



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS



ANEXO I
TERMO DE REFERÊNCIA

PROJETO BÁSICO/TERMO DE REFERÊNCIA - Nº2020.09.09.001 - SME

I - INFORMAÇÕES PRIMÁRIAS E CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA

1. **ORGÃO(S) SOLICITANTE(S): SECRETARIA DE SAÚDE**
2. **ÓRGÃO GERENCIADOR:** Fundo Municipal de Saude
3. **DOTAÇÃO(ÕES) ORÇAMENTÁRIA(S):** Não se aplica.
4. **FONTE(S) DE RECURSO:** Não se aplica.
5. **VALOR(ES) GLOBAL ESTIMADO(S):** R\$ 876.274,30 (oitocentos e setenta e seis mil, duzentos e setenta e quatro reais e trinta centavos)

II - DETALHAMENTO DA DESPESA

6. **OBJETO:** REGISTRO DE PREÇOS PARA FUTURAS E EVENTUAIS CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA FORNECIMENTO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA ATENDER AS NECESSIDADES DOS DIVERSOS SETORES DA SECRETARIA DE SAÚDE DE PACAJUS/CE.

7. **JUSTIFICATIVA:**

A presente contratação justifica-se, tendo em vista que, a Secretaria de Saúde não dispõe de equipamentos necessários para confecção dos referidos itens deste. Além disso, precisamos de material de apoio para atender a demanda das atividades das unidades vinculadas à Saúde e, pois há uma crescente demanda de tal forma que se faz necessário o lançamento de procedimento licitatório para a contratação de empresa apta a fornecer o objeto constante deste termo de referência.

O objeto do presente Registro de Preços deverá ser entregue de forma fracionada, valendo esclarecer, em conformidade com a necessidade da Administração Municipal, resguardando-se, por conseguinte, o direito de adquirir em todo ou em parte as quantidades licitadas, conforme solicitação expedida pelo Secretaria de Pacajus, através da emissão de ordem de fornecimento.

8. **DEMAIS OBSERVAÇÕES:** Tudo conforme anexo I.

III - DAS CONDIÇÕES DE ENTREGA/FORNECIMENTO

9. **PRAZO E LOCAL DE ENTREGA/FORNECIMENTO:** Em até 10 (DEZ) DIAS, a contar da emissão da ORDEM DE COMPRA, nos locais determinados pela solicitante, no endereço: **Rua**

Poeta Pedro Cesário nº33 Centro Pacajus/CE, CEP: 62.870-000; de segunda à sexta-feira de 08:00 às 17:00 obedecendo ao calendário local.

10. PRAZO DE VIGÊNCIA: A Ata de Registro de Preços produzirá seus jurídicos e legais efeitos a partir data de sua assinatura e vigorá pelo prazo de **12 (DOZE) MESES**, admitindo-se, porém, a prorrogação da vigência dos contratos dela decorrente, nos termos do artigo 57, da Lei Federal nº 8.666/93, se a proposta registrada continuar se mostrando mais vantajosa à administração, satisfeitos os demais requisitos dos Decretos Municipais nº 127/2018 de 22 de Janeiro de 2018 e 183/2018 de 06 de dezembro de 2018.

11. PAGAMENTO: O Pagamento será efetuado na proporção de entrega dos produtos, em até 30 (TRINTA) DIAS após a emissão da Nota Fiscal, mediante atesto do recebimento dos produtos e o encaminhamento da documentação necessária, observada todas as disposições pactuadas, através de crédito na conta bancaria da Detentora.

IV - DOS PREÇOS OFERTADOS E DA FORMULAÇÃO DA PROPOSTA

12. Na proposta de preço deverá constar as especificações detalhada do item, tipo e quantidade solicitada, em moeda nacional, em algarismo e por extenso, já considerando todas as despesas, tributos, impostos, taxas, encargos e demais despesas que incidam direta ou indiretamente sobre os itens, mesmo que não estejam registrados nestes documentos;

13. Será considerada vencedora a licitante cuja proposta contenha o **Menor preço por LOTE**, desde que atenda as exigências contidas neste Termo de Referência e no edital de licitação.

14. A(s) Secretaria(s) Municipal(is) poderão se valer da análise técnica do objeto, antes da adjudicação e homologação da licitante, para verificação do atendimento das especificações mínimas dos itens constantes no Projeto Básico/Termo de Referência.

15. O fornecimento dos produtos licitados será feito de forma fracionada, de acordo com a necessidade do órgão interessado durante o prazo de contratação, mediante a expedição de periódicas ORDENS DE FORNECIMENTO, pela Secretaria Gestora, constando a quantidade de itens a serem entregues.

V - DA FORMALIZAÇÃO DA ATA DE REG. DE PREÇOS, FISCALIZAÇÃO E GESTÃO DO CONTRATO:

16. A Administração Municipal, por meio da Secretaria Gerenciadora do procedimento licitatório e os demais órgãos participantes, formalizará, por meio de Ata de Registro de Preços, as condições e os preços que, eventualmente, poderão a vir serem adquiridos pela(s) Secretaria(s) contratante(s), por meio de Contrato(s) a serem firmados e oriundos da respectiva Ata.

17. O fornecimento dos serviços será acompanhado e fiscalizado por servidor da Secretaria, o qual deverá atestar os documentos da despesa, quando comprovada a fiel e correta entrega dos

produtos, para fins de pagamento.

18. A presença da fiscalização da Secretaria não elide nem diminui a responsabilidade da empresa contratada.

19. Caberá ao servidor designado rejeitar totalmente ou em parte, qualquer produto que não esteja de acordo com as exigências, bem como, determinar prazo para substituição do mesmo eventualmente fora de especificação.

20. O Gestor do Contrato, será exercido pelo Secretário(a) da respectiva Pasta ou quem este designar, o qual deverá exercer em toda sua plenitude a ação de que trata a Lei nº 8.666/93, alterada e consolidada.

VI - DAS OBRIGAÇÕES

21. DO ÓRGÃO GERENCIADOR:

Competirá ao Órgão Gestor do Registro de Preços:

I. Gerenciar a Ata de Registro de Preços;

II. Providenciar, sempre que solicitada, a indicação do fornecedor detentor de preço registrado, para atendimento às necessidades da Administração, obedecendo à ordem de classificação e aos quantitativos definidos nesta Ata;

III. Conduzir os procedimentos relativos a eventuais renegociações dos preços registrados;

IV. Aplicar as seguintes penalidades por descumprimento do pactuado na Ata de Registro de Preços:

a) Advertência.

b) Multa, na forma prevista no instrumento convocatório ou nesta Ata.

c) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração Pública, por prazo **não superior a 05 (cinco) anos**.

V. Cancelar o registro do fornecedor detentor do preço registrado, em razão do disposto no Decreto Municipal Nº 127/2017 de 22 de janeiro de 2018 e 183/2018 de 06 de dezembro de 2018;

VI. Comunicar aos Órgãos Participantes do SRP a aplicação de penalidades ao fornecedor detentor de preços.

22. DA DETENTORA DO REGISTRO:

O detentor do registro de preços, durante o prazo de validade da Ata de Registro de Preços, fica obrigado a:

- I. Atender a todos os pedidos efetuados pelos órgãos e entidades participantes do SRP, bem como aqueles decorrentes de remanejamento de quantitativos registrados na Ata, durante a sua vigência, mesmo que a execução do objeto esteja prevista para data posterior à do seu vencimento;
- II. Fornecer os bens ofertados, por preço unitário registrado, nas quantidades indicadas pelos participantes do Sistema de Registro de Preços, mediante formalização de contrato, no prazo estabelecido na Ordem de Compra;
- III. Responder no prazo de **até 05 (cinco) dias** a consultas do Órgão Gestor de Registro de Preços sobre a pretensão de órgãos/entidades não participantes de utilizar a Ata na condição de Órgão/Entidade Interessado;
- IV. Estar ciente que os materiais adquiridos estarão sujeitos à aceitação pelo órgão receptor, ao qual caberá o direito de recusar caso não esteja de acordo com o especificado e seja um produto de qualidade inferior ao solicitado.
- V. Aceitar, nas mesmas condições pactuadas inicialmente, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, a critério da administração pública, respeitando-se os limites previstos na Lei n.º 8.666/93 e alterações posteriores, até 25% (vinte e cinco por cento) do valor do contrato.

