



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações

PREGÃO PRESENCIAL N.º 036/2014 **TIPO: MENOR PREÇO POR LOTE**

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, por intermédio da Secretaria Municipal da Fazenda, mediante o Pregoeiro Sr. Lúcio de Oliveira Menna Barreto, designado pela Portaria n.º 150/2013, torna público, para conhecimento dos interessados, que será realizado **PREGÃO PRESENCIAL**, do tipo **Menor Preço Por Lote**, a ser processado e julgado pelo Pregoeiro e sua Equipe de Apoio, conforme condições estabelecidas no presente Edital e de acordo com o disposto na Lei Federal nº 10.520/02, aplicando-se subsidiariamente a Lei Federal nº 8.666/93, alterações posteriores, Lei Complementar nº 123/2006 e Decreto Municipal nº 60/2005. Serão recebidas propostas para aquisição de gêneros alimentícios, destinados às necessidades da Secretaria Municipal da Educação e Cultura, conforme discriminado no anexo I do Edital. Os procedimentos para acesso ao Pregão Presencial estão contidos neste Edital.

- **RECEBIMENTO DAS PROPOSTAS:** As propostas deverão ser protocoladas no prédio sede do Município, sito na Av. Artigas 310, centro, Setor de Licitações, Quaraí, a partir das 08h00min do dia 03/04/2014 até o dia 15/04/2014 às 09h29min.

- **ABERTURA DAS PROPOSTAS:** às 09h30min do dia 15/04/2014.

- **INÍCIO DA SESSÃO DE DISPUTA DE PREÇOS:** 15/04/2014, às 09h30min, após a classificação das Propostas.

- **TEMPO DE DISPUTA POR ITEM:** 02 (dois) minutos para cada licitante, determinados pelo pregoeiro oficial do Município.

- **REFERÊNCIA DE TEMPO:** para todas as referências de tempo será considerado o horário de Brasília-DF.

1- DO OBJETO

1.1. Aquisição de Materiais Gráficos para serem utilizados nos atendimentos realizados na Secretaria Municipal da Saúde e nos USFS, conforme discriminado no Anexo I do Edital.

2 – CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

2.1. Somente poderão participar desta licitação empresas que atendam a todas as exigências constantes neste Edital;

2.2. Estão impedidas de participar da presente licitação:

2.2.1. As empresas suspensas do direito de licitar com a Administração Municipal de Quaraí, cujo conceito abrange a administração direta e indireta, as entidades com personalidade jurídica de direito privado sob o seu controle e as fundações por ela instituídas ou mantidas, no prazo e nas condições do impedimento;

2.2.2. Aquelas que tenham sido declaradas inidôneas pela Administração Municipal, Estadual ou Federal, o que abrange a administração direta e indireta, as entidades com personalidade jurídica de direito privado sob o seu controle e as fundações por ela instituídas e mantidas em qualquer estado da federação;

2.2.3. Aquelas que estiverem em regime de falência;

2.2.4. Empresas em forma de consórcio.

2.3. A empresa interessada em participar deste Certame deverá apresentar os Envelopes relativos à Proposta e à Documentação, seguindo as condições estabelecidas neste Edital.

3 – DOS ANEXOS

3.1. **ANEXO I** – Termo de Referência (PROPOSTA);

3.2. **ANEXO II** – Declaração de cumprimento ao disposto ao inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal de 1988 (declaração de que não emprega menor de 18 anos na forma da lei);

3.3. **ANEXO III** – Declaração de idoneidade;

3.4. **ANEXO IV** – Declaração dando ciência de que cumpre plenamente os requisitos de habilitação e entregarão os envelopes contendo a indicação do objeto e dos preços oferecidos;

3.5. **ANEXO V** – Modelo de Carta de Credenciamento (PROCURAÇÃO);

3.6. **ANEXO VI** – Declaração Empresa EPP/ME;

3.7. **ANEXO VII** – Minuta do Contrato.

3.8. **ANEXO VIII** – Modelos.

