso, bolhas, hemorragia intensa, oligoanúria, hipotensão  Leve: ptose palpebral, turvação visual discretos de aparecimento tardio, sem alteração da cor da urina, migração discreta ou ausente Moderado: ptose palpebral, turvação visual discretos de inicio precoce, migração discreta, urina escura Grave: ptose palpebral, turvação visual evidentes e intensos, migração intensa e generalizada, urina escura, oligúria ou anúria  Moderado: dor, edema, bolhas e hemorragia discreta Grave: dor, edema, bolhas, hemorragia, cólicas abdominais, diarreia, bradicardia, hipotensão arterial  Grave: dor ou parestesia discreta, ptose palpebral, turvação visual	<b>Tipo Soro</b> SAB <input type="checkbox"/> SAC <input type="checkbox"/> SABL <input type="checkbox"/> SAEL <input type="checkbox"/>  SAEsc ou SAA <input type="checkbox"/>  SAA ou SALox <input type="checkbox"/>  SALon <input type="checkbox"/>
ESCORPISMO	<b>Escarpiônico</b> escorpião	Leve: dor, eritema e parestesia local Moderado: sudorese, náuseas, vômitos ocasionais, taquicardia, agitação e hipertensão arterial leve Grave: vômitos profusos e incoercíveis, sudorese profusa, prostração, bradicardia, edema pulmonar agudo e choque	N° ampolas 2 - 4 4 - 8 12  5 10 20  10 20  10
ARANHEADO	<b>Loxoscelíco</b> aranha-marron	Leve: lesão incaracterística sem aranha identificada Moderado: lesão sugestiva com equimose, palidez, eritema e edema endurado local,cefaléia, febre, exantema Grave: lesão característica, hemólise intravascular	--- 5  --- 10  2 - 4 5 - 10
LUDÍMIA	<b>Foneutrismo</b> aranha-armadeira aranha-da-banana  faturana oruga	Leve: dor, eritema, adenomegalia regional, coagulação normal, sem hemorragia Moderado: alteração na coagulação, hemorragia em pele e/ou mucosas Grave: alteração na coagulação, hemorragia em vísceras, insuficiência renal	--- --- --- --- 5 10
<b>Informações complementares e observações</b>			
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.)			
Investigador	Municipio/Unidade de Saúde <input type="text"/> Cód. da Unid. de Saúde <input type="text"/> Nome <input type="text"/> Função <input type="text"/> Assinatura <input type="text"/> Animais Peçonhentos Sinan Net SVS 19/01/2006		



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

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 <b>ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO</b>	Código (CID10) W 64	3 Data da Notificação			
		4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)				
		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 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-17º trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Índice gestacional ignorado 5-Não 6- Não se aplica 9-Gestante	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Hispânia 9-Ignorado			
		14 Escolaridade 1-1º a 4º série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4º série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5º a 8º série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Escola fundamental completa (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Escolar médio incompleto (antigo colégial ou 2º grau) 6-Escolar médio completo (antigo colégial 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	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)				
<b>Dados Complementares do Caso</b>								
Antecedentes Epidemiológicos		31 Ocupação						
		32 Tipo de Exposição ao Virus Rábico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Contato Indireto	<input type="checkbox"/> Arranhadura	<input type="checkbox"/> Lamedura	<input type="checkbox"/> Mordedura	<input type="checkbox"/> Outro	
		33 Localização 1 - Sim 2 - Não 3 - Desconhecida	<input type="checkbox"/> Mucosa	<input type="checkbox"/> Cabeça/Pescoço	<input type="checkbox"/> Mãos/Pés	<input type="checkbox"/> Tronco	<input type="checkbox"/> Membros Superiores	<input type="checkbox"/> Membros Inferiores
		34 Ferimento 1 - Único 2 - Múltiplo 3 - Sem ferimento 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - Único	<input type="checkbox"/> 2 - Múltiplo	<input type="checkbox"/> 35 Tipo de Ferimento 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Profundo	<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/> Dilacerante
		36 Data da Exposição	37 Tem Antecedentes de Tratamento Anti-Rábico ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> Pré-Exposição	<input type="checkbox"/> 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 + Vacina 4 - Vacina 5 - Aventis Pasteur	44 Laboratório Produtor Vacina 1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur	45 Número do Lote	46 Data do Vencimento	SVS 27/09/2005		



<b>47</b> Datas das Aplicações da Vacina (dia e mês)					
Data da 1 <sup>a</sup> dose	Data da 2 <sup>a</sup> dose	Data da 3 <sup>a</sup> dose	Data da 4 <sup>a</sup> dose	Data da 5 <sup>a</sup> dose	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>48</b> 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/ Sacrifício/ Sem Diagnóstico    9 - Ignorado					
<input type="checkbox"/> 49 Houve Interrupção do Tratamento	<input type="checkbox"/> 50 Qual o Motivo da Interrupção 1 - Sim    2 - Não	<input type="checkbox"/> 51 Se houve Abandono do Tratamento, a Unidade de Saúde Procurou o Paciente 1 - Sim    2 - Não	<input type="checkbox"/> 52 Evento Adverso à Vacina 1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado		
<input type="checkbox"/> 53 Indicação do Soro Anti-Rábico 1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 54 Peso do Paciente Kg.	<input type="checkbox"/> 55 Quantidade de Soro Aplicada ml	<input type="checkbox"/> 56 Infiltração de Soro no(s) Local(is) do(s) Ferimento(s) 1 - Sim    2 - Não	<input type="checkbox"/> 57 Laboratório Produtor do Soro Anti-Rábico 1 - Instituto Butantan    2 - Instituto Vital Brasil 3 - Aventis Pasteur    4 - Outro (Especificar) _____	
<input type="checkbox"/> 58 Número da Partida	<input type="checkbox"/> 59 Evento Adverso ao Soro Anti-Rábico 1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 60 Data do Encerramento do Caso			

Observações:

Investigador

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

Atendimento Anti-Rabico 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:			
Q.P.			
H.M.A			
EXAME FÍSICO:			
DIAGNÓSTICO FISIOTERÁPICO:			
CONDUTA FISIOTERÁPICA:			
OBSERVAÇÕES:			



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

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE INVESTIGAÇÃO N° \_\_\_\_\_

**Caso suspeito:** todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, 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. Agravo/doença <b>INTOXICAÇÃO EXÓGENA</b>	3. Código (CID10) <b>T 65.9</b>	4. Data da Notificação
		4. UF <b>MS</b>	5. Município de Notificação	5. Código (IBGE)	6. Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)
		7. Nome do Paciente	7. Código	8. Data dos Primeiros Sintomas	9. Data de Nascimento
Notificação Individual		10. (ou) Idade 1 - Ano 2 - Mes 3 - Dia 4 - Mes	11. Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12. Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-4º Trimestre 5-Ignorado	13. Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 6-Ignorado
		14. Escolaridade 0-Colegial 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 & 6ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 4-Escola fundamental incompleta (antigo primário ou 1º grau) 5-Escola médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Escola 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
Dados de Residência		19. Código (IBGE)	20. Bairro <b>Logradouro (rua, avenida,...)</b>	21. Distrito	22. Número 23. Complemento (apto., casa, ...)
		24. Código	25. Geo campo 2	26. Ponto de Referência	27. CEP
		28. (DDD) Telefone	29. Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Perurbana 9 - Ignorado	30. País (se residente fora do Brasil)	-
<b>Dados Complementares do Caso</b>					
Antecedentes Epidemiológicos		31. Data da Investigação	32. Ocupação		
		33. Situação no Mercado de Trabalho 01- Empregado registrado com carteira assinada 02- Empregado não registrado 03- Autônomo/ conta própria 04- Servidor público estatutário	05 - Servidor público celetista 06- Aposentado 07- Desempregado 08 - Trabalho temporário	09 - Cooperativado 10- Trabalhador avulso 11- Empregador 12- Outros 99 - Ignorado	
Dados da Exposição		34. Local de ocorrência da exposição 1. Residência 2. Ambiente de trabalho 3. Trajeto do trabalho 4. Serviços de saúde 5. Escola/creche 6. Ambiente externo 7. Outro	35. Nome do local/estabelecimento de ocorrência	36. Atividade Econômica (CNAE)	
		37. UF 38. Município do estabelecimento	39. Código (IBGE)	40. Bairro <b>Logradouro ( rua, avenida, etc - endereço do estabelecimento)</b>	41. Distrito
		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 - Perurbana 9 - Ignorado	48. País (se estabelecimento fora do Brasil)	SINAN NET
SVS 09/06/2005					