VII - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

Pela elaboração do PB/TR - Órgão Gerenciador - Responsável pela despesa

Carimbo/Assinatura
Nome: **MARTA MUNIZ DE MENEZES BARREIRO**
Fundo Municipal de Saude

ANEXO I DO PROJETO BÁSICO/TERMO DE REFERÊNCIA

1. **OBJETO:** REGISTRO DE PREÇOS PARA FUTURAS E EVENTUAIS CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA FORNECIMENTO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA ATENDER AS NECESSIDADES DOS DIVERSOS SETORES DA SECRETARIA DE SAÚDE DE PACAJUS/CE..

2. **DOS ITENS:**

Nº	NOME	UNIDADE	QTD	VALOR TOTAL	
LOTE 01					
1	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES EM TRATAMENTO DE HANSENIASE (CAF) BLOCO C 100 FOLHAS FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR - MOD 001 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	15,00	17,00	255,00
2	"ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES EM TRATAMENTO DE HANSENIASE 1ª FASE (CAF) BLOCO C 100 FOLHAS FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR - MOD 002 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA)" -	Bloco	15,00	17,00	255,00
3	"ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES EM TRATAMENTO DE TUBERCULOSE (CAF) BLOCO C 100 FOLHAS FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR - MOD 003 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA)" -	Bloco	15,00	17,00	255,00
4	ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO - SINAN - FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, PAPEL OFFSET 75GR - MOD 004 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	600,00	17,00	10.200,00
5	ATENDIMENTO DOMICILIAR (SAD) FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS,FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR - MOD 005 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	150,00	17,33	2.599,50

6	ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO/DOMICILIAR (NASF) FRENTE - EVOLUÇÃO VERSO (NASF) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, PAPEL OFFSET 75GR MOD 006 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	1.000,00	16,33	16.330,00
7	ATESTADO MÉDICO - PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, 01 VIA SIMPLES, PAPEL OFFSET 75GR MOD 007 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	1.800,00	14,66	26.388,00
8	AUTO DE INFRAÇÃO (VIGILÂNCIA SANITÁRIA) 3 VIAS CARBONADAS BLOCO C 100 FOLHAS, MOD 008 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	300,00	26,66	7.998,00
9	AVALIAÇÃO DE ELEGIBILIDADE E ADMISSÃO (SAD) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, PAPEL OFFSET 75GR MOD 009 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	150,00	16,66	2.499,00
10	AVALIAÇÃO DE TERAPIA OCUPACIONAL (CENTRO DE REABILITAÇÃO) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, PAPEL OFFSET 75GR MOD 010 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	150,00	16,66	2.499,00
11	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL /BPA (ENFERMEIRA PSF) CONSOLIDADO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, PAPEL OFFSET 75GR MOD 011 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	200,00	16,66	3.332,00
12	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL /BPA (MÉDICO, ENFERMEIRA, ACD, ACS'S PSF) CONSOLIDADO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, PAPEL OFFSET 75GR MOD 012 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	20,00	17,00	340,00
13	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL CONSULTA EM ATENÇÃO BÁSICA (MÉDICO PSF) FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, PAPEL OFFSET 75GR MOD 013 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	20,00	17,00	340,00



14	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL/BPA CONSULTA PUERPERAL (ENFERMEIRA - PSF) FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, PAPEL OFFSET 75GR MOD 014 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	130,00	16,66	2.165,80
15	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL/BPA CONSULTA /ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BASICA (MÉDICO PSF) FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, PAPEL OFFSET 75GR MOD 015 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	50,00	17,00	850,00
16	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL/BPA CONSULTA /IDENTIFICAÇÃO DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE (ENFERMEIRA - PSF) FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, PAPEL OFFSET 75GR MOD 016 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	20,00	17,00	340,00
17	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL/BPA CONSULTA PRÉ NATAL (ENFERMEIRA - PSF) CONSOLIDADO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS,PAPEL OFFSET 75GR MOD 017 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	100,00	16,66	1.666,00
18	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL/BPA CONSULTA PRÉ NATAL (MÉDICO - PSF) CONSOLIDADO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, PAPEL OFFSET 75GR MOD 018 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	100,00	16,66	1.666,00
19	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL/DADOS CONSOLIDADOS BPA-C (CENTRO DE REABILITAÇÃO/NASF) PRETO E BRANCO,BLOCO C 100 FOLHAS, PAPEL OFFSET MOD 019 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	300,00	16,33	4.899,00

20	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL/DADOS INDIVIDUALIZADOS BPA-I PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, PAPEL OFFSET 75GR MOD 020 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	300,00	16,33	4.899,00
21	BOLETIM DIÁRIO LIA (ENDEMIAS) - PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, PAPEL OFFSET 75GR MOD 021 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	100,00	16,66	1.666,00
22	CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL (ACS) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, PAPEL OFFSET 75GR MOD 022 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	500,00	16,33	8.165,00
23	CADASTRO GERAL DE ATIVIDADE DIARIA DO AGENTE DE SAÚDE(PAS D) ACS PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, PAPEL OFFSET 75GR MOD 023 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	500,00	16,33	8.165,00
24	CADASTRO INDIVIDUAL (FRENTE) QUESTIONÁRIO AUTOREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE (VERSO) ACS PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, PAPEL OFFSET 75GR MOD 024 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	1.000,00	16,33	16.330,00
25	CADERNETA DA GESTANTE,FORMATO A4 PAPEL 40 KG MOD 025 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Unidade	5.000,00	2,93	14.650,00
26	CADERNETA MENINO/MENINA (FRENTE E VERSO) COR VERDE PAPEL 40KG MOD 026 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Unidade	12.000,00	3,63	43.560,00
27	CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DE DIABETES / HIPERTENSÃO (FRENTE E VERSO) PRETO E BRANCO, PAPEL 40 KG, TAMANHO 15X21 CM, MOD 027 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Unidade	3.000,00	2,23	6.690,00

28	CARTÃO DA MEDICAÇÃO (CAPS) FRENTE E VERSO FORMATO 18X12 PRETO E BRANCO PAPEL 40KG MOD 028 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Unidade	3.000,00	2,30	6.900,00
29	CARTÃO DA MULHER/ADOLESCENTE (FRENTE E VERSO) PAPEL 40 KG, MOD 029 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Unidade	3.000,00	1,88	5.640,00
30	CARTÃO DE AVALIAÇÃO (CENTRO DE REABILITAÇÃO) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, TAMANHO 5X9 CM ,PAPEL OFFSET 75GR MOD 030 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Unidade	2.000,00	1,31	2.620,00
31	CARTÃO DE FREQUÊNCIA (TERAPIA OCUPACIONAL) FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, TAMANHO 9X12 CM, MOD 031 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Unidade	2.000,00	1,76	3.520,00
32	CARTÃO DE FREQUÊNCIA FISIOTERAPIA (CENTRO DE REALBILITAÇÃO) PRETO E BRANCO, FORMATO A4 PAPEL 40 KG MOD 032 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Unidade	2.000,00	2,93	5.860,00
33	CARTÃO DE FREQUÊNCIA FONOAUDIOLOGIA (CENTRO DE REALBILITAÇÃO) FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, TAMANHO 8X25 CM, PAPEL 40KG, MOD 033 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Unidade	3.000,00	1,86	5.580,00
34	CARTÃO DE VACINAÇÃO ESCOLA/ADULTO/IDOSO PAPEL 40 KG, TAMANHO 7X22 CM MOD 034 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Unidade	5.000,00	1,90	9.500,00
35	CARTÃO DO USUÁRIO (CAPS) FRENTE E VERSO FORMATO 18X12 PRETO E BRANCO PAPEL 40KG MOD 035 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	5.000,00	8,06	40.300,00

36	CITOLOGIA ONCÓTICA PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FRENTE E VERSO PAPEL OFFSET 75GR MOD 036 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	20,00	17,66	353,20
					269.275,50
LOTE 02					
37	CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TESTE RÁPIDO HIV) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, 01 VIA SIMPLES, 15x21 PAPEL OFFSET 75GR MOD 037 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	20,00	13,66	273,20
38	CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TESTE RÁPIDO SIFILIS) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, 01 VIA SIMPLES, 15x21 PAPEL OFFSET MOD 038 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	10,00	13,66	136,60
39	CONSOLIDADO MENSAL DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA (ATENÇÃO PRIMARIA) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75 GR MOD 039 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	50,00	17,00	850,00
40	CONTROLE DE ATENDIMENTO (CENTRO DE REALBILITAÇÃO) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 040 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	100,00	16,66	1.666,00
41	CONTROLE DE FREQUÊNCIA (CENTRO DE REALBILITAÇÃO) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, PAPEL OFFSET 75GR MOD 041 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	100,00	17,00	1.700,00
42	CONTROLE DE FREQUÊNCIA DOS PACIENTES (CENTRO DE REABILITAÇÃO) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, PAPEL OFFSET 75GR MOD 042 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	100,00	16,66	1.666,00