4 – DO CREDENCIAMENTO:



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações

4.1. A(s) empresa(s) licitante(s) deverá (ao) se apresentar para credenciamento junto ao pregoeiro por meio de representante que, devidamente munido do documento que o credencie a participar deste pregão, venha a responder pela empresa ou por sua representada, devendo, ainda, previamente à entrega dos envelopes, identificar-se exibindo a carteira de identidade ou outro documento equivalente com foto.

4.2. O credenciamento far-se-á por meio de instrumento público de procuração ou instrumento particular e, neste caso, com firma reconhecida, devendo acompanhar cópia autenticada do Registro Comercial no caso de empresa individual ou Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores.

4.2.1. Os documentos em apreço deverão estar acompanhados de **todas as alterações ou da consolidação** respectiva;

4.2.2. Deverão constar expressamente na procuração os poderes para formular ofertas e lances de preços e praticar todos os demais atos pertinentes ao certame em nome da proponente, conforme MODELO DE CREDENCIAMENTO ESPECÍFICO – ANEXO V.

4.2.3. Em sendo sócio, proprietário, dirigente ou assemelhado da empresa proponente, deverá apresentar cópia autenticada do respectivo estatuto ou contrato social, no qual estejam expressos seus poderes para exercer direitos e assumir obrigações em decorrência de tal investidura.

4.2.4. As interessadas, ou seus representantes legais, deverão apresentar, junto ao credenciamento, declaração dando ciência de que cumprem plenamente os requisitos de habilitação exigidos neste edital de Pregão, conforme estabelece o inciso VII do art. 4º da Lei Federal nº 10.520, de 17 de julho de 2002, nos termos do **ANEXO IV**.

4.3. Em se tratando de MICROEMPRESA ou EMPRESA DE PEQUENO PORTE, para que esta possa gozar dos benefícios previstos no Capítulo V da Lei Complementar nº. 123/2006, a empresa licitante deverá apresentar declaração que se inclui no regime diferenciado e favorecido previsto na Lei Complementar nº. 123/2006 e não se utilizar indevidamente deste benefício, conforme ANEXO VI, e Certidão Simplificada da Junta Comercial, expedida no **máximo há 60 (sessenta) dias** da data de abertura da licitação, para que possa fazer jus aos benefícios previstos da referida lei.

4.3.1. Os documentos do ITEM 4.2 deverão ser apresentados fora ou dentro do (ENVELOPE nº I PROPOSTA);

4.3.2. A(s) empresa(s) licitante(s) poderá (ão) utilizar o modelo de procuração constante neste edital, e caso optem por instrumento próprio, o mesmo deverá conter, no mínimo, a outorga dos poderes nele estabelecidos.

Obs: As cópias dos documentos deverão ser autenticadas pelo Cartório ou Servidor do Setor de Licitações da Prefeitura de Quaraí, (neste caso em até 01 (um) dia antes da abertura dos envelopes).

5 – DA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS:

5.1. A(s) empresa(s) proponente(s) deverá (ão) apresentar a proposta e os documentos de habilitação em 02 (dois) envelopes distintos, fechados, lacrados e protocolados na Prefeitura Municipal de Quaraí que, obrigatoriamente, deverão conter, externamente, a indicação do seu conteúdo, ou seja:

a) ENVELOPE I – PROPOSTA DE PREÇOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ

Ref.: **PREGÃO PRESENCIAL Nº 036/2014**

Razão Social da Licitante

b) ENVELOPE II – DOCUMENTAÇÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ

Ref.: **PREGÃO PRESENCIAL Nº 036/2014**

Razão Social da Licitante

5.2. A proposta e os documentos de habilitação deverão ser apresentados em 02 (dois) envelopes, fechados, rubricados, datilografados ou digitados, em língua portuguesa, sem emendas, rasuras ou entrelinhas.

5.3. Os documentos de habilitação poderão ser apresentados em original ou por qualquer processo de cópia autenticada. Em sendo cópias não autenticadas, exigir-se-á a apresentação dos originais para o confronto, sendo feita a autenticação por funcionário da administração ao Setor de Licitações em até 24 horas antes da abertura da licitação (excetuando-se quando emitidas pela Internet), os quais devem ser dispostos na mesma ordem dos que comporão os autos, facilitando a comparação.