<b>Dados da Exposição</b>		<b>49</b> Grupo do agente tóxico/Classificação geral 01.Medicamento 02.Agrônomo/uso agrícola 03.Agrônomo/uso doméstico 04.Agrônomo/uso saúde pública 05.Raticida 06.Produto veterinário 07.Produto de uso Doméstico 08.Cosmético/higiene pessoal 09.Químico 10.metal 11.Drogas de abuso 12.Planta tóxica 13.Alimento e bebida 14.Outro 99.Ignorado				
		<b>50</b> Agente tóxico (informar até três agentes) Nome Comercial/popular		Princípio Ativo		
		1 - _____		1 - _____		
		2 - _____		2 - _____		
		3 - _____		3 - _____		
		<b>51</b> Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização 1.Inseticida 2.Herbicida 3.Campeaticida 4.Raticida 5.Fungicida 6.Preservante para madeira 7.Outro		8.Não se aplica 9.Ignorado		<input type="checkbox"/>
		<b>52</b> Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual 01-Diluição 05-Coleta 09-Outros 1ºOpção: <input type="checkbox"/> 02-Pulverização 06-Transporte 10-Não se aplica 2ºOpção: <input type="checkbox"/> 03-Tratamento de sementes 07-Desinfestação 99-Ignorado 3ºOpção: <input type="checkbox"/> 04-Armazenagem 08-Produção/formulação				
		<b>53</b> Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/lavoura				
		<b>54</b> Via de exposição/contaminação 1-Digestiva 4-Ocular 7-Transplacentária 1ºOpção: <input type="checkbox"/> 2-Cutânea 5-Parenteral 8-Dura 2ºOpção: <input type="checkbox"/> 3-Respiratória 6-Vaginal 9-Ignorada 3ºOpção: <input type="checkbox"/>				
		<b>55</b> Circunstâncias da exposição/contaminação <input type="checkbox"/> 01-Uso Habitual 02-Accidental 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				
<b>56</b> A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação? 1-Sim 2-Não 9 - Ignorado		<b>57</b> Tipo de Exposição 1-Aguda - única 2-Aguda - repetida 3 - Crônica <input type="checkbox"/> 4 -Aguda sobre Crônica 9 - Ignorado				
<b>58</b> Tempo decorrido entre a Exposição e o Atendimento <input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado						
<b>59</b> Tipo de atendimento 1-Hospitalar 2-Ambulatorial 3 - Domiciliar <b>60</b> Houve hospitalização? <input type="checkbox"/> 4 -Nenhum 9 - Ignorado <b>61</b> Data de Internação _____ <b>62</b> UF _____						
<b>63</b> Município de hospitalização Código (IBGE) <b>64</b> Unidade de saúde Código						
<b>65</b> Classificação final 1 - Intoxicação confirmada 2 - Se Exposição 3 - Reação Adversa 4 -Outro Diagnóstico 5 - Síndrome de abstinência 9 -Ignorado		CID - 10 _____				
<b>66</b> Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico <b>67</b> Critério de confirmação 1 - Laboratorial 2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico <b>68</b> Evolução do Caso 2 - Cura com sequela 4 - Cura por outra causa 5 - Perda de seguimento 3 - Óbito por intoxicação exógena 4 -Outro Diagnóstico 9 - Ignorado		<b>69</b> Data do óbito <b>70</b> Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		<b>71</b> Data do Encerramento		
<b>Informações complementares e observações</b>						
Observações: _____ _____						
<b>Investigador</b>	Município/Unidade de Saúde Nome _____	Função Sinan NET	Cód. da Unid. de Saúde Assinatura	SVS 09/06/2005		
Intoxicação Exígua						



**ITEM - Ficha de investigação de surto - SINAN - confeccionada em papel A4 75gr<sup>2</sup>, 1 via, carbonada, impressão frente, dimensão aproximada 21 x 30cm, bloco com 50 folhas.**

J. SO

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

Nº \_\_\_\_\_

1 Tipo de Notificação 3 - Surto	2 Agravo/doença Código (CID10)	3 Data da Notificação Código (IBGE)
4 UF 5 Município de Notificação Código	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código	7 Data dos 1ºs Sintomas do 1º Caso Suspeito Código
8 Nº de Casos Suspeitos/ Expostos até a Data da Notificação Código	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 Código	13 Bairro 14 Logradouro (rua, avenida,...)
15 Número 16 Complemento (apto., casa, ...)	17 Geo campo 1 Código	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 Se indireta, qual o veículo de transmissão provável 1- Alimento/Agua 2- Recursos Hídricos Contaminados (poço, rio, reservatório de água) 4- Produto (medicamentos, agrotóxicos, imunobiológicos, sangue, etc.) 6- Outro Especificar	25 Modo Provável da Transmissão 1- Direta (pessoa a pessoa) 2- Indireta (Veículo comum ou Votor) 3- Votor 5- Fornite (faca, lençóis, agulhas, etc.) 9- Ignorado	9- Ignorado
Observações		
Investigador Surto	Município/Unidade de Saúde Nome	Código da Unid. de Saúde Função Assinatura Sinan NET SVS 29/05/2006



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

150

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		<b>SINAN</b> SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO <b>FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SURTO - DTA</b>		Nº																																																										
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	3 - Surto																																																												
	2 Agravo/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação	Código (IBGE)																																																										
Notificação de Surto	4 UF	5 Município de Notificação	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data dos 1 <sup>o</sup> s Sintomas do 1 <sup>o</sup> Caso Suspeito																																																										
				Código																																																										
Dados da Ocorrência	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																																																												
Situação Inicial	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)																																																											
	24 Data da Investigação	25 Modo Provável da Transmissão 1- Direta (pessoa a pessoa) 2- Indireta (Veículo comum ou Vítor) 9- Ignorado																																																												
	26 Veículo de Transmissão 1- Alimento/Água																																																													
	<b>DTA - Investigação Epidemiológica</b>																																																													
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		33 Sinais e Sintomas		34 Período de Incubação Mínimo (em horas ou dias) 1 - Horas 2 - Dias																																																										
<table border="1"><thead><tr><th rowspan="2">Faixa Etária</th><th colspan="3">Sexo</th></tr><tr><th>Masculino</th><th>Feminino</th><th>Ign.</th></tr><tr><th>Número</th><th>Número</th><th>Número</th></tr></thead><tbody><tr><td>&lt; 1</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>1 a 4</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5 a 9</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>10 a 19</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>20 a 49</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>50 e +</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Ignorada</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Total</td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		Faixa Etária	Sexo			Masculino	Feminino	Ign.	Número	Número	Número	< 1				1 a 4				5 a 9				10 a 19				20 a 49				50 e +				Ignorada				Total				<table border="1"><tbody><tr><td>Náuseas</td><td>Doentes</td></tr><tr><td>Vômitos</td><td>Número</td></tr><tr><td>Diarréia</td><td></td></tr><tr><td>Cefaléia</td><td></td></tr><tr><td>Dor Abdominal</td><td></td></tr><tr><td>Neuroológicos</td><td></td></tr><tr><td>Outros</td><td></td></tr><tr><td>Febre</td><td></td></tr></tbody></table>		Náuseas	Doentes	Vômitos	Número	Diarréia		Cefaléia		Dor Abdominal		Neuroológicos		Outros		Febre		
Faixa Etária	Sexo																																																													
	Masculino	Feminino	Ign.																																																											
Número	Número	Número																																																												
< 1																																																														
1 a 4																																																														
5 a 9																																																														
10 a 19																																																														
20 a 49																																																														
50 e +																																																														
Ignorada																																																														
Total																																																														
Náuseas	Doentes																																																													
Vômitos	Número																																																													
Diarréia																																																														
Cefaléia																																																														
Dor Abdominal																																																														
Neuroológicos																																																														
Outros																																																														
Febre																																																														
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	<table border="1"><tbody><tr><td>01 - Ambulantes</td><td>05 - Indústria</td><td>09 - Residência</td></tr><tr><td>02 - Comemorações</td><td>06 - Lanchonete / Confeitaria / Padaria</td><td>10 - Restaurante</td></tr><tr><td>03 - Creche / Escola</td><td>07 - Produção Agropecuária</td><td>11 - Outros Especificar _____</td></tr><tr><td>04 - Hospital / Unidade de Saúde</td><td>08 - Refeitório</td><td>99 - Ignorado</td></tr></tbody></table>				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																																														
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	<table border="1"><tbody><tr><td>01 - Ambulantes</td><td>05 - Indústria</td><td>09 - Residência</td></tr><tr><td>02 - Comemorações</td><td>06 - Lanchonete / Confeitaria / Padaria</td><td>10 - Restaurante</td></tr><tr><td>03 - Creche / Escola</td><td>07 - Produção Agropecuária</td><td>11 - Outros Especificar _____</td></tr><tr><td>04 - Hospital / Unidade de Saúde</td><td>08 - Refeitório</td><td>99 - Ignorado</td></tr></tbody></table>				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																																														
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 checked="" type="checkbox"/> Conservação Inadequada		<input type="checkbox"/> Manipulação/Preparação Inadequada <input type="checkbox"/> Outros Especificar _____		
Amostras Clínicas		Amostras Bromatológicas		
40 Coletadas Amostras Clínicas 1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado	41 Se SIM, nº de Amostras	48 Coletadas Amostras de Alimentos 1 - Sim    2 - Não    9 - Ignorado	49 Se SIM, nº de Amostras	
42 Resultado 1 (Principal Achado)	43 Nº de Positivas	50 Resultado 1 (Principal Achado)	51 Nº de Positivas	
44 Resultado 2 (Outro Achado)	45 Nº de Positivas	52 Resultado 2 (Outro Achado)	53 Nº de Positivas	
46 Resultado 3 (Outro Achado)	47 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)				
Investigador	Município/Unidade de Saúde Nome Surto - DTA	Função Sinan NET	Código da Unid. de Saúde Assinatura	SVS 08/06/2006