43	DECLARAÇÃO (HOSPITAL) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, PAPEL OFFSET 75GR 15x21 1 VIA SIMPLES MOD 043 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	200,00	15,33	3.066,00
44	DECLARAÇÃO (CENTRO DE REABILITAÇÃO) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, 15X21 PAPEL OFFSET 75GR MOD 044 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	100,00	15,33	1.533,00
45	DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE LEGAL (VIGILÂNCIA SANITÁRIA) 1 VIA SIMPLES BLOCO C 100 BOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET MOD 045 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	100,00	16,66	1.666,00
46	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE (ENFERMARIA) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, 01 VIA SIMPLES, PAPEL OFFSET 75GR MOD 046 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	100,00	16,66	1.666,00
47	ENCAMINHAMENTO (CAPS) BLOCO C 100 FOLHAS FORMATO A4 PRETO E BRANCO PAPEL OFFSET 75GR MOD 047 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	200,00	16,33	3.266,00
48	ENCAMINHAMENTO (SAD) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, PAPEL OFFSET 75GR MOD 048 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	200,00	16,33	3.266,00
49	ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE BUCAL (FRENTE E VERSO) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 049 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	20,00	17,66	353,20
50	EXERCÍCIO PARALISIA FACIAL (CENTRO DE REABILITAÇÃO) FRENTE E VERSO, PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 050 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	100,00	17,33	1.733,00

51	FICHA B - DA/HÁ ACOMPANHAMENTOS DIABETICOS/HIPERTENSO (ACS) FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS,FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 051 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	300,00	17,00	5.100,00
52	FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO (VIGILÂNCIA SANITÁRIA) 1 VIA SIMPLES BLOCO C 100 BOLHAS, MOD 052ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	100,00	16,66	1.666,00
53	FICHA D EINVESTIGAÇÃO DOENÇAS EXANTEMÁTICAS FEBRIS SARAMPO/RUBÉOLA - SINAN - FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, MOD 053 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	10,00	18,33	183,30
54	FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO DIABÉTICO/HIPERTENSO (FRENTE E VERSO) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET MOD 054 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	300,00	17,00	5.100,00
55	FICHA DE ATENDIMENTO À MULHER (FRENTE E VERSO) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS,FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 055 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	200,00	17,00	3.400,00
56	FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL (ESUS - ATENÇÃO BASICA)FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS,FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 056 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	500,00	17,00	8.500,00
57	FICHA DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL (NASF) FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET MOD 057 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	100,00	17,33	1.733,00
58	FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLOGICO INDIVIDUAL BLOCO C 100 FOLHAS FORMATO A4 FRENTE VERSO PAPEL OFFSET 75GR MOD 058 - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	200,00	17,00	3.400,00

59	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA (ESUS - ATENÇÃO BÁSICA) FRENTE VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, MOD 059 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	200,00	17,00	3.400,00
60	FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA (FRENTE E VERSO) PRETO E BRANCO, TAMANHO 8X12 CM, PAPEL 40KG, MOD 060 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	100,00	13,66	1.366,00
61	FICHA DE CADASTRO E ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DO SISVAN (SAD) FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET MOD 061 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	50,00	17,66	883,00
62	FICHA DE REFERÊNCIA INTERNA (NASF) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, 15X21 PAPEL OFFSET 75FR MOD 062 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	50,00	15,33	766,50
63	FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA INTERNA (NASF) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, 15X21 PAPEL OFFSET 75GR MOD 063 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	50,00	14,00	700,00
64	FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO - SINAN - FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, MOD 064 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	20,00	18,33	366,60
65	FICHA DE INVESTIGAÇÃO ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS - SINAN - FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 MOD 065 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	50,00	17,66	883,00
66	FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE CHIKUNGUNYA - SINAN - PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FRENTE E VERSO FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 066 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	40,00	17,66	706,40

67	FICHA DE INVESTIGAÇÃO GESTANTE HIV - SINAN PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 067 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	40,00	17,00	680,00
68	FICHA DE INVESTIGAÇÃO MENINGITE - SINAN - FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET MOD 068 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	40,00	17,66	706,40
69	FICHA DE INVESTIGAÇÃO SIFILIS EM GESTANTE - SINAN - FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 069 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	20,00	18,33	366,60
70	FICHA DE NOTIFICAÇÃO - SINAN - FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 070 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	200,00	17,00	3.400,00
71	FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO AIDS - SINAN - FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 071 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	30,00	18,33	549,90
72	FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO HANSENÍASE - SINAN -PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 072 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	40,00	17,00	680,00
					67.377,70
LOTE 03					
73	FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA - SINAN - FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 073 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	50,00	17,33	866,50

74	FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE - SINAN - PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 OFFSET 75 GR MOD 074 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	100,00	17,00	1.700,00
75	FICHA DE PROCEDIMENTOS (ESUS - ATENÇÃO BASICA) FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 075 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	500,00	17,00	8.500,00
76	FICHA DE REFERÊNCIA (3 VIAS CARBONADAS) BRANCA, AMARELA, ROSA, FORMATO A4 BLOCO C 100 FOLHAS, MOD 076 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	3.000,00	20,66	61.980,00
77	FICHA DE TRIAGEM (CAPS) BLOCO C 100 FOLHAS FORMATO A4 FRENTE E VERSO PAPEL OFFSET 75GR MOD 077 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	100,00	16,00	1.600,00
78	FICHA DE VACINAÇÃO BLOCO C 100 FOLHAS FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 078 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	500,00	17,00	8.500,00
79	FICHA DE VISITA DOMICILIAR (ENDEMIAS) PRETO E BRANCO, TAMANHO 15X10 CM ,PAPEL OFFSET 75GR MOD 079 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	500,00	13,66	6.830,00
80	FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL (ACS) FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 080 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	500,00	17,00	8.500,00
81	FICHA PERINATAL - AMBULATÓRIO (ATENÇÃO BASICA) FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 081 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	300,00	17,00	5.100,00

82	FOLHA DE ANAMNÊSE (HOSPITAL) FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 082 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	400,00	17,00	6.800,00
83	FOLHA DE EVOLUÇÃO (FRENTE E VERSO) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 083 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	500,00	17,00	8.500,00
84	FOLHA DE RECEM - NASCIDO (FRENTE) FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DATILÓSCOPIA (VERSO) HOSPITAL PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 084 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	500,00	16,33	8.165,00
85	FOLHA DE SUMÁRIO DE INTERNAMENTO (FRENTE) TERMOS DE RESPONSABILIDADES (VERSO) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 085 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	100,00	16,66	1.666,00
86	FORMULÁRIO PADRÃO DE SOLICITAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS BLOCO C 100 FOLHAS FORMATO 15X21 PAPEL OFFSET 75GR MOD 086 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	50,00	13,66	683,00
87	GESTANTE COM RH NEGATIVO BLOCO C 100 FOLHAS FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 087 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	30,00	17,66	529,80
88	GESTANTE COM TESTE RÁPIDO REAGENTE PARA SIFILIS BLOCO C 100 FOLHAS FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 088 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	30,00	17,66	529,80
89	LAUDO DE INSPEÇÃO (VIGILÂNCIA SANITÁRIA) 3 VIAS CARBONADAS BLOCO C 100 BOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 089 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	200,00	27,66	5.532,00

90	LAUDO DO DIAGNÓSTICO (TESTE RAPIDO PARA HIV) PRETO E BRANCO,BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 090 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	100,00	16,66	1.666,00
91	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (2 VIAS CARBONADAS) PRETO E BRANCO,BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 091 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	400,00	18,00	7.200,00
92	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL (2 VIAS 1/2 FOLHAS) PRETO E BRANCO,BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 092 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	200,00	17,00	3.400,00
93	MAPA DE ATENDIMENTO SISTEMA BOLSA FAMILIA - BFA -PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 093 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	500,00	16,33	8.165,00
94	MAPA DE CONTROLE DIÁRIO DE TEMPERATURA PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 094 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	250,00	16,33	4.082,50
95	MAPA DIÁRIO (CAPS) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, PAPEL OFFSET MOD 095 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	200,00	16,33	3.266,00
96	MAPA DIÁRIO DE ATENDIMENTO PROFISSIONAL (FRENTE E VERSO) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS,FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 096 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	700,00	17,00	11.900,00
97	MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR (VIGILÂNCIA NUTRICIONAL) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS,FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 097 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	100,00	16,66	1.666,00