5.4. Não serão aceitos propostas e documentos:



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações

- 5.4.1. Transmitidos por fac-símile, telegrama ou outra forma de apresentação que descaracterize o sigilo de seu conteúdo;
- 5.4.2. Que deixarem de atender, de qualquer forma, as disposições deste edital;
- 5.4.3. Apresentados fora da data e horário limite.
- 5.5. As certidões que não indicarem a data de validade só serão aceitas se emitidas nos últimos **60 (sessenta)** dias anteriores à data da sessão de abertura.

6 – DAS PROPOSTAS DE PREÇOS – ENVELOPE 01:

- 6.1. As Propostas de Preços deverão ser elaboradas, conforme o Anexo I – Termo de Referência (PROPOSTA), obedecendo aos requisitos desta licitação, e dispostas na mesma formulação apresentada, também contendo, no mínimo, as seguintes informações:
 - 6.1.1. Data, assinatura e identificação, em sua parte final, do representante legal da empresa licitante;
 - 6.1.2. Preço em algarismos e por extenso, em moeda corrente nacional, sendo que:
 - 6.1.2.1. Ocorrendo discordância entre os valores numéricos e por extenso, prevalecerão estes últimos;
 - 6.1.2.2. O preço apresentado na proposta deve necessariamente incluir todos os impostos, taxas e contribuições vigentes na legislação brasileira, bem como todos os custos diretos e indiretos, necessários à completa realização do objeto contratado.
 - 6.1.3. O valor total, que será considerado para a fase de lances;
 - 6.1.4. O prazo de validade da proposta, de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data da sessão de abertura da licitação.
- 6.2. O valor total em R\$ será considerado somente para efeito de proposta e julgamento.
- 6.3. Os preços propostos serão considerados completos e abrangem todos os tributos (impostos, taxas, emolumentos, contribuições fiscais e para-fiscais), leis sociais, administração, lucros, transporte de bem e de pessoal e qualquer despesa, acessória e/ou necessária, não especificada neste Edital.
- 6.4. Serão desclassificadas as propostas manifestadamente inexequíveis conforme inciso II do artigo 48 da Lei Federal nº 8.666/93, que estejam incompletas, isto é, não contiverem informações suficientes que permitam a perfeita identificação do material licitado, conflitantes com as normas deste Edital, ou ainda, com a legislação em vigor.
- 6.5. **O Credenciamento do representante legal, para poder formular ofertas e lances de preços e praticar todos os demais atos pertinentes ao certame em nome da proponente, conforme discriminado no ITEM 4 e subitens do presente edital (DO CREDENCIAMENTO).**

7 – DA HABILITAÇÃO – ENVELOPE 02:

7.1. Habilitação Jurídica:

- a) Decreto de autorização, no caso de empresas estrangeiras em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido;
- b) Decreto de Autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente.
- c) Registro Comercial no caso de empresa individual ou Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores.

7.2. Regularidade Fiscal:

- a) comprovante de inscrição e situação cadastral do CNPJ, emitido via Internet, conforme IN SRF 200/02, emitido a menos de 90 dias;
 - b) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes do estado ou do município, se houver relativo ao domicílio ou se de do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;
 - c) Prova de regularidade relativa à Seguridade Social (INSS);
 - d) Prova de regularidade com as Fazendas Federal (certidão negativa de tributos e contribuições federais administrados pela secretaria da receita federal + certidão negativa quanto à dívida ativa com a união), Estadual e Municipal, sendo a última do domicílio ou sede do licitante;
 - e) Prova de regularidade junto ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).
 - f) Prova de Regularidade relativa à Justiça do Trabalho (CNDT – Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas);
- Obs.:** As certidões retiradas via Internet estarão sujeitas à verificação por parte da Comissão no momento da abertura dos envelopes.



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações

7.3. Qualificação - Econômico – financeira:

a) Balanço Patrimonial e Demonstrativo do Resultado do Exercício (DRE) do último exercício social. Poderão ser aceitas do penúltimo exercício social somente até 4 (quatro) meses do encerramento do último, tendo-se por referência a data prevista no contrato ou estatuto social para elaboração das demonstrações contábeis anuais, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios. No caso de empresas constituídas dentro deste exercício social, deverá ser apresentado o Balanço de Abertura, com os Termos de Abertura e Encerramento;

b) Certidão negativa de falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, com no máximo 90 dias anteriores à abertura.