**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.ribasdoriopardo.ms.gov.br](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)



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

SINAN

República Federativa do Brasil    SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
Ministério da Saúde    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, malárias, 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 inicio agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do inicio dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravo/doença 1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA	Código (CID10) A 90 A 92	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 dos Primeiros Sintomas		
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	1 - Menor 2 - Maior 3 - Mes 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 - Ignorado
	13 Raça/Cor	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Mulher 6 - 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-Esredo fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Esredo médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Esredo superior incompleto 8-Esredo superior completo 9-Ignorado 10-Não se aplica			
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			
	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	30 País (se residente fora do Brasil)			
Dados clínicos e laboratoriais					
Dados clínicos	31 Data da Investigação	32 Ocupação			
	33 Sinais clínicos 1-Sim 2-Não				
	<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor nas costas <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Prova do laço positiva <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Conjuntivite <input type="checkbox"/> Artralgia intensa <input type="checkbox"/> Leucopenia <input type="checkbox"/> Dor retroorbital				
Dados laboratoriais	34 Doenças pré-existentes 1-Sim 2-Não				
		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatopatias <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Doenças auto-imunes <input type="checkbox"/> Doenças hematológicas <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Doença ácido-péptica			
Sorologia (IgM) Chikungunya	35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)	36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)	37 Data da Coleta	38 Resultado	
Sorologia (IgM) Dengue	39 Data da Coleta	40 Resultado	41 Data da Coleta	42 Resultado	
Isolamento	43 Data da Coleta	44 Resultado	45 RT-PCR	46 Resultado	
		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado	47 Sorotipo	1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado	
		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado	48 Histopatologia	1- Compatível 2- Incompatível 3- Inconclusivo 4- Não realizado	
		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado	49 Imunohistoquímica	1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizada	



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		
Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave	62 Classificação 5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarme 12- Dengue Grave 13- Chikungunya	63 Criterio de Confirmação/Descarte 1- Laboratório 2- Clínico-Epidemiológico 3-Em investigação		64 Apresentação clínica 1- Aguda 2- Crônica		
	65 Evolução do Caso 1-Cura 2- Óbito pelo agravio 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						
68 Dengue com sinal de alarme 1-Sim 2- Não	<input type="checkbox"/> Vômitos persistentes <input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa e contínua <input type="checkbox"/> Queda abrupta de plaquetas	<input type="checkbox"/> Aumento progressivo do hematocrito <input type="checkbox"/> Hepatomegalia >= 2cm <input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos <input type="checkbox"/> Sangramento de mucosa/outras hemorragias	69 Data de início dos sinal de alarme:			
70 Dengue grave 1-Sim 2- Não	Extravasamento grave de plasma: <input type="checkbox"/> Pulso débil ou indetectável <input type="checkbox"/> PA convergente < 20 mmHg <input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar <input type="checkbox"/> Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória		Sangramento grave: <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Extremidades frias <input type="checkbox"/> Hipotensão arterial em fase tardia	<input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar	<input type="checkbox"/> Metorrragia volumosa <input type="checkbox"/> Sangramento do SNC <input type="checkbox"/> Alteração da consciência	
71 Data de início dos sinal de gravidade:	Comprometimento grave de órgãos: <input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000 <input type="checkbox"/> Miocardite					
Informações complementares e observações						
Observações Adicionais						
Investidor	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde				
	Nome	Função	Assinatura			
Chikungunya/Dengue		Sinan Online	SVS	14/03/2016		



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

J. So

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

**Nº**

Dados Gerais		1 Tipo de Notificação 3 - Surto	3 Data da Notificação
		2 Agravo/doença	Código (CID10)
		4 UF 5 Município de Notificação	Código (IBGE)
		6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data dos 1 <sup>os</sup> Sintomas do 1 <sup>o</sup> Caso Suspeito
Notificação de Surto		8 N° de Casos Suspeitos/ Expostos até a Data da Notificação	
		9 Local Inicial de Ocorrência do Surto	
		1 - Residência 4 - Asilo 7 - Eventos 10 - Casos Dispersos em mais de um Município	2 - Hospital / Unidade de Saúde 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 8 - Casos Dispersos no Bairro 11 - Outros Especificar 3 - Creche / Escola 6- Restaurante/ Padaria (similares) 9- Casos Dispersos Pelo Município
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, ...)
		18 Geo campo 2	19 Ponto de Referência 17 Geo campo 1
		21 (DDD) Telefone	22 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 20 CEP
Situação Inicial		24 Data de Investigação	25 Modo Provável da Transmissão 1- Direta (pessoa a pessoa) 2- Indireta (Veículo comum ou Votor) 9- Ignorado
		26 Se indireta, qual o veículo de transmissão provável 1- Alimento/Agua 2- Recursos Hídricos Contaminados (poço, rio, reservatório de água) 4- Produto (medicamentos, agrotóxicos, imunobiológicos, sangue, etc.) 6- Outro Especificar	3- Votor 5- Fôrmito (faca, lençóis, agulhas, etc.) 9- Ignorado
Observações			
Investigador		Município/Unidade de Saúde Nome Surto	Código da Unid. de Saúde Função Sinan NET Assinatura SVS 29/05/2006



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

300

**SINAN**  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE NOTIFICAÇÃO

Nº

Dados Gerais		1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma	3 Data da Notificação
		2 Agravado/Doença	4 UF 5 Município de Notificação
		6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data dos Primeiros Sintomas
Notificação Individual		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	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 6-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 à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Escola fundamental completa (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Escola médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Escola 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
Dados de Residência		20 UF 21 Município de Residência	22 Distrito
		23 Bairro	24 Logradouro (rua, avenida,...)
		25 Número	26 Complemento (apto., casa, ...)
		28 Geo campo 2	29 Ponto de Referência
		31 (DDD) Telefone	32 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
Notificador		33 País (se residente fora do Brasil)	30 CEP
		Município/Unidade de Saúde	
		Nome	Função
		Sinan NET	Assinatura
		Notificação	SVS 17/07/2006



### DADOS COMPLEMENTARES

(ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO )

<b>Notificação Individual</b>	01 Data da coleta da 1 <sup>a</sup> amostra da sorologia	02 Data da coleta da 1 <sup>a</sup> 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
<b>Notificação Série</b>	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
<b>Local prov. Infecção</b>	09 Foi realizado líquor ? 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
	15 UF	16 Município do hospital	17 Nome do hospital
		Código (IBGE)	Código
	18 Hipóteses diagnósticas no momento da notificação	1 <sup>a</sup> Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____	
		2 <sup>a</sup> Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____	
	19 Local provável de infecção (classificação provisória )	País: _____	UF: _____ Município: _____
		Distrito: _____	Bairro: _____

Dados Complementares/ Notificação

SVS 17/07/2006



PREFEITURA MUNICIPAL   
**RIBAS DO RIO PARDO**

FLS. \_\_\_\_\_

PROC.