98	MONITORIZAÇÃO DE DOENÇAS DIARRÉICAS (EPIDEMIOLOGIA) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 098 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	100,00	16,66	1.666,00
99	OCORRÊNCIA (CENTRO DE REABILITAÇÃO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS,FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 099 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	100,00	16,66	1.666,00
100	PARTOGRAMA (PARTOS HUMANIZADOS) FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO,BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 100 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Unidade	200,00	17,00	3.400,00
101	PLANO ALIMENTAR (NASF) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS,FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 101 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	200,00	16,33	3.266,00
102	PRESCRIÇÃO MÉDICA E OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM PRETO E BRANCO,BLOCO C 100 FOLHAS,FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 102 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	400,00	16,33	6.532,00
103	PRIMEIRA CONSULTA PUERICULTURA MATERNO (ATENÇÃO BASICA) BLOCO C 100 FOLHAS FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 103 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	300,00	16,33	4.899,00
104	PROGRAMA DE DOAÇÃO DE MEDICAMENTOS/MATERIAL/FICHA CADASTRO PACIENTE (CAF) BLOCO C 100 FOLHAS FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 104 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	300,00	16,33	4.899,00
105	PROGRAMAÇÃO MENSAL (ATENÇÃO PRIMARIA) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 105 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	200,00	16,33	3.266,00

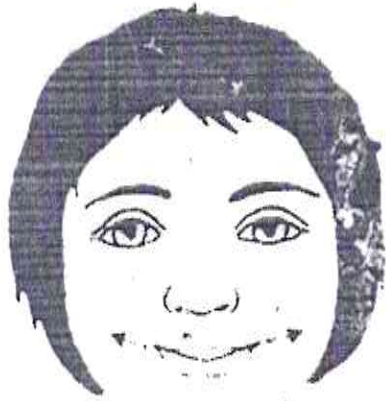
106	PRONTUARIO ODONTOLÓGICO FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 106 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	200,00	16,33	3.266,00
107	PRONTUÁRIO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS,FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 107 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	800,00	16,33	13.064,00
108	PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DE CORPOS DAS UNIDADES DE SAÚDE PARA O SVO (FRENTE E VERSO) PRETO E BRANCO,BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 108 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	100,00	17,33	1.733,00
					224.984,60
LOTE 04					
109	RAAS - REGISTRO DAS AÇÕES AMBULATORIAS DE SAÚDE - FORMULÁRIO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CAPS BLOCO C 100 FOLHAS FORMATO A4 FRENTE E VERSO PAPEL OFFET 75GR MOD 109 - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	200,00	16,33	3.266,00
110	RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL (2 VIAS CARBONADAS) PRETO E BRANCO,BLOCO C 100 FOLHAS, 15X21 PAPEL OFFSET 75GR MOD 110 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	5.000,00	17,33	86.650,00
111	RECEITUARIO SIMPLES (1 VIA SIMPLES) PRETO E BRANCO,BLOCO C 100 FOLHAS,15x21 PAPEL OFFSET 75GR MOD 111 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	5.000,00	13,00	65.000,00
112	REGISTRO BASICO DE CONTROLE DA PENDÊNCIA OPERACIONAL (ENDEMIAS) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 112 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	100,00	16,66	1.666,00

113	REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, 01 VIA SIMPLES, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 113 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	50,00	17,00	850,00
114	RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS NA ÁREA (ACS) FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 114 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	300,00	17,00	5.100,00
115	RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DA RECEPÇÃO (FRENTE E VERSO) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, 01 VIA SIMPLES, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 115 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	200,00	16,33	3.266,00
116	RELATÓRIO MENSAL DO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 116 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	150,00	16,33	2.449,50
117	RELATÓRIO PMA 2 - RELATORIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO (ATENÇÃO BÁSICA) FRENTE E VERSO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 117 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	200,00	17,00	3.400,00
118	REQUISICÃO DE EXAME - PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, 01 VIA SIMPLES, 15X21 PAPEL OFFSET 75GR MOD 118 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	5.000,00	13,00	65.000,00
119	REQUISICÃO DE EXAME CITOPATOLOGICO - COLO DO ÚTERO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 119 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	250,00	16,33	4.082,50

120	REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA (FRENTE E VERSO) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 120 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	250,00	17,00	4.250,00
121	REQUISIÇÃO DE MATERIAL - CAF PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 121 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	300,00	16,33	4.899,00
122	RESUMO DE ALTA (2 VIAS CARBONADAS) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 122 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	300,00	25,00	7.500,00
123	RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTIVETORIAL (ENDEMIAS) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 123 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA).	Bloco	300,00	16,33	4.899,00
124	SERVIÇO DIARIO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL (ENDEMIAS) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 124 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA).	Bloco	150,00	16,33	2.449,50
125	SIFILIS NA GESTANTE/RELATÓRIO DE TRATAMENTO/ACOMPANHAMENTO PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, 15x21 PAPEL OFFSET 75GR MOD 125 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA).	Bloco	150,00	13,66	2.049,00
126	SOLICITAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS (IMUNIZAÇÃO) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO 15X21 PAPEL OFFSET 75GR MOD 126 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA).	Bloco	300,00	13,00	3.900,00
127	TABELA ETIQUETA LABORATORIAL, PAPEL ADESIVO TAMANHO 18X27 PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, MOD 127 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA).	Bloco	200,00	33,33	6.666,00

128	TALIONÁRIO DE RECEITUÁRIO AZUL FORMATO PAPEL OFFSET 75GR MOD 128 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA) -	Bloco	1.000,00	14,33	14.330,00
129	TERMO DE APREENSÃO, INTERDIÇÃO, DESINTERDIÇÃO (VIGILÂNCIA SANITÁRIA) 4 VIAS CARBONADAS BLOCO C 100 BOLHAS ,FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 129 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA).	Bloco	200,00	30,66	6.132,00
130	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROCEDIMENTO CIRURGICO) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 130 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA).	Bloco	100,00	17,00	1.700,00
131	TERMO DE INTIMAÇÃO (VIGILÂNCIA SANITÁRIA) 4 VIAS CARBONADAS BLOCO C 100 BOLHAS ,FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 131 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA).	Bloco	200,00	29,66	5.932,00
132	TERMO DE ORIENTAÇÃO SANITÁRIA (VIGILÂNCIA SANITÁRIA) 3 VIAS CARBONADAS BLOCO C 100 BOLHAS , FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 132 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA).	Bloco	200,00	29,00	5.800,00
133	TERMO DE RESPONSABILIDADE TECNICA (VIGILÂNCIA SANITÁRIA) 1 VIA SIMPLES PRETO E BRANCO BLOCO C 100 BOLHAS ,FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 133 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA).	Bloco	100,00	17,00	1.700,00
134	TRIAGEM DA ATENÇÃO BÁSICA AO MELHOR EM CASA (SAD) PRETO E BRANCO, BLOCO C 100 FOLHAS, FORMATO A4 PAPEL OFFSET 75GR MOD 134 ANEXO - INCLUINDO COLETA DE DADOS E DESENVOLVIMENTO DE ARTE - (TIRAGEM DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DA SECRETARIA).	Bloco	100,00	17,00	1.700,00
					314.636,50
					876.274,30

3. R\$ 876.274,30 (oitocentos e setenta e seis mil duzentos e setenta e quatro reais e trinta centavos)



7 - Sorrir com os lábios juntos



8 - Soprando (enchendo a bochecha)



9 - Protrusão do lábio inferior

41 Ocorrência Hospitalização 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado **42** Data da Internação **43** UF

44 Município do Hospital Código (IBGE) **45** Nome do Hospital Código

Exame Sorológico

46 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1) **47** Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)

48 Resultado

	Sarampo IgM IgG	Rubéola IgM IgG	Outras Exantemáticas IgM IgG	
1 - Reagente	S1	S1	S1	1 - Dengue
2 - Não Reagente				2 - Parvovirus B19
3 - Inconclusivo	S2	S2	S2	3 - Herpes virus 6
4 - Não Realizado				4 - Outras
	Re-Teste	Re-Teste	Re-Teste	

Dados do Laboratório

49 Amostra clínica coletada

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	1 - Sangue Total	3 - Urina
	2 - Secreção Nasofaríngea	4 - Líquor

50 Etologia Viral

1 - Vírus Sarampo Selvagem	2 - Vírus Sarampo Vacinal	3 - Vírus Rubéola Selvagem	4 - Vírus Rubéola Vacinal	5 - Dengue
6 - Herpes virus Tipo 6	7 - Parvovirus B19	8 - Enterovirus	9 - Outras	10 - Não detectado