7.4. O Certificado de Registro Cadastral, atualizado, substitui os documentos de que tratam os itens 7.1, 7.2 alíneas “a” e “b” e 7.3 alínea “a”, do edital, desde que o certificado esteja no prazo de validade na data da abertura da licitação, bem como com todas as documentações descritas neste edital;

- Nestes casos o servidor poderá confirmar quaisquer informações necessárias ou anexar cópia do próprio documento.

- Os certificados e certidões emitidos via sistema Presencial ficarão condicionados à verificação pela Administração, devendo ser certificada pelo servidor nos autos do processo, podendo o licitante apresentar o certificado/certidão já conferido pelo órgão emitente;

- A Habilitação mediante Certificado de Registro Cadastral, deverá ser realizada até dois (02) dias anteriores a realização do Certame, mediante apresentação da documentação original ou fotocópia autenticada, no seguinte endereço: Setor de Licitações, Av. Artigas nº310, Centro, Quaraí, CEP: 97.560-000.

7.5. Declarações, conforme ANEXOS II, III;

7.6. Os documentos apresentados deverão ser, obrigatoriamente, da mesma sede, ou seja, se da matriz, todos da matriz, se de alguma filial, todos da mesma filial, com exceção dos documentos que são válidos para matriz e todas as filiais.

7.7. Fica facultado aos licitantes a apresentação dos documentos do ITEM 7.1, caso já tenham sido apresentados juntamente com o credenciamento no envelope nº 01(Proposta);

8 – DO PROCEDIMENTO

8.1. O Pregão Presencial será realizado em sessão pública, mediante condições de segurança e registrada em ata, no dia, horário e local designados, devendo seu representante identificar-se e, se for o caso, comprovar a existência dos necessários poderes para formulação de propostas e para prática de todos os demais atos inerentes ao certame. Em todas as suas fases, terá a condução do Pregoeiro e Equipe de Apoio devidamente habilitados;

8.2. Aberta a sessão, os interessados ou seus representantes apresentarão declaração dando ciência de que cumprem plenamente os requisitos de habilitação e entregarão os envelopes contendo a indicação do objeto e dos preços oferecidos procedendo-se à sua imediata abertura e a verificação da conformidade das propostas com os requisitos estabelecidos no edital;

8.3. O Certame será realizado através do Sistema Presencial, sendo os trabalhos conduzidos pelo "Pregoeiro", com o suporte de sua Equipe de Apoio, os quais, juntamente com a autoridade competente do órgão promotor da licitação, formam o conjunto de operadores do sistema do **Pregão Presencial**.

8.4. Para acesso ao sistema Presencial, os interessados em participar do Pregão deverão adquirir o Edital, para conhecimento do bem a ser adquirido e condições a serem seguidas. O Edital poderá ser retirado no Setor de Licitações – Av. Artigas nº 310, centro, nesta cidade ou sites www.cidadecompras.com.br, ou www.guarai.rs.gov.br.

8.5. É de exclusiva responsabilidade do Proponente o sigilo dos valores inicialmente ofertados, bem como qualquer transação efetuada diretamente ou por seu representante no momento da Sessão de Lances, não cabendo ao órgão promotor da licitação responsabilidade por eventuais equívocos na condução dos seus lances ofertados. Terá direito a ofertar novos preços, no momento da Sessão de lances, somente sócio-gerente ou pessoas devidamente habilitadas, através de documento procuratório.

8.6. O credenciamento do licitante e de seu representante legal para a participação na Licitação é intransferível e se dará no momento da apresentação do envelope da Proposta, até a data aprazada. Isso implica na



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações

responsabilidade pelos atos praticados e a presunção de capacidade técnica e legal para realização das transações inerentes ao pregão Presencial;

8.7. A participação no Pregão Presencial dar-se-á pela apresentação formal da Proposta Comercial, conforme especificações do Anexo I, onde constarão os valores unitários e o valor Total do Lote observados a data e horário limite, estabelecidos neste Edital. Caso haja divergência do valor unitário x a quantidade, ou seja, no campo valor total, sempre, prevalecerá o valor unitário.