RUB.

**ITEM** - Ficha de visitas, confeccionado em papel sulfite 63g/m<sup>2</sup>, dimensões de 15 x 10,5 cm, impressão monocromática somente frente. Apresentação: via única (conforme modelo disposto pela secretaria municipal de saúde). Bloco com 50 (cinquenta) folhas.

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

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

Rua Concessão  
CEP: 79180-000

Tel.: (67) 3238-1175

[www.ribasdoriopardo.ms.gov.br](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)



**ITEM - Ficha hanseníase - SINAN - confeccionada em papel A4 75gr<sup>2</sup>, 2 vias, carbonadas, impressão frente, dimensão aproximada 21 x 30cm, bloco com 50 folhas.**

150

**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; baciloscopy positiva.

1	Tipo de Notificação	2 - Individual						
2	Agravado/doença	HANSENÍASE	Código (CID10)	3	Data da Notificação			
4	UF	5	Município de Notificação	A 3 0. 9	Código (IBGE)			
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	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 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4-Idade gestacional Ignorada 5-Não se aplica 6-Ignorado	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 à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Esredo fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Esredo médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau ) 6-Esredo 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	Código (IBGE)	19	Distrito		
20	Bairro	21	Logradouro (rua, avenida,...)	Código				
22	Número	23	Complemento (apt., 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)			
<b>Dados Complementares do Caso</b>								
Ocupação	31	Nº do Prontuário	32	Ocupação				
Dados Clínicos	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
Atendimento	37	Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico	0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado					
Dados Lab.	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					
Tratamento	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					
Med. Contr.	40	Baciloscopy	1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado					
Investigador	41	Data do Início do Tratamento	42	Esquema Terapêutico Inicial 1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos				
	43	Número de Contatos Registrados						
Observações adicionais:								
	Município/Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde				
	Nome	Função		Assinatura				
	Hanseníase	Sinan NET	SVS	30/10/2007				



**ITEM - Ficha hepatite virais - SINAN - confeccionada em papel a4 75gr<sup>2</sup>, 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
- Hepatite C:** Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite C a seguir:  
- 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
- Hepatite E:** Indivíduo que apresente um ou mais dos marcadores reagentes ou exame de biologia molecular para hepatite E a seguir:  
- Anti-HEV IgM 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 Agravo/doença <b>HEPATITES VIRAIS</b>	Código (CID10) <b>B 19</b>	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
Notificação Individual		8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
		10 (ou) Idade 0-Anos 1-1 Ano 2-2 Anos 3-3 Anos 4-4 Anos	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Azulada 5-Indígena 6-Ignorado
		14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-4 séries incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5º a 8º séries incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Escola fundamental completa (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Escola médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Escola médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica	14		
		15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	17 UF 18 Município de Residência	
		17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
Dados de Residência		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 Data da Investigação	32 Ocupação	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	<input type="checkbox"/>		
		36 Agravos associados 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	HIV/AIDS Outras DSTs	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	Sexual Domiciliar (não sexual) Ocupacional
		Sinan NET			SVS 29/09/2006



FLS. \_\_\_\_\_

PROC.