Medidas de Controle

51 Reagente à Vacinação

1 - Sim 2 - Não 3 - Não todos vacinados	52 Em caso afirmativo, indique a quantidade de pessoas vacinadas	53 Especifique Intervalo de Tempo		
4 - Não, sem história de contato 9 - Ignorado			Menor de 5 anos	1 - Em até 72 horas
			De 5 a 14 anos	2 - Após 72 horas
	De 15 a 39 anos	9 - Ignorado		

54 Classificação Final

1 - Sarampo	55 Critério de Confirmação ou Descarte
2 - Rubéola	
3 - Descartado	

1 - Laboratorial	2 - Clínico-epidemiológico	3 - Clínico	4 - Data da Última Dose da Vacina
------------------	----------------------------	-------------	-----------------------------------

Conclusão

56 Classificação final do caso descartado

1 - Dengue	2 - Escarlatina	3 - Exantema Súbito (Herpes Virus Tipo 6)
4 - Exantema Infeccioso (Parvovirus B19)	5 - Enterovirose	6 - Evento Temporal Relacionado à Vacina
7 - IgM associado temporariamente à vacina	8 - Sem soroconversão dos anticorpos IgG	9 - Ignorado

Local Provável da Fonte de Infecção (no período de 7 a 18 dias para sarampo e 12 a 23 dias para rubéola)

57 O caso é autóctone do município de residência? **58** UF **59** País

1-Sim 2-Não 3-Indeterminado

60 Município Código (IBGE) **61** Distrito **62** Bairro

63 Evolução do Caso

1 - Cura	2 - Óbito por doenças exantemáticas	64 Data do Óbito	65 Data do Encerramento
3 - Óbito por outras causas	9 - Ignorado		

Informações complementares e observações

Local (data e locais frequentados no período de 7 a 23 dias anteriores ao início de sinais e sintomas)

Data	UF	MUNICÍPIO	País	Meio de Transporte
------	----	-----------	------	--------------------

Observações Adicionais

Investigador

Município Unidade de Saúde **Cód. da Unit. de Saúde**

Nome **Função** **Assinatura**

Sigla Exantemáticas **Sigla NET** **SVS** 13/09/2006



Problema/Condição avaliada*		Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Doenças transmissíveis	Tuberculose																
	Hanseníase																
	Dengue																
	DST																
Rastreamento	Câncer do colo do útero																
	Câncer de mama																
	Risco cardiovascular																
Outros	CIAP-2																
	CIAP-2																
	CID-10																
	CID-10																
Exames solicitados (S) e avaliados (A)	Colesterol Total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Creatina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	EAS/EQU	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Eletrocardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Eletroforese de hemoglobina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Espirometria	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Exame de escarro	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Glicemia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Hemoglobina glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	LDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Retinografia/Fundo de olho com Oftalmologista	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Sorologia de Sífilis (VDRL)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Sorologia para dengue	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Sorologia para HIV	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Teste indireto de antígeno humano (TIA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Teste de gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Triagem neonatal	Urocultura	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		Teste da orelhinha (EOA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		Teste do olhinho (TRV)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Outros exames (código do SIGTAP)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Ficou em observação?		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
Nas/Polo	Avaliação/Diagnóstico																
	Procedimentos Clínicos/Terapêutico																
	Prescrição terapêutica																
	Retorno para consulta agendada																
	Retorno p/ cuidado continuado/programado																
	Agendamento para grupos																
	Agendamento p/ NASF																
	Conduzir/Desfecho*	Alta do episódio															
		Encaminhamento	Encaminhamento interno no dia														
			Encaminhamento p/ serviço especializado														
			Encaminhamento p/CAPS														
			Encaminhamento p/ interação hospitalar														
			Encaminhamento p/ urgência														
			Encaminhamento p/ serviço de Atenção Domiciliar														
Encaminhamento Intersectorial																	



Legenda: [] opção de múltipla escolha [X] opção única de escolha (marcar X na opção desejada).
 Local de atendimento: 01- UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (academia da Saúde)
 08 - Instituto/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa Aleitamento materno: 01 - Exclusivo 02 - Predominante
 03 - Complementado 04 - Inexistente Racionalidade em saúde: 01 - Medicina Tradicional Chinês 02 - Antroposofia Aplicada à Saúde
 03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Ayurveda 06 - Outra (caso a racionalidade utilizada seja a Alopátia/Convencional, deixar este campo em branco)
 Modalidade de AD: destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo a ser acompanhados regularmente pela equipe de Atenção Básica. AD2: Usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. AD3: usuários com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.
 *Campo obrigatório

RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL



REFEIÇÃO/HORÁRIO	ALIMENTOS	MEDIDAS CASEIRAS
DESJEJUM	—	
COLAÇÃO		
ALMOÇO		
LANCHE TARDE		
JANTAR	—	
CEIA		

Preferências alimentares: _____

Aversões / tabu alimentares: _____

Necessidades energéticas: _____

Diagnósticos, observações e orientações: _____

Obrigatório somente para antropometria

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



9/1/2011

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcas x na opção desejada)
 *Campo obrigatório
 **Campo obrigatório ao informar lista de participantes
 ***Campo obrigatório

Legenda:

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

(1) Local de atendimento:

- 1. UBS
- 2. Unidade Móvel
- 3. Rua
- 4. Domicílio
- 5. Escola, Creche
- 6. Outros
- 7. Posto (Academia da Saúde)
- 8. Instituição / Abrigo
- 9. Unidade prisional ou congêneres
- 10. Unidade socioeducativa

(2) Povo / Comunidade tradicional:

- 1. Povos quilombolas
- 2. Agroextrativistas
- 3. Caatingueiros
- 4. Caçeiros
- 5. Comunidades de fundo e fecho de pasto
- 6. Comunidades do cerrado
- 7. Extrativistas
- 8. Faxinalenses
- 9. Geraizeiros
- 10. Marisqueiros
- 11. Pantaneiros
- 12. Pescadores artesanais
- 13. Pomeranos
- 14. Povos ciganos
- 15. Povos de terreiro
- 16. Quebradeiras de coco-de-babacu
- 17. Retireiros
- 18. Ribeirinhos
- 19. Senquieiros
- 20. Vazanteiros
- 21. Outros



hhgops

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Código do SIGTAP <i>(registre o código na vertical)</i>	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

Procedimentos/pequenas cirurgias
Outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)

SubDone

Procedimentos Consolidados

Total no Período	Aferição de PA	[]	
	Aferição de Temperatura	[]	
	Curativo Simples	[]	
	Coleta de material para Exame Laboratorial	[]	
	Glicemia Capilar	[]	
	Medição de altura	[]	
	Medição de Peso	[]	



Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
 Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo
 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa
 * Campo Obrigatório

5.1 INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA ANTERIOR: () sim, quantas: _____ () não
5.2 IDEIAÇÃO SUICIDA: () Sim, com _____ tentativas () sim, sem tentativas () não
5.3 TEMPO DE DOENÇA:

6. HISTÓRIA PESSOAL (HP)

7. HISTÓRIA FAMILIAR (HF)

8. HISTÓRIA CLÍNICA (HC)

9. OUTRAS INFORMAÇÕES:

10. ENCAMINHAMENTOS:

Técnico responsável: _____



Subsistema

N°		1	2	3	4	5	6	7	8
Tuberculose	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Difteria	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Hepatite A	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Tetra viral	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Sarampo	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Prevenção da ZV	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
HPV	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Tétano adulto	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Tétano infantil	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Influenza	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Outros Imunobiológicos	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Outros Imunobiológicos	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Outros Imunobiológicos	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								
Outros Imunobiológicos	Estratégia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lote								
	Fabricante								

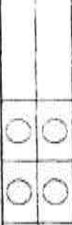


Adorno

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
 Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)
 08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa
 Estratégia de Vacinação: 01 - Rotina 02 - Especial 03 - Bloqueio 04 - Intensificação 05 - Campanha 07 - Soroterapia 10 - Multivacinação
 Dose: DU - Dose única D - Dose D1 - 1ª dose D2 - 2ª dose D3 - 3ª dose D4 - 4ª dose D5 - 5ª dose DA - Dose adicional
 Ref - Revacinação Ref - reforço R1 - 1º reforço R2 - 2º reforço
 * Campo obrigatório