8.8. O encaminhamento de Proposta pressupõe o pleno conhecimento e atendimento às exigências previstas no Edital. O licitante será responsável por todas as transações que forem efetuadas em seu nome na sessão de lances, quando cada lote será pregoado, por ordem sequencial;

8.9. Caberá ao licitante acompanhar as operações presenciais, durante a sessão pública do pregão, ficando o Município de Quaraí isento de quaisquer responsabilidades diante da inobservância das regras deste Edital.

9 – DO JULGAMENTO DAS PROPOSTAS

9.1. Até o horário previsto no preâmbulo deste Edital, serão recebidas as propostas. Após terá início à sessão pública do pregão presencial, com a divulgação das propostas de preços recebidas, passando o Pregoeiro a avaliar sua aceitabilidade.

9.2. O pregoeiro classificará as melhores propostas para que suas autoras participem dos lances verbais. O autor da oferta de valor mais baixo e os das ofertas com preço até 10% (dez por cento) superiores àquela poderão fazer novos lances verbais e sucessivos, até a proclamação do vencedor.

9.3. Aberta a etapa competitiva, conforme determinação no preâmbulo deste Edital para "**início da sessão de disputa de preços**", os representantes dos licitantes deverão estar presentes para participar da sessão. A cada lance ofertado o participante será imediatamente informado do seu recebimento e respectivo horário de registro e valor.

9.4. Só serão aceitos lances cujos valores forem inferiores ao último lance que tenha sido anteriormente registrado no sistema.

9.5. O valor máximo aceito para fins de Homologação do LOTE será de acordo com o ANEXO I.

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

9.7. Durante o transcurso da sessão pública os licitantes serão informados do valor do menor lance registrado.

9.8. A etapa de lances da sessão pública será encerrada pelo Pregoeiro, mediante aviso de desistência dos lances emitido pelo oponente desistente, findo o qual será automaticamente encerrada a recepção de lances.

9.9. Encerrada a fase de recebimento de lances o Pregoeiro poderá solicitar diretamente ao licitante que tenha apresentado o lance de menor valor, para que seja obtido preço melhor, bem como decidir sobre a sua aceitação.

9.10. O Pregoeiro anunciará o licitante vencedor imediatamente após o encerramento da etapa de lances da sessão pública ou, quando for o caso, após negociação e decisão pelo pregoeiro acerca da aceitação do lance de menor valor.

9.11. É vedada a desistência dos lances já ofertados sujeitando-se o proponente às sanções previstas na Lei Federal nº 10.520/02.

9.12. Caso não sejam apresentados lances, será verificada a conformidade entre a proposta de menor preço e valor estimado para a aquisição de gêneros alimentícios.

9.13. Se a proposta de menor valor não for aceitável ou se o licitante desatender às exigências habilitatórias, o pregoeiro examinará a proposta subsequente, verificando a sua aceitabilidade e procederá a verificação das condições habilitatórias do proponente, na ordem de classificação, ordenada e sucessivamente, até a apuração de uma proposta que atenda ao edital, sendo o respectivo licitante declarado vencedor.

9.13.1. Na situação a que se refere este item o pregoeiro poderá negociar com o licitante para que seja obtido preço melhor.

9.14. O sistema gerará ata circunstanciada da sessão, na qual estarão registrados todos os atos do procedimento e as ocorrências relevantes.

10 – DOS RECURSOS

10.1. Ao final da sessão, o proponente que desejar recorrer contra decisões do Pregoeiro poderá fazê-lo, manifestando sua intenção com registro da síntese das suas razões em 10 (dez) minutos, sendo-lhe facultado juntar documentação adicional que entender necessário, no prazo de 03 (três) dias úteis.



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações

10.2. Os interessados ficam, desde logo, intimados a apresentar contra-razões em igual prazo, que começará a correr do término do prazo do recorrente, sendo-lhes assegurada vista imediata dos autos.

10.3. A imediata manifestação na Sessão Pública e a motivação, no caso de recurso, são pressupostos de admissibilidade deste e importará a decadência do direito de recurso e a adjudicação ao vencedor do certame;

11 – DA HOMOLOGAÇÃO

11.1. Constatado o atendimento das exigências previstas no Edital, o licitante será declarado vencedor, sendo-lhe adjudicado o objeto da licitação e homologado o procedimento.