RUB. \_\_\_\_\_

<b>Antecedentes Epidemiológicos</b>	<p><b>38</b> 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</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medicamentos Injetáveis</td> <td><input type="checkbox"/> Tatouagem/Piercing</td> <td><input type="checkbox"/> Acidente com Material Biológico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Drogas inaláveis ou Crack</td> <td><input type="checkbox"/> Acupuntura</td> <td><input type="checkbox"/> Transfusão de sangue /derivados</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Drogas injetáveis</td> <td><input type="checkbox"/> Tratamento Cirúrgico</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Água/Alimento contaminado</td> <td><input type="checkbox"/> Tratamento Dentário</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Três ou mais parceiros sexuais</td> <td><input type="checkbox"/> Hemodiálise</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Transplante</td> <td><input type="checkbox"/> Outras</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>39</b> Data do acidente ou transfusão ou transplante</p>						<input type="checkbox"/> Medicamentos Injetáveis	<input type="checkbox"/> Tatouagem/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"/> Água/Alimento contaminado	<input type="checkbox"/> Tratamento Dentário		<input type="checkbox"/> Três ou mais parceiros sexuais	<input type="checkbox"/> Hemodiálise		<input type="checkbox"/> Transplante	<input type="checkbox"/> Outras																																							
<input type="checkbox"/> Medicamentos Injetáveis	<input type="checkbox"/> Tatouagem/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"/> Água/Alimento contaminado	<input type="checkbox"/> Tratamento Dentário																																																													
<input type="checkbox"/> Três ou mais parceiros sexuais	<input type="checkbox"/> Hemodiálise																																																													
<input type="checkbox"/> Transplante	<input type="checkbox"/> Outras																																																													
<p><b>40</b> Local Municipio da Exposição (para caso de Hepatite A - local referenciado no campo 35) (para caso de Hepatite B/C - local de hemodiálise, transfusão de sangue e derivados, transplante, etc.)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">UF</th> <th style="width: 40%;">Município de exposição</th> <th style="width: 40%;">Local de exposição</th> <th style="width: 20%;">Fone</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							UF	Município de exposição	Local de exposição	Fone																																																				
UF	Município de exposição	Local de exposição	Fone																																																											
<b>Dados dos comunicantes</b>	<p><b>41</b> Dados dos comunicantes</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Nome</th> <th style="width: 15%;">Idade</th> <th style="width: 15%;">Tipo de contato</th> <th style="width: 15%;">HBsAg</th> <th style="width: 15%;">Anti-HBc total</th> <th style="width: 15%;">Anti-HCV</th> <th style="width: 15%;">Indicado vacina contra Hepatite B</th> <th style="width: 15%;">Indicado Imunoglobulina humana anti hepatite B</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D-Dia M-Meses A-Anos</td> <td></td> <td>1-Não sexual/domiciliar 2-Sexual/domiciliar 3-Sexual/não domiciliar 4-Uso de drogas 5-Outro 9-Ignorado</td> <td>1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado</td> <td>1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado</td> <td>1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado</td> <td>1-Sim 2-Não 3-Indivíduo já imune 9-Ignorado</td> <td>1-Sim 2-Não 9-Ignorado</td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>						Nome	Idade	Tipo de contato	HBsAg	Anti-HBc total	Anti-HCV	Indicado vacina contra Hepatite B	Indicado Imunoglobulina humana anti hepatite B	D-Dia M-Meses A-Anos		1-Não sexual/domiciliar 2-Sexual/domiciliar 3-Sexual/não domiciliar 4-Uso de drogas 5-Outro 9-Ignorado	1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	1-Sim 2-Não 3-Indivíduo já imune 9-Ignorado	1-Sim 2-Não 9-Ignorado																																								
Nome	Idade	Tipo de contato	HBsAg	Anti-HBc total	Anti-HCV	Indicado vacina contra Hepatite B	Indicado Imunoglobulina humana anti hepatite B																																																							
D-Dia M-Meses A-Anos		1-Não sexual/domiciliar 2-Sexual/domiciliar 3-Sexual/não domiciliar 4-Uso de drogas 5-Outro 9-Ignorado	1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 9-Ignorado	1-Sim 2-Não 3-Indivíduo já imune 9-Ignorado	1-Sim 2-Não 9-Ignorado																																																							
<b>Dados Laboratoriais</b>	<p><b>42</b> Paciente encaminhado de    <input type="checkbox"/></p> <p>1- Banco de sangue 2- Centro de Testagem e aconselhamento (CTA) 3- Não se aplica</p> <p><b>43</b> Data da Coleta da Amostra Realizada em Banco de Sangue ou CTA</p> <p><b>44</b> Resultado da Sorologia do Banco de Sangue ou CTA</p> <table border="0"> <tr> <td>1-Reagente</td> <td>4-Não realizado</td> <td><input type="checkbox"/> HBsAg</td> <td><input type="checkbox"/> Anti-HBc (Total)</td> </tr> <tr> <td>2-Não reagente</td> <td>9-Ignorado</td> <td><input type="checkbox"/> HBeAg</td> <td><input type="checkbox"/> Anti-HEV - IgM</td> </tr> <tr> <td>3-Inconclusivo</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Anti-HBc IgM</td> <td><input type="checkbox"/> Anti-HBe</td> </tr> <tr> <td>4 - Não Realizado</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Anti-HBC (Total)</td> <td><input type="checkbox"/> Anti-HDV Total</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> HCV-RNA</td> </tr> </table>						1-Reagente	4-Não realizado	<input type="checkbox"/> HBsAg	<input type="checkbox"/> Anti-HBc (Total)	2-Não reagente	9-Ignorado	<input type="checkbox"/> HBeAg	<input type="checkbox"/> Anti-HEV - IgM	3-Inconclusivo		<input type="checkbox"/> Anti-HBc IgM	<input type="checkbox"/> Anti-HBe	4 - Não Realizado		<input type="checkbox"/> Anti-HBC (Total)	<input type="checkbox"/> Anti-HDV Total				<input type="checkbox"/> HCV-RNA																																				
1-Reagente	4-Não realizado	<input type="checkbox"/> HBsAg	<input type="checkbox"/> Anti-HBc (Total)																																																											
2-Não reagente	9-Ignorado	<input type="checkbox"/> HBeAg	<input type="checkbox"/> Anti-HEV - IgM																																																											
3-Inconclusivo		<input type="checkbox"/> Anti-HBc IgM	<input type="checkbox"/> Anti-HBe																																																											
4 - Não Realizado		<input type="checkbox"/> Anti-HBC (Total)	<input type="checkbox"/> Anti-HDV Total																																																											
			<input type="checkbox"/> HCV-RNA																																																											
<b>Conclusão</b>	<p><b>45</b> Data da Coleta da Sorologia / Teste rápido</p> <p><b>46</b> Resultados Sorológicos/Viroológicos/Teste rápido</p> <table border="0"> <tr> <td>1- Reagente/Positivo</td> <td><input type="checkbox"/> Anti-HAV - IgM</td> <td><input type="checkbox"/> Anti-HBs</td> <td><input type="checkbox"/> Anti -HDV - IgM</td> </tr> <tr> <td>2- Não Reagente/Negativo</td> <td><input type="checkbox"/> HBsAg</td> <td><input type="checkbox"/> HBeAg</td> <td><input type="checkbox"/> Anti -HEV - IgM</td> </tr> <tr> <td>3- Inconclusivo</td> <td><input type="checkbox"/> Anti-HBc IgM</td> <td><input type="checkbox"/> Anti-HBe</td> <td><input type="checkbox"/> Anti-HCV</td> </tr> <tr> <td>4 - Não Realizado</td> <td><input type="checkbox"/> Anti-HBC (Total)</td> <td><input type="checkbox"/> Anti - HDV Total</td> <td><input type="checkbox"/> HCV-RNA</td> </tr> </table> <p><b>47</b> Genótipo para HCV</p> <table border="0"> <tr> <td>1-Genótipo 1</td> <td>4-Genótipo 4</td> <td>7-Não se aplica</td> </tr> <tr> <td>2-Genótipo 2</td> <td>5-Genótipo 5</td> <td>9-Ignorado</td> </tr> <tr> <td>3-Genótipo 3</td> <td>6-Genótipo 6</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>48</b> Classificação final</p> <table border="0"> <tr> <td>1 - Confirmação laboratorial</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 - Confirmação clínico-epidemiológica</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 - Descartado</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4 - Cicatriz Sorológica</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8 - Inconclusivo</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><b>49</b> Forma Clínica</p> <table border="0"> <tr> <td>1 - Hepatite Aguda</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 - Hepatite Crônica/Portador assintomático</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 - Hepatite Fulminante</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4 - Inconclusivo</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><b>50</b> Classificação Etiológica</p> <table border="0"> <tr> <td>01- Virus A</td> <td>06- Virus B e C</td> </tr> <tr> <td>02- Virus B</td> <td>07- Virus A e B</td> </tr> <tr> <td>03- Virus C</td> <td>08- Virus A e C</td> </tr> <tr> <td>04- Virus B e D</td> <td>09- Não se aplica</td> </tr> <tr> <td>05- Virus E</td> <td>99- Ignorado</td> </tr> </table>						1- Reagente/Positivo	<input type="checkbox"/> Anti-HAV - IgM	<input type="checkbox"/> Anti-HBs	<input type="checkbox"/> Anti -HDV - IgM	2- Não Reagente/Negativo	<input type="checkbox"/> HBsAg	<input type="checkbox"/> HBeAg	<input type="checkbox"/> Anti -HEV - IgM	3- Inconclusivo	<input type="checkbox"/> Anti-HBc IgM	<input type="checkbox"/> Anti-HBe	<input type="checkbox"/> Anti-HCV	4 - Não Realizado	<input type="checkbox"/> Anti-HBC (Total)	<input type="checkbox"/> Anti - HDV Total	<input type="checkbox"/> HCV-RNA	1-Genótipo 1	4-Genótipo 4	7-Não se aplica	2-Genótipo 2	5-Genótipo 5	9-Ignorado	3-Genótipo 3	6-Genótipo 6		1 - Confirmação laboratorial	<input type="checkbox"/>	2 - Confirmação clínico-epidemiológica	<input type="checkbox"/>	3 - Descartado	<input type="checkbox"/>	4 - Cicatriz Sorológica	<input type="checkbox"/>	8 - Inconclusivo	<input type="checkbox"/>	1 - Hepatite Aguda	<input type="checkbox"/>	2 - Hepatite Crônica/Portador assintomático	<input type="checkbox"/>	3 - Hepatite Fulminante	<input type="checkbox"/>	4 - Inconclusivo	<input type="checkbox"/>	01- Virus A	06- Virus B e C	02- Virus B	07- Virus A e B	03- Virus C	08- Virus A e C	04- Virus B e D	09- Não se aplica	05- Virus E	99- Ignorado			
1- Reagente/Positivo	<input type="checkbox"/> Anti-HAV - IgM	<input type="checkbox"/> Anti-HBs	<input type="checkbox"/> Anti -HDV - IgM																																																											
2- Não Reagente/Negativo	<input type="checkbox"/> HBsAg	<input type="checkbox"/> HBeAg	<input type="checkbox"/> Anti -HEV - IgM																																																											
3- Inconclusivo	<input type="checkbox"/> Anti-HBc IgM	<input type="checkbox"/> Anti-HBe	<input type="checkbox"/> Anti-HCV																																																											
4 - Não Realizado	<input type="checkbox"/> Anti-HBC (Total)	<input type="checkbox"/> Anti - HDV Total	<input type="checkbox"/> HCV-RNA																																																											
1-Genótipo 1	4-Genótipo 4	7-Não se aplica																																																												
2-Genótipo 2	5-Genótipo 5	9-Ignorado																																																												
3-Genótipo 3	6-Genótipo 6																																																													
1 - Confirmação laboratorial	<input type="checkbox"/>																																																													
2 - Confirmação clínico-epidemiológica	<input type="checkbox"/>																																																													
3 - Descartado	<input type="checkbox"/>																																																													
4 - Cicatriz Sorológica	<input type="checkbox"/>																																																													
8 - Inconclusivo	<input type="checkbox"/>																																																													
1 - Hepatite Aguda	<input type="checkbox"/>																																																													
2 - Hepatite Crônica/Portador assintomático	<input type="checkbox"/>																																																													
3 - Hepatite Fulminante	<input type="checkbox"/>																																																													
4 - Inconclusivo	<input type="checkbox"/>																																																													
01- Virus A	06- Virus B e C																																																													
02- Virus B	07- Virus A e B																																																													
03- Virus C	08- Virus A e C																																																													
04- Virus B e D	09- Não se aplica																																																													
05- Virus E	99- Ignorado																																																													
<p><b>51</b> Provável Fonte / Mecanismo de Infecção</p> <table border="0"> <tr> <td>01-Sexual</td> <td>05-Accidente de trabalho</td> <td>08-Tratamento cirúrgico</td> <td>11-Alimento/água contaminada</td> </tr> <tr> <td>02-Transfusional</td> <td>06-Hemodiálise</td> <td>09-Tratamento dentário</td> <td>12-Outros _____</td> </tr> <tr> <td>03-Uso de drogas</td> <td>07-Domiciliar</td> <td>10-Pessoa/pessoa</td> <td>99- Ignorado</td> </tr> <tr> <td>04-Vertical</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>52</b> Data do Encerramento</p>							01-Sexual	05-Accidente de trabalho	08-Tratamento cirúrgico	11-Alimento/água contaminada	02-Transfusional	06-Hemodiálise	09-Tratamento dentário	12-Outros _____	03-Uso de drogas	07-Domiciliar	10-Pessoa/pessoa	99- Ignorado	04-Vertical																																											
01-Sexual	05-Accidente de trabalho	08-Tratamento cirúrgico	11-Alimento/água contaminada																																																											
02-Transfusional	06-Hemodiálise	09-Tratamento dentário	12-Outros _____																																																											
03-Uso de drogas	07-Domiciliar	10-Pessoa/pessoa	99- Ignorado																																																											
04-Vertical																																																														
<p>Observações:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																																																														
<b>Investigador</b>	<p>Município/Unidade de Saúde</p> <p>Código da Unid. de Saúde</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Nome</td> <td style="width: 33%;">Função</td> <td style="width: 33%;">Assinatura</td> </tr> <tr> <td>Hepatites Virais</td> <td>Sinan NET</td> <td>SVS 29/09/2006</td> </tr> </table>						Nome	Função	Assinatura	Hepatites Virais	Sinan NET	SVS 29/09/2006																																																		
Nome	Função	Assinatura																																																												
Hepatites Virais	Sinan NET	SVS 29/09/2006																																																												