Alvane

Destrecho*	Motivo da visita*																						
	Acompanhamento																						
	<input type="checkbox"/> Pessoa em reabilitação de com deficiente <input type="checkbox"/> Pessoa com hipertensão <input type="checkbox"/> Pessoa com diabetes <input type="checkbox"/> Pessoa com asma <input type="checkbox"/> Pessoa com DPOC/emfisema <input type="checkbox"/> Pessoa com câncer <input type="checkbox"/> Pessoa com outras doenças crônicas <input type="checkbox"/> Pessoa com hanseníase <input type="checkbox"/> Pessoa com tuberculose <input type="checkbox"/> Sintomas respiratórios <input type="checkbox"/> Tabagista <input type="checkbox"/> Doençados/Acomados <input type="checkbox"/> Condições de vulnerabilidade social <input type="checkbox"/> Condições de doação da Bolsa Família <input type="checkbox"/> Saúde mental <input type="checkbox"/> Usuário de álcool <input type="checkbox"/> Usuário de outras drogas																						
	Controle ambiental/vetorial																						
<input type="checkbox"/> Ações educativas <input type="checkbox"/> Imóvel com foco <input type="checkbox"/> Ação mecânica <input type="checkbox"/> Tratamento focal <input type="checkbox"/> Egresso de internação <input type="checkbox"/> Controlar atividades coletivas/campanha de saúde <input type="checkbox"/> Orientação/prevenção <input type="checkbox"/> Outros																							
Antropometria																							
Peso (kg)																							
Altura (cm)																							
Verificação realizada																							
Visita realizada																							
Atuando																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Legenda: Não realizado; em processo; Opcionalmente preenchido (marcar X na opção desejada)
 Microdata: FA
 Tipo de imóvel: Residência; Comércio; Indústria; Serviço; Galpão; Estádio; Praça; Parque; Espaço Público; Espaço Verde; Espaço Urbano; Espaço Rural; Espaço Aquático; Espaço Aeroespacial; Espaço Subterrâneo; Espaço Marítimo; Espaço Offshore; Espaço Sideral; Espaço Intergaláctico; Espaço Extraterrestre; Espaço Inconhecido; Espaço Não Classificado

EXAMES LABORATORIAIS		Datas / Resultados		Datas / Resultados	
Exame					
Tipo Sanguíneo	<input type="checkbox"/> Rh+	<input type="checkbox"/> Rh-	sensibilizada:	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
Hemoglobina					
VDRL					
Unna I					
Cit Oncótica					

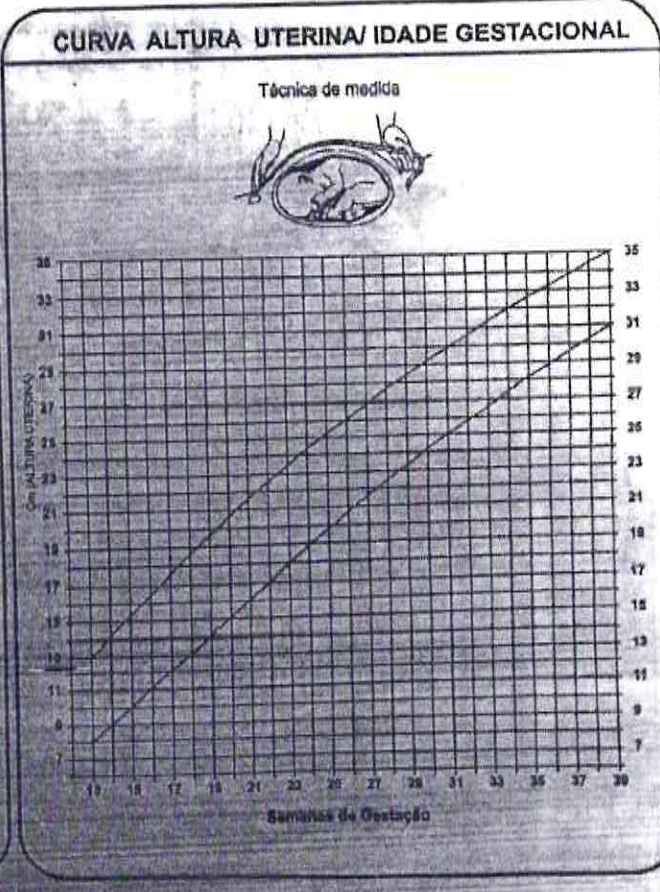
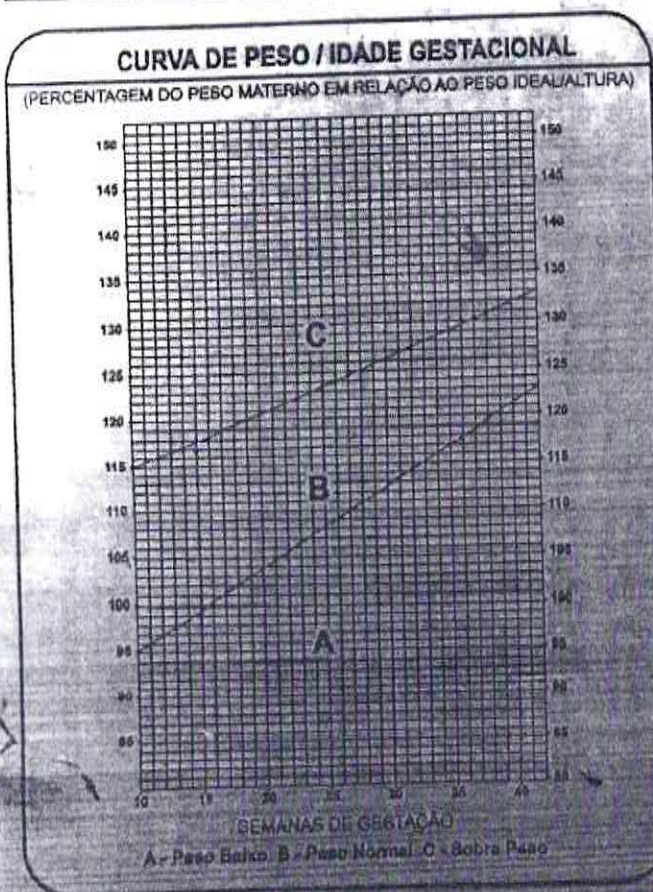


Data	IG DUM	IG DSG	Peso Final	Placenta	Líquido	Outros

Observações:

Data	Intercorrências/Conduta

Suboitos



1. NOME DO LICITANTE: **TODOS** 2. NOME DO LICITANTE: **TODOS** 3. NOME DO LICITANTE: **TODOS** 4. NOME DO LICITANTE: **TODOS** 5. NOME DO LICITANTE: **TODOS** 6. NOME DO LICITANTE: **TODOS** 7. NOME DO LICITANTE: **TODOS** 8. NOME DO LICITANTE: **TODOS** 9. NOME DO LICITANTE: **TODOS** 10. NOME DO LICITANTE: **TODOS** 11. NOME DO LICITANTE: **TODOS** 12. NOME DO LICITANTE: **TODOS** 13. NOME DO LICITANTE: **TODOS** 14. NOME DO LICITANTE: **TODOS**

RMS		CNS		Nome		Data de nascimento		Data de acompanhamento		Ocorrência acompanhada - Mãe		Peso em kg (B)		Estatura em cm (B)		Ocorrência Mãe		Informação		Variação em (B)		Ocorrência Mãe		Validação		Informação Gestacional (C)		De gestante - Realizou o Pré-Natal? (D)		Ocorrência Mãe		Pré-Natal	
Endereço:		Endereço:		Endereço:		Endereço:		Endereço:		Endereço:		Endereço:		Endereço:		Endereço:		Endereço:		Endereço:		Endereço:		Endereço:		Endereço:		Endereço:		Endereço:		Endereço:	
EAS:		EAS:		EAS:		EAS:		EAS:		EAS:		EAS:		EAS:		EAS:		EAS:		EAS:		EAS:		EAS:		EAS:		EAS:		EAS:		EAS:	
Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:	
EAS:		EAS:		EAS:		EAS:		EAS:		EAS:		EAS:		EAS:		EAS:		EAS:		EAS:		EAS:		EAS:		EAS:		EAS:		EAS:		EAS:	
Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:		Profissional:	



Juliana

AÇÕES REALIZADAS

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA				QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
CBO DO EXECUTANTE				CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território



Juliana

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA					
Relatório PMA2-C				MÊS	ANO
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA		
_____	____	_____	_____	____	_____
RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO - COMPLEMENTAR					