11.2. Havendo recurso, o pregoeiro apreciará os mesmos e, caso não reconsidere sua posição, caberá à autoridade competente a decisão em grau final.

11.3. Decididos os recursos e constatada a regularidade dos atos procedimentais, a autoridade competente homologará o objeto ao vencedor, podendo revogar a licitação nos termos do artigo 49 da Lei Federal nº 8.666/93.

11.4. Após a habilitação poderá a licitante ser desqualificada por motivo relacionado com a capacidade jurídica, regularidade fiscal, qualificação econômico-financeira, e inidoneidade, em razão de fatos supervenientes ou somente conhecidos após o julgamento.

11.5. As obrigações decorrentes desta Licitação serão formalizadas através de contrato, observando-se as condições estabelecidas neste Edital, seus anexos e na legislação vigente.

11.6. Quando o proponente vencedor, convocado dentro do prazo de validade de sua proposta, não celebrar o contrato, se houver, não entregar o bem ou não apresentar situação regular, será convocado outro licitante, observada a ordem de classificação, e assim sucessivamente, sem prejuízo da aplicação das sanções cabíveis.

12 - DO FORNECIMENTO DO OBJETO LICITADO

12.1 - O objeto da presente licitação deverá ser entregue nas condições e quantidades mencionadas no **Anexo I** no local abaixo descrito:

Secretaria Municipal da Saúde e Meio Ambiente, R. Ascânio Tubino nº734, centro, neste Município

12.2 - Caso o objeto não corresponda ao exigido no instrumento convocatório (EDITAL E SEUS ANEXOS), a Licitante Vencedora deverá providenciar no prazo máximo de 05 dias úteis, contados da data de notificação expedida por esta prefeitura, a sua adequação, visando o atendimento das especificações, sem prejuízo da incidência das sanções previstas no instrumento convocatório, na Lei n.º 8.666/93;

12.3 - O prazo de entrega será de no máximo 10 (dez) dias, a contar da solicitação da Secretaria requisitante.

13 – DOS RECURSOS FINANCEIROS

13.1 Os recursos para aquisição do objeto e a forma de pagamento constantes no ANEXO I deste edital correrão pelas seguintes dotações orçamentárias:

Órgão	Código Destino	Projeto/Atividade	Nome do Projeto/Atividade	Elemento	Nome do Elemento	Código Reduzido
Secretaria da Saúde e Meio Ambiente	2	079	Manut. Atividades da Secret. de Saúde e Meio Ambiente	339039000000	Outros Serviços de Terc. – Pessoa Jurídica	6188

14 - DO PAGAMENTO

14.3 – O pagamento será realizado pela Tesouraria da Prefeitura, no prazo de 30 e 60 dias após a entrega definitiva do objeto, através da nota de empenho.

15 - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

15.1 - O licitante que deixar de entregar quaisquer documentos exigidos neste edital, apresentar documentação falsa para o certame, ensejar o retardamento da execução do mesmo, não mantiver a proposta, não celebrar o contrato, ou instrumento equivalente, falhar ou fraudar o processo em qualquer momento, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal, ficará impedido de licitar e contratar com a Administração Pública, pelo prazo de até 05 (cinco) anos, garantida a prévia defesa, sem prejuízo das multas previstas em edital e no contrato, se houver, e das demais cominações legais;



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações

15.2 - O licitante sujeitar-se-á ainda, as sanções de: advertência, multa, e declaração de inidoneidade, sendo que as sanções de suspensão descrita no item anterior e declaração de inidoneidade poderão ser cumuladas com multa;

15.3 - Ocorrendo atraso na entrega do objeto licitado será aplicada multa moratória de **0,3%** (zero vírgula três por cento) por dia de atraso, até o limite de **20 %** (vinte por cento) sobre o valor total da Fatura (entrega);

15.4 No descumprimento de quaisquer obrigações licitatórias/contratuais, poderá ser aplicada uma multa indenizatória de **10%** (dez por cento) do valor total da aquisição (entrega);

15.5 O prazo para defesa prévia será de 5 (cinco) dias úteis a contar da notificação;

15.6 Caberá recurso no prazo de 5 (cinco) dias úteis a contar da publicação da sanção;

15.7 As penalidades serão obrigatoriamente registradas, esgotada a fase recursal, no Cadastro de Fornecedores ou de Prestadores de Serviços do Município e, no caso de impedimento do direito de licitar e contratar, o licitante deverá ser descredenciado por igual período.