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

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

Rua Conceição  
CEP: 79180-000

CEP: 79160-000  
Tel.: (67) 3238-1175

[www.ribasdorionardo.ms.gov.br](http://www.ribasdorionardo.ms.gov.br)



FLS. \_\_\_\_\_

PROC. \_\_\_\_\_

RUB. \_\_\_\_\_

**ITEM** - Ficha notificação negativa semanal - doenças exantemáticas (sarampo e rubéula) - confeccionada em papel A4 75gr<sup>2</sup>, 2 vias, carbonadas, impressão frente, dimensão aproximada 21 x 30cm, bloco com 60 folhas.

420 7 bloco 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 – DOENÇAS EXANTEMÁTICAS (SARAMPO E RUBÉULA)**

UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA: \_\_\_\_\_

MÊS: \_\_\_\_\_ ANO: \_\_\_\_\_

Observações:

Responsável pela Notificação carimbo e assinatura.



FLS. \_\_\_\_\_

PROC. \_\_\_\_\_

RUB. \_\_\_\_\_

**ITEM** - Ficha notificação negativa semanal - paralisia flácida aguda / poliomelite – Confeccionada em papel A4 75gr<sup>2</sup>, 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.



FLS. \_\_\_\_\_

PROC. \_\_\_\_\_

RUB. \_\_\_\_\_

**ITEM** - Ficha notificação negativa semanal - tétano neonatal e tétano acidental - confeccionada em papel A4 75gr<sup>2</sup>, 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

400 folhas de 60 folhas  
carbonadas

### 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



FLS. \_\_\_\_\_

PROC. \_\_\_\_\_

RUB. \_\_\_\_\_

**ITEM - Ficha tuberculose - SINAN - confeccionada em papel A4 75gr<sup>2</sup>, 1 via, carbonada, impressão frente, dimensão aproximada 21 x 30cm, bloco com 50 folhas.**

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

**CRITÉRIO LABORATORIAL:** é todo caso que, independentemente da forma clínica, apresenta pelo menos uma amostra positiva de bacilosscopia, 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 Agravo/doença <b>TUBERCULOSE</b>	Código (CID10) <b>A 16.9</b>	3 Data da Notificação
		4 UF <b>5</b>	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 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4-Gestacional ignorado 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 6-Ignorada
		14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 3-Escola fundamental completa (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Escola médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 5-Escola médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Escola superior incompleta 7-Educação superior completa 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
Dados de Residência		17 UF <b>18</b>	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)	
<b>Dados Complementares do Caso</b>					
Dados complementares		31 Nº do Prontuário	32 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 - Transferência 6 - Pós-obito	33 Populações Especiais 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	34 Beneficiário de programa de transferência de renda do governo 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
		35 Forma 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + Extrapulmonar	36 Se Extrapulmonar 1 - Pleural 2 - Gang. Perif. 3 - Genitourinária 4 - Óssea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 - Meningoencefálico 8 - Cutânea 9 - Laringea 10 - Outra	37 Doenças e Agravos Associados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	38 Uso de Drogas Ilícitas Aids Alcoolismo Diabetes Doença Mental Tabagismo Outras
		39 Radiografia do Tórax 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 4 - Não se aplica	40 HIV 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Em Andamento 4 - Não Realizado	41 Terapia Antirretroviral Durante o Tratamento para a TB 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	42 Histopatologia 1 - Baar Positivo 2 - Sugestivo de TB 3 - Não Sugestivo de TB 4 - Em Andamento 5 - Não Realizado
		43 Cultura 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Em Andamento 4 - Não Realizado	44 Teste Molecular Rápido TB (TMR-TB) 1 - Detectável sensível à Rifampicina 2 - Detectável Resistente à Rifampicina 3 - Não Detectável 4 - Inconclusivo 5 - Não Realizado	45 Teste de Sensibilidade 1 - Resistente somente à Isoniazida 2 - Resistente somente à Rifampicina 3 - Resistente à Isoniazida e Rifampicina 4 - Resistente a outras drogas de 1ª linha 5 - Sensível 6 - Em andamento 7 - Não realizado	46 Data de Início do Tratamento Atual Município/Unidade de Saúde Nome Tuberculose
		47 Total de Contatos Identificados		Cód. da Unid. de Saúde Assinatura SVS 02/10/2014	



PREFEITURA MUNICIPAL   
**RIBAS DO RIO PARDO**

FLS. \_\_\_\_\_

PROC.

RUB. \_\_\_\_\_

**ITEM** - Ficha VEDTA - confeccionada em papel A4 75gr<sup>2</sup>, 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 DAS DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS – VEDA**  
**INFORME SEMANAL DE SURTOS DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS**

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: \_\_\_\_\_

SIM DESCREVER O SURTO ABAIXO:

### **Observações:**

**RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:** \_\_\_\_\_  
**DATA:** \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

Prefeitura Municipal de Ribas do Rio Pardo

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

Rua Conceição  
CEP: 79180-000

CEP: 79180-000  
Tel.: (67) 3238-1175

[www.ribasdoriopardo.ms.gov.br](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)



**ITEM - Folders coloridos para ISTS, campanha do tabagismo.**



**O que são IST?**  
As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são infecções causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos 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, corimentos, bolhas ou verrugas nos órgãos genitais.