ATIVIDADES/ PRODUÇÃO	
Tipos de Consulta Médica	Demanda Agendada
	Demanda Imediata
	Cuidado Continuado
	Urgência com Observação
Tipos de Atendimento do Médico e de Enfermeiro	Usuário de Alcool
	Usuário de Drogas
	Saúde Mental
Tipos de Atendimento do Cirurgião Dentista	1ª Consulta Odontológica Programática
	Escovação Dental Supervisionada
	Tratamento Concluído
	Urgência
	Atendimento a gestantes
	Instalações de próteses dentárias
Encaminhamento da Saúde Bucal	Atenção Secundária em Saúde Bucal



Juliana

MARCADOR DE SAÚDE BUCAL	
Diagnóstico de alteração na mucosa	

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CHES do Laboratório*

Número do exame

Nome do Laboratório*

Recebido em*

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DE ÚTERO



AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR:

- Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário
- Lâmina danificada ou ausente
- Causas alheias ao laboratório; especificar _____
- Outras causas; especificar _____

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA

- Escamoso
- Glandular
- Metaplástico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*

- Satisfatório

INSATISFATÓRIA PARA AVALIAÇÃO ONCÓTICA DEVIDO A:

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

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE, NO MATERIAL EXAMINADO

Sim Não

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

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

MICROBIOLOGIA

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

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

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

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

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

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

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

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

Observações Gerais: _____

Screening pelo citotécnico: _____

Responsável* _____

Data do Resultado* _____

CPF _____

Luziana

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

7a. Achados no exame clínico

Mama direita

Lesão papilar

Descarga papilar

Cristalina
 Hemorrágica

Nódulo:

Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Espessamento:

Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Linfonodo palpável Axilar Supraclavicular

Mama esquerda

Lesão papilar

Descarga papilar

Cristalina
 Hemorrágica

Nódulo:

Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Espessamento:

Localização

QSL QIL QSM QIM UQlat
 UQsup UQmed UQinf RRA PA

Linfonodo palpável Axilar Supraclavicular

7b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita

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

Mama esquerda

7c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita

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

Mama esquerda

7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

Mama direita
 Mama esquerda



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

Mama direita

Categoria 0
 Categoria 3
 Categoria 4
 Categoria 5

Mama esquerda

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

Mama direita

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

Mama esquerda

8 - Mamografia de rastreamento

8a. População alvo

8b. População de risco elevado (história familiar)

8c. Paciente já tratado de câncer de mama

Data de solicitação*

Responsável*

Número do Exame:

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

7 - Mamografia Diagnóstica

7a - Achados no exame clínico

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 supraclavicular)

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

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

7c - Lesão com diagnóstico de câncer

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

7d - Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta

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

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

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

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

8 - Mamografia de Rastreamento

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

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

ulbon

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

N.º Imóveis trabalhados por tipo			N.º Depósitos inspecionados por tipo										
Residência	Comércio	TB	PE	Outros	Total	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total

Pendencia		N.º Tubitos/ Amostras Coletadas
Recusa	Fechados	

Eliminado	N.º Depósitos Tratados			Aduiticida
	Tipologia	Qtde. (Gramas)	Qtde. Dep. Trat.	

RESUMO DO LABORATÓRIO

N.º Seq. dos quarteirões com Aedes Aegypti	
Eliminado	Adulterado
1	1
1	1

N.º Depósitos com espécimes por tipo			N.º de imóveis com espécimes por tipo			N.º de exemplares												
Com Aedes Aegypti	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total	R	C	TB	PE	O	Total	Larvas	Pupas	Exuvia de pupa	Adultos

TB - Terreno baldio PE - Ponto Estratégico



A1 - Caixa d'água (elevada) B - Pequenos depósitos móveis C - Depósitos fixos
 D1 - Pneus e outros materiais rodantes E - Depósitos naturais

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

lbgomes

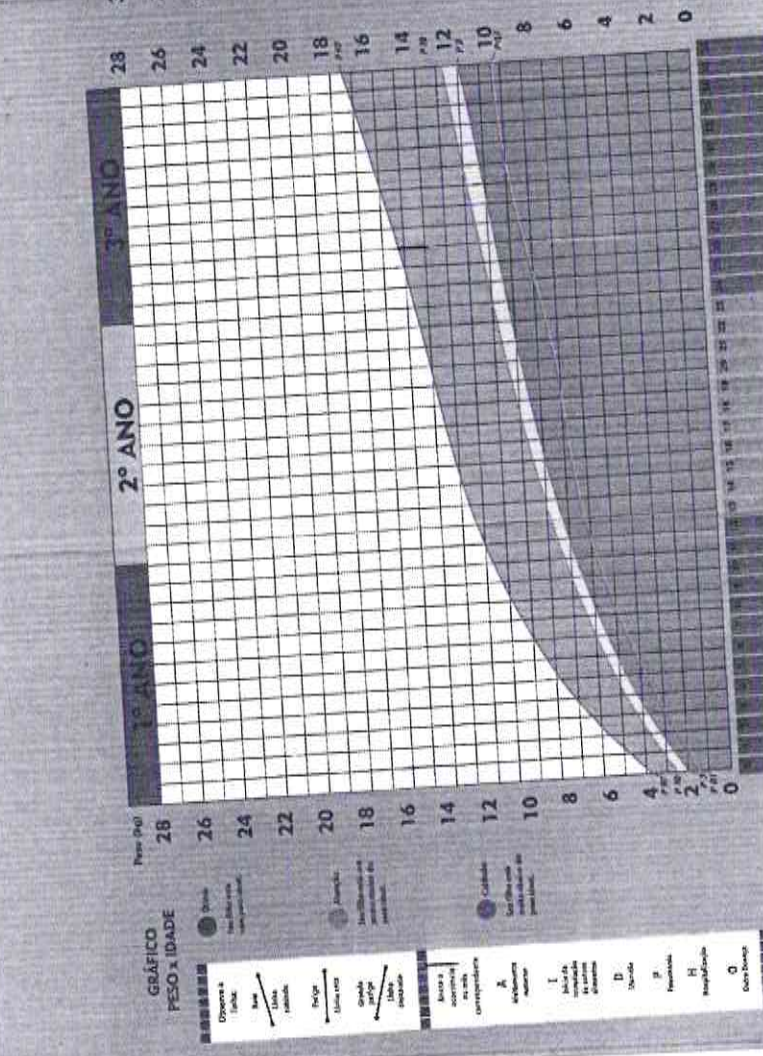
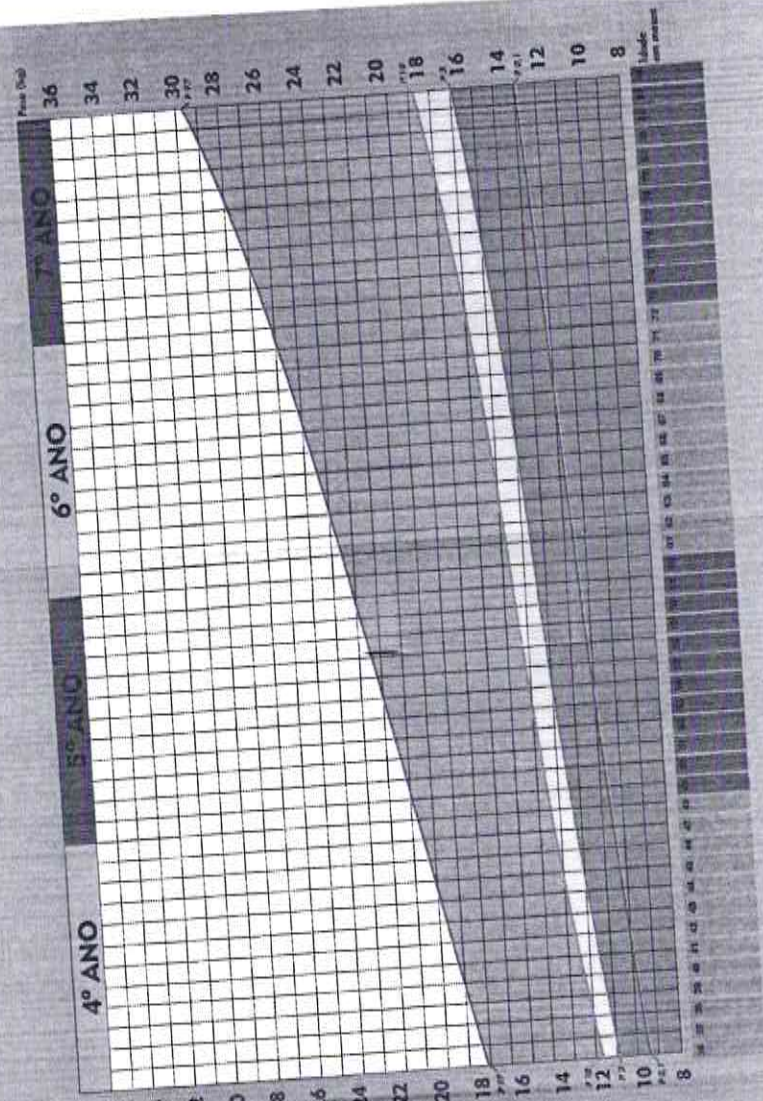