16 - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

16.1 - As normas disciplinadoras deste Pregão serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, desde que não comprometam o interesse da Prefeitura, a segurança e o objetivo da aquisição;

16.2 - É facultado ao Pregoeiro ou a autoridade superior, em qualquer fase da licitação, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar no ato da sessão pública;

16.3 - Consultas, impugnações e demais informações relativas ao presente Pregão serão prestadas pelo Setor de Licitações da Prefeitura Municipal de Quaraí, de segundas às sextas-feiras, das 08h00min às 12h00min, e-mail licitacoespmq@yahoo.com.br, fone fax (55) 3423-1961 ou fone (55) 3423-1001 ou 1301.

16.4 - As impugnações apresentadas via e-mail, ou fac-símile deverão ser ratificadas pelo licitante, mediante protocolo do documento original no primeiro dia útil subsequente. Na falta de protocolo do original, os fax e e-mail enviados, não serão considerados válidos/aceitos;

16.5 - Não serão fornecidas informações verbalmente, devendo o interessado manifestar-se sempre por escrito via e-mail ou fax.

16.6 - As impugnações ao ato convocatório do Pregão serão recebidas até 2 (dois) dias úteis antes da data fixada para abertura da licitação.

16.7 - Caberá ao pregoeiro decidir sobre a impugnação, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas.

16.8 - Deferida a impugnação ao ato convocatório, será designada nova data para a realização do certame.

16.9 - A autoridade competente para determinar a aquisição poderá revogar a licitação em face de razões de interesse público, derivadas de fato superveniente devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar tal conduta, devendo anulá-la por ilegalidade, de ofício ou por provocação de qualquer pessoa, mediante ato escrito e fundamentado;

16.10 A Administração reserva-se o direito de transferir o prazo para o recebimento e abertura das propostas descabendo, em tais casos, direito à indenização pelos licitantes;

16.11 A participação na presente licitação implica em concordância tácita, por parte do licitante, com todos os termos e condições deste Edital;

16.12 Os avisos, alterações, julgamentos e outras informações relativas a este Edital de Pregão Presencial, serão publicados no Diário Oficial do Município, e no site (www.cidadecompras.com.br) e no site da Prefeitura de Quaraí www.quarai.rs.gov.br;

16.13 O licitante é responsável, sob as penas da Lei, pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados em qualquer fase desta Licitação;

16.14- A irregularidade que não afete o conteúdo ou idoneidade do documento não constituirá causa de desclassificação;

16.15 - Fica eleito o foro do Município de Quaraí, Rio Grande do Sul, para dirimir litígios resultantes deste instrumento convocatório.

Quaraí, 02 de abril de 2014.

Lúcio Menna Barreto
Pregoeiro



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações
ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

PREGÃO PRESENCIAL Nº 036/2014

01- Aquisição de Materiais Gráficos para serem utilizados nos atendimentos realizados na Secretaria Municipal da Saúde e nos USFs, conforme discriminado abaixo.