**É importante você saber que:**  
Algumas IST podem não apresentar sintomas, tanto no homem quanto na mulher. É 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性uais (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性uais, 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.

**Sifilis:** 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 amarelo ou claro, fora da época da menstruação, dor ou sangramento durante a relação sexual.

**Tricomonase:** 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>



FLS. \_\_\_\_\_

PROC. \_\_\_\_\_

RUB. \_\_\_\_\_

#### Como parar de fumar?

##### PROGRAMA DE COMBATE AO TABAGISMO

O Município de Ibiporã 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 mensalmente, 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 pausa é normal. Recai a justificativa para voltar a fumar.



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

Prefeitura Municipal de Ibiporã  
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 N° 16.239 DE 29/09/2009

IBIPORÃ LIVRE  
DA FUMAÇA DO TABACO

GESTÃO  
2009-2012



**ITEM** - Impresso de pedido de exames confeccionado em papel Sulfite 63g/m<sup>2</sup>, 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:
<b>BIOQUÍMICA</b>			
<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"/> Triglicerídes <input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> VHS <input type="checkbox"/> Uréia <input type="checkbox"/> Sódio <input type="checkbox"/> Contagem de plaquetas <input type="checkbox"/> Urina Tipo 1 <input type="checkbox"/> Creatinina <input type="checkbox"/> Potássio <input type="checkbox"/> Hemograma <input type="checkbox"/> Parasitológico de Fezes <input type="checkbox"/> TGO <input type="checkbox"/> Amilase <input type="checkbox"/> Eritrograma <input type="checkbox"/> Pesquisa de Leucócitos Fecais <input type="checkbox"/> <del>TG</del> <input type="checkbox"/> ASLO <input type="checkbox"/> Leucograma <input type="checkbox"/> Pesquisa de BAAR em Escarro <input type="checkbox"/> Colesterol HDL <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Coagulograma <input type="checkbox"/> Pesquisa de BAAR em Linfa <input type="checkbox"/> Colesterol LDL <input type="checkbox"/> Fator Reumatóide <input type="checkbox"/> Bilirrubinas <input type="checkbox"/> Coombs Indireto <input type="checkbox"/> Reação de Montenegro <input type="checkbox"/> Colesterol VLDL <input type="checkbox"/> Mucoproteínas <input type="checkbox"/> Coombs Direto <input type="checkbox"/> Outros _____			
<b>HEMATOLOGIA</b>			
<b>URINA</b>			
<b>OUTROS</b>			
____ / ____ / ____		CARIMBO E ASSINATURA	
DATA			



FLS. \_\_\_\_\_

PROC. \_\_\_\_\_

RUB. \_\_\_\_\_

**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.

<b>RIBAS DO RIO PARDO</b> PREFEITURA				
<b>Núcleo de Contratos e Prestações de Conta</b>				
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				

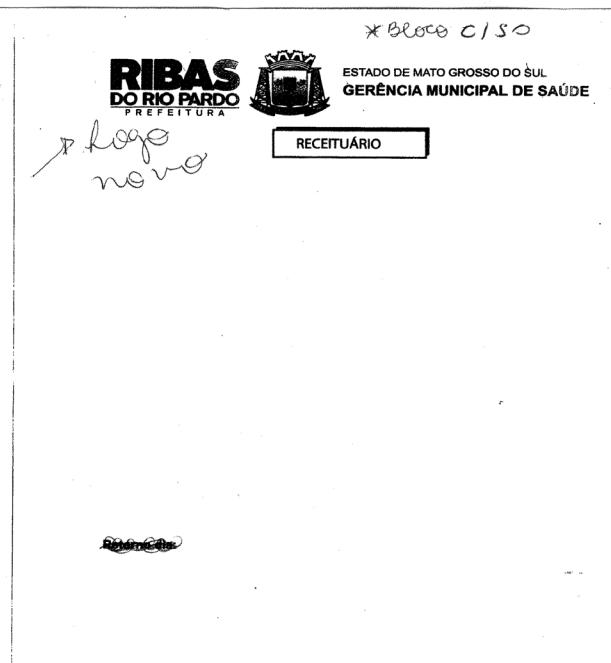


FLS. \_\_\_\_\_

PROC. \_\_\_\_\_

RUB. \_\_\_\_\_

**ITEM** - Impresso receituário simples - confeccionado em papel sulfite 63g/m<sup>2</sup>, 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).



**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](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)



FLS. \_\_\_\_\_

PROC. \_\_\_\_\_

RUB. \_\_\_\_\_

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

Bloco 0/50

SUS Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL <i>fis.1/2</i>	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3 - NOME DO PACIENTE		4 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO / /	
7 - SEXO		Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE	
10 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		11 - MUNICIPIO 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 SECUNDARIO		19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO	
		20 - QTDE	
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO		22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO	
		23 - QTDE	
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO		25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO	
		26 - QTDE	
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO		28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO	
		29 - QTDE	
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO		31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO	
		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 / /	
40 - DOCUMENTO		41 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
( ) CNS ( ) CPF			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
( ) CNS ( ) CPF			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) / /	
50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC a / /			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)			
51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		52 - CNES	



FLS. \_\_\_\_\_

PROC. \_\_\_\_\_

RUB. \_\_\_\_\_

**ITEM** - Receituário controle especial C1 - confeccionado em papel A4 75gr<sup>2</sup>, 2 vias, numerado, papel carbonado, bloco com 50 folhas.

15.000 Unidades

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

GRÁFICA SCANNERS 67 3386-6026 - CNPJ 08.433.376/0001-00 INSC. EST. 28.346.936-6 200 TLS 50X2 - Nº 501.201 à 511.200 / 2021

**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](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)



**ITEM** - Receituário permanente/PSF - confeccionado em papel sulfite 63g/m<sup>2</sup>, 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).

Fronte/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: _____	
<b>RECEITUÁRIO MÉDICO PERMANENTE/PSF</b>			
Nº	DESCRIPÇÃO	QUANT.	POSOLOGIA
01			
02			
03			
04			
05			
_____/_____/_____		DATA NOME PROF. / CRM	
RETORNO ____/____/____			



FLS. \_\_\_\_\_

PROC. \_\_\_\_\_

RUB. \_\_\_\_\_

**ITEM** - Registro de reclamação, confeccionado em papel 63gr<sup>2</sup>, 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:	Nº		
PARA:	HORA:		
DATA			
NOME DO INFRATOR:			
RUA:		Nº:	BAIRRO:
PONTO DE REFERÊNCIA:			
ASSUNTO:			
ASS.:		RECEBI EM / /	
ASS.:			

1<sup>ª</sup> VIA (DENUNCIANTE) - 2<sup>ª</sup> 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](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)



FLS. \_\_\_\_\_

PROC. \_\_\_\_\_

RUB. \_\_\_\_\_

**ITEM** - Registro diário de serviço antivetorial confeccionado em papel sulfite 63g/m<sup>2</sup>, dimensões de 30 x 21 cm, impressão monocromática frente e verso. Apresentação: via única (conforme modelo disposto pela Secretaria Municipal de Saúde). Bloco com 50 (cinquenta) folhas..

**SUS** PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD  
REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

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

Município	Código e nome da localidade	Categ Localid.	Zona	Tipo	Concluída?																			
/	/			1 - sede 2 - outros	S - Sim N - Não																			
Atividade																								
1 - U - Levantamento de Índice 2 - U+T - Levantamento de Índice + Tratamento 3 - PE - Ponto Estratégico 4 - T - Tratamento 5 - OF - Oficial 6 - PVE - Pessoal Vítima Especial																								
PESQUISA ENTOMOLÓGICA / TRATAMENTO																								
Nº do quanto	Seq.	Lado	Nome do Logradouro	Nº	Seq.	Correl.	Tipo de Índice	Hora de coleta	Vizinhos (Residencial)	Pendente	Nº de depósito	Inspecionado	Eliminado	Coleta Amostra			Tratamento			Perifocal	Área			
														Início	Final	Quantidade	Im. Trat	Tipos	Larvada (1)			Focal	Larvada (2)	Quant.
A1	A2	B	C	D1	D2	fm																		
Assinatura do Agente:												Assinatura do Supervisor			Tipo do Imóvel		R - Residencial C - Comércio TB - Terreno Baldio		PE - Ponto Estratégico O - Outros		Pendente		R - Recusado F - Fechado	

**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](http://www.ribasdoriopardo.ms.gov.br)



FLS. \_\_\_\_\_

PROC. \_\_\_\_\_

RUB. \_\_\_\_\_

**ITEM - Requisição de mamografia** - confeccionado em papel sulfite 63g/m<sup>2</sup>, 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).