GRÁFICO PESO x IDADE

Ovelha
 Cabrito
 Leão
 Bode
 Cervo
 Antelope
 Gado
 Equino
 Cão
 Felino
 Ursino
 Mamífero
 Aves
 Réptil
 Anfíbio
 Peixe
 Invertebrado
 Outros

Adriana

47 Datas das Aplicações da Vacina (dia e mês)

Data da 1ª dose	Data da 2ª dose	Data da 3ª dose	Data da 4ª dose	Data da 5ª dose
-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

48 Condição Final do Animal (após período de observação)
 1 - Negativo para Raiva (Clínica) 2 - Negativo para Raiva (Laboratório) 3 - Positivo para Raiva (Clínica) 4 - Positivo para Raiva (Laboratório) 5 - Morto/ Sacrificado/ Sem Diagnóstico 9 - Ignorado



Tratamento Atual

49 Houve Interrupção do Tratamento 50 Qual o Motivo da Interrupção
 1 - Indicação da Unidade de Saúde 2 - Abandono 3 - Transferência

1 - Sim 2 - Não

51 Se houve Abandono do Tratamento, a Unidade de Saúde Procurou o Paciente 52 Evento Adverso à Vacina
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

1 - Sim 2 - Não

53 Indicação do Soro Anti-Rábico 54 Peso do Paciente Kg 55 Quantidade de Soro Aplicada ml
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Heterólogo 2 - Homólogo

56 Infiltração de Soro no(s) Local(is) do(s) Ferimento(s) Total Parcial 57 Laboratório Produtor do Soro Anti-Rábico
 1 - Sim 2 - Não 1 - Instituto Butantan 2 - Instituto Vital Brasil
 3 - Aventis Pasteur 4 - Outro (Especificar) _____

58 Número da Partida 59 Evento Adverso ao Soro Anti-Rábico 60 Data do Encerramento do Caso

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Observações:

M. Gomes

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura
	Atendimento Anti-Rábico Humano	Sinan Net	SVS 27/09/2005



EVOLUÇÃO



filhoes

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA
INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

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

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

CNS DO RESPONSÁVEL:

TEL. CONTATO:

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

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

Assinatura

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

Microárea: 01 - 99 para o número da microárea.

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

* Campo obrigatório

** Campo com obrigatoriedade condicional



liberone

DATA (ANO) / / **MEMBR DE 15**
MAIOR DE 15 / /

Nº de História Clínica:

ALFABETIZ
 SIM NÃO

INSTRUÇÃO
 NENHUMA PRIMÁRIO SEGUND. UNIVER.

ANOS COMPLETOS

ESTADO CIVIL / UNIÃO
 CASADA ESTÁVEL SOLTEI OUTRO

ANTECEDENTES

FAMILIARES
 DIABETES: NÃO SIM
 HIPERT. ARTER: NÃO SIM
 GEMELARES: NÃO SIM
 OUTROS: NÃO SIM

PESSOAS
 INFECÇÃO URINAR. NÃO SIM
 INFERTILIDADE: NÃO SIM
 DIABETES: NÃO SIM
 HIPERTEN CRÔNICA: NÃO SIM
 CIR. PÉLVICO-UTER: NÃO SIM
 OUTROS: NÃO SIM

OBSTÉTRICOS (anotar o nº de)

GESTAS
PARTOS
 NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS

ABORTOS
VAGINAIS
CESÁREAS

NASC. VIVOS
NASC. MORTOS

VIVEM
 MORRERAM 1ª SEMANA
 MORRERAM DEPOIS 1ª SEM.

ALGUM RECEM NASCIDO
PESOU MENOS DE 2.500G NÃO SIM
NASC. COM MAIOR PESO

DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GRAVID. MÊS ANO

HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ
 NÃO SIM
 DIAS

GRUPO SANGÜÍNEO
 Rh: SENSIB.
 + NÃO
 - SIM

TRANSFERIDA NÃO SIM
 LOCAL: DIA MÊS ANO

GRAVID. ATUAL
 DIA MÊS ANO

PESO ANTER **ESTATURA (Cm)**

EX CLÍNICO NORMAL SIM NÃO
EX MAMAS NORMAL SIM NÃO
EX. ODONTOL. NORMAL SIM NÃO
PELVIS NORMAL SIM NÃO
PAPANICOLAU NORMAL SIM NÃO
COLPOSCOPIA NORMAL SIM NÃO
CLÍNICO CERVIX SIM NÃO
V.D.R.L. + -
HEMOGLOBINA NORMAL NÃO SIM
URINA NORMAL NÃO SIM

FUMA NÃO QUANTOS AO DIA

luceens

CONSULTA Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SEMANAS DE AMENORRÉIA										
PESO (kg)										
PRESSÃO ARTERIAL MAX. MIN. (mm Hg)										
ALT. UTERINA (Cm) / APRESENTAÇÃO										
BCF / MOV. FETAIS										
ASSINAT. DO MÉDICO										



PARTO IDADE GESTA. SEMANAS **TAMANHO FETAL CONRRRESPONDE** SIM NÃO

HOSPITAL MENOR DE 37 OU MAIS DE 42

INÍCIO IND. INT. ESP. ROT.

MEMBRANAS DATA RUTURA CEF.
 PÉLV.
 TRAN.

TERMINAÇÃO ESP. CES. FORC. OUT.

EPISIOTOMIA SIM NÃO
LACERAÇÃO SIM NÃO

DEQUIT. ESP. SIM NÃO
PLACENTA COMP. SIM NÃO

MORTE FETAL SIM NÃO
MOMENTO PARTO

NÍVEL DE ATENÇÃO 3º 2º 1º DOMIC. OUTRO

ATENDEU: MÉDICO ENF. AUX. EMPIR. OUTR.

PARTO:
NEONATO:

MEDICAÇÃO NO PARTO ANESTESIA LOCAL ANESTESIA REG. ANESTESIA GERAL
 ANALGÉSICO TRANQUILIZANTE OCITOC. ANTIBIÓTICO OUTRO NENHUM

PATOLOGIA NA GRAVIDEZ / PARTO / PUERPÉRIO

GESTAÇÃO MÚLTIPLA DESPROP. CEF PELV.
 HIPERTENSÃO PRÉVIA HEMOR. 1º TRIMESTRE
 PRÉ-ECLÂMPSIA HEMOR. 2º TRIMESTRE
 ECLÂMPSIA HEMOR. 3º TRIMESTRE
 CARDIOPATIA ANEMIA CRÔNICA
 DIABETES RUTURA PREMAT. MEMB.
 INFECÇÃO CRÔNICA INFECÇÃO PUERPERAL
 OUTRAS INFECÇÕES HEMORRAGIA PUERP.
 PARASITOSES OUTRAS
 AMEAÇA DE PARTO PREM. NENHUMA

RECÉM - NASCIDO

SEXO F M

VDR/L - +

APGAR (minut.) 1º 5º
 6 ou menos

REANIMAÇÃO SIM NÃO

PESO AO NASCER **IDADE POR EX. FÍSICO** SEM MENOR DE 37 SEMANAS

PESO / I. G. ADEQ. PEQUEN. GRANDE
 EX. FÍSICO IMEDIATO NORMAL ANORMAL

ESTATURA **EX. FÍSICO PRÉ-ALTA** NORMAL ANORM.

PER. CEF. **EX. NEUROL.** NORMAL ANORM. DUVIDOS.

PATOLOGIAS
 M. HIAL APNEIAS INFECÇÃO OUTRAS
 S. ASP. HEMORR. NEUROL. NENHUMA
 OUTR. SDR HIPERB. Á. CONG.

PUERPÉRIO

HORAS / DIAS POS PARTO OU ABORTO

TEMPERATURA

PULSO (BAT./MIN.)

PRESSÃO ARTERIAL MAX/MIN (mm Hg)

INVOL. UTERINA

CARACTERÍSTICAS DOS LÓQUIOS

ALTA MATERNA

ÓBITO DURANTE

ORIENTAÇÃO / CONTRACEP. CONDOM D.I.U.

ALTA DO RN IDADE NA ALTA OU IDADE AO FALECER ALIMENTAÇÃO