*Fronte / verso \*Bloco c/50*

MINISTÉRIO DA SAÚDE		REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA	
		Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama	
UF	CNES da Unidade de Saúde	Nº Protocolo	(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)
Unidade de Saúde			
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 i _____
Dados Residenciais			
Logradouro		Bairro	UF
Número	Complemento		
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 pectoral? Em que ano?*	
<input type="checkbox"/> Sim, mama direita <input type="checkbox"/> Sim, mama esquerda <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim, mama direita <input type="checkbox"/> Sim, mama esquerda <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
2 - Apresenta risco elevado* para câncer de mama?		6 - Fez cirurgia de mama? Em que ano?*	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/> mama direita <input type="checkbox"/> mama esquerda	
* Risco elevado*: Mulher com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:		<input type="checkbox"/> Biópsia cirúrgica incisional <input type="checkbox"/> Biópsia cirúrgica excisional	
- câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária		<input type="checkbox"/> Centralectomia <input type="checkbox"/> Segmentectomia	
- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;		<input type="checkbox"/> Ductectomia <input type="checkbox"/> Mastectomia	
Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;		<input type="checkbox"/> Mastectomia poupadora pele <input type="checkbox"/> e complexo areolo-papilar	
Mulheres com histórico patopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.		<input type="checkbox"/> Linfadenectomia axilar <input type="checkbox"/> Biópsia de linfonodo sentinel	
Mulheres com história pessoal de câncer de mama		<input type="checkbox"/> Reconstrução mamária <input type="checkbox"/> Mastoplastia redutora	
3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?*		<input type="checkbox"/> Inclusão de implantes	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Nunca foram examinadas anteriormente <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/> Não fez cirurgia	
4 - Fez mamografia alguma vez?*			
<input type="checkbox"/> Sim. Quando fez a última mamografia? Ano			
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe			

Atenção: Os campos com asterisco (\*) são obrigatórios



INDICAÇÃO CLÍNICA*									
7- Mamografia diagnóstica									
<input type="checkbox"/> 7a. Achados no exame clínico									
<b>Mama direita</b>					<b>Mama esquerda</b>				
<input type="checkbox"/> Lesão papilar	<input type="checkbox"/> Descarga papilar	<input type="checkbox"/> Cristalina	<input type="checkbox"/> Hemorragia		<input type="checkbox"/> Lesão papilar	<input type="checkbox"/> Descarga papilar	<input type="checkbox"/> Cristalina	<input type="checkbox"/> Hemorragia	
Nódulo:									
<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	
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:									
<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									
<b>Mama direita</b>					<b>Mama esquerda</b>				
<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"/> nódulo	<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/> assimetria focal
<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/> linfonodo axilar	<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/> área densa
<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/> linfonodo axilar	<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> área densa
<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/> linfonodo axilar	<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> área densa
<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/> linfonodo axilar	<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/> distorção focal
<input type="checkbox"/> linfonodo axilar	<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/> linfonodo axilar
<input type="checkbox"/> 7c. Avaliação da resposta de QT neo-adjuvante									
<b>Mama direita</b>					<b>Mama esquerda</b>				
<input type="checkbox"/> Mama direita	<input type="checkbox"/> Mama esquerda	<input type="checkbox"/> Mama direita	<input type="checkbox"/> Mama esquerda		<input type="checkbox"/> Mama direita	<input type="checkbox"/> Mama esquerda	<input type="checkbox"/> Mama direita	<input type="checkbox"/> Mama esquerda	
<input type="checkbox"/> 7d. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição									
<b>Mama direita</b>					<b>Mama esquerda</b>				
<input type="checkbox"/> Categoria 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Categoria 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Categoria 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Categoria 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição									
<b>Mama direita</b>					<b>Mama esquerda</b>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno									
<b>Mama direita</b>					<b>Mama esquerda</b>				
<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"/> nódulo	<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/> assimetria focal
<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/> linfonodo axilar	<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/> assimetria focal	<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"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/> área densa
<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/> linfonodo axilar	<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/> distorção focal
<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/> linfonodo axilar	<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/> distorção focal
<input type="checkbox"/> linfonodo axilar	<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/> linfonodo axilar
<input type="checkbox"/> 7g. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno									
8- Mamografia de rastreamento									
<input type="checkbox"/> 8a. População avo					<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 supracleavicular)									
7b - Controle radiológico de lesão Categoría 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 avo) e mulheres 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									
UQInt - União dos quadrantes inferiores UQmed - União dos quadrantes médios RRA - Região retroareolar RC - Região central (união de todos os quadrantes) PA - Prolongamento axilar NR - Não realizado									



FLS. \_\_\_\_\_

PROC.

RUB. \_\_\_\_\_

**ITEM** - Resumo semanal do serviço antivetorial confeccionado em papel sulfite 75g/m<sup>2</sup>, 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.



FLS. \_\_\_\_\_

PROC. \_\_\_\_\_

RUB. \_\_\_\_\_

**ITEM** - Solicitação de assistência especializada - confeccionado em papel sulfite 63g/m<sup>2</sup>, 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).



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



**SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA**

DATA:	HORÁRIO:	
<b>*IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE</b>		
UNIDADE:		
MUNICÍPIO:		
TELEFONE E FAX:		
SERVIDOR DA SMS:		
<b>*IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>		
NOME:		
ENDEREÇO:		
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:
CPF:	TELEFONE:	
NOME DA MÃE:		
PRONTUÁRIO:	CARTÃO SUS:	
<b>*CID E CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>		
<b>*JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>		
QUEIXA / H.D. / EX. FÍSICO / EX. LABORATORIAL / OUTROS EXAMES:		
<b>*CARÁTER DA SOLICITAÇÃO</b>		
<input type="checkbox"/> ELETIVO <input type="checkbox"/> URGENTE		
<b>*PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>		
NOME:	CONSELHO DE CLASSE:	ASSINATURA E CARIMBO
DATA:	HORÁRIO:	
<b>AGENDAMENTO</b>		
UNIDADE:	MUNICÍPIO:	
ENDEREÇO:	TELEFONE:	
DATA DO ATENDIMENTO:	HORÁRIO:	
PROFISSIONAL QUE AGENDOU:	TELEFONE:	
<b>MOTIVO DA RECUSO DE AGENDAMENTO:</b>		
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



FLS. \_\_\_\_\_

PROC. \_\_\_\_\_

RUB. \_\_\_\_\_

**ITEM** - Solicitação de fisioterapia - confeccionado em papel sulfite 63g/m<sup>2</sup>, 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 01/50

UNIDADE DE  
**FISIOTERAPIA**  
MUNICIPAL

*Solicitar novas  
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**



FLS. \_\_\_\_\_

PROC. \_\_\_\_\_

RUB. \_\_\_\_\_

**ITEM** - Solicitação de radiografia - confeccionado em papel sulfite 63g/m<sup>2</sup>, 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).

*Foto* \* Bloco 0150

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

**DESCRIÇÃO DO EXAME**

_____ / _____
CARIMBO E ASSINATURA



FLS. \_\_\_\_\_

PROC. \_\_\_\_\_

RUB. \_\_\_\_\_

**ITEM** - Termo de orientação e responsabilidade - confeccionado em papel A4 75 gr<sup>2</sup>, 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  
NUCLEO 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 N° 1.293 de 21/09/1992 - Código Sanitário Estadual.

Nome do município, \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Agente de Saúde: \_\_\_\_\_

Supervisor (a): \_\_\_\_\_