	Material	Tipo/Papel	Quant./Unid	Valor Unit. R\$	Valor Total R\$
Lote 01 – Memo. 090/2014	Requisição de Mamografia – Frente e Verso	Folha A4	2.000 Unid.	0,12	240,00
	Requisição exame ciptológico mama frente e verso	Folha A4	1.000 Unid.	0,18	180,00
	Requisição exame ciptológico colo do útero frente e verso	Folha A4	1.000 Unid.	0,18	180,00
	Requisição exame histopatológico colo do útero frente e verso	Folha A4	1.000 Unid.	0,18	180,00
	Requisição de exame histopatológico mama frente e verso	Folha A4	1.000 Unid.	0,18	180,00
	Ficha vacinação em cartolina	Folha A4	2.000 Unid.	0,09	180,00
	Requisição exame em papel jornal	100x1blocos	300 blocos	2,71	813,00
	Ficha A frente e verso	Folha A4	10.000 Unid.	0,07	700,00
	Ficha PMA 2	Folha A4	5.000 Unid.	0,77	3.850,00
	Ficha HAN frente e verso	Folha A4	5.000 Unid.	0,92	4.600,00
	Ficha B TB frente e verso	Folha A4	5.000 Unid.	0,92	4.600,00
	Ficha B HÁ frente e verso	Folha A4	5.000 Unid.	0,92	4.600,00
	Impresso B GES frente e verso	Folha A4	5.000 Unid.	0,92	4.600,00
	Impresso Ficha B DIA frente e verso	Folha A4	5.000 Unid.	0,92	4.600,00
	Notificação de receita cor azul	50x1blocos	100 blocos	2,05	205,00
	Carteira planejamento familiar frente e verso	Folha A4	3.000 Unid.	0,07	210,00
	Caderneta de vacinação em cartolina frente e verso	cartolina	500 Unid.	0,44	220,00
VALOR TOTAL DO LOTE					R\$ 30.138,00

- O prazo de entrega será de no máximo 10 (dez) dias, a contar da data de recebimento da nota de empenho do presente certame.

- O pagamento será realizado pela Tesouraria da Prefeitura, no prazo de 30 e 60 dias após a entrega definitiva do objeto, através da nota de empenho.

VALOR UNITÁRIO: R\$.....

VALOR TOTAL R\$

Assinatura do Representante Legal da Proponente

Validade da Proposta

CARIMBO DO CNPJ, Data e localidade



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAI
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações
ANEXO II

PREGÃO PRESENCIAL Nº 036/2014

Declaro, sob as penas da lei, para fins desta licitação que a empresa _____, cumpre com o disposto no inciso XXXIII, do Artigo sétimo da Constituição Federal de 05/10/1988.

Art. 7º, inciso XXXIII da Constituição Federal: "... proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre, aos menores de dezoito anos e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos".

Ressalva:

() emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz.

_____ de _____ de 2014.

Diretor, Sócio-Gerente ou Equivalente



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAI
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações
ANEXO III

PREGÃO PRESENCIAL Nº 036/2014

Declaração de Idoneidade

Declaro, sob as penas da lei, para fins desta licitação que a empresa _____, não foi declarada inidônea para licitar ou contratar com a administração pública, nos termos do inciso IV. Art. 87, da Lei nº 8.666/93 e suas alterações, bem como comunicarei qualquer fato ou evento superveniente a entrega dos documentos de habilitação, que venha alterar a atual situação quanto à capacidade jurídica, técnica, regularidade fiscal e econômico-financeira.

_____ de _____ de 2014.



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações
ANEXO IV

PREGÃO PRESENCIAL Nº 036/2014

DECLARAÇÃO

Pela presente a empresa _____, inscrita no CNPJ sob nº. _____, DECLARA sob as penas da Lei, conforme ART. 4º. Da Lei nº. 10.520 de 17 de julho de 2002, que está ciente e cumpre plenamente os requisitos exigidos para habilitação e proposta no(a) _____, acima referido, ciente da aplicação das penalidades cabíveis ao declarante se constatada fraude ou inobservância do procedimento.

_____, ____ de _____ de 2014.

Diretor, Sócio-Gerente ou Equivalente
Carimbo da empresa



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações
ANEXO V

PREGÃO PRESENCIAL Nº 036/2014

MODELO DA CARTA CREDENCIAMENTO (PROCURAÇÃO)

OUTORGANTE: (nome, Cédula de Identidade, CPF/MF, endereço, razão social, etc.)

OUTORGADO: (nome, Cédula de Identidade, CPF/MF e qualificação do representante)

OBJETO: representar a outorgante perante a PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ/RS, NO **PREGÃO PRESENCIAL Nº 036/2014**

PODERES: apresentar PROPOSTA e DOCUMENTOS após o certame, prestar declaração de que o outorgante está em situação regular perante a Fazenda Nacional, Estadual e Municipal, Seguridade Social e o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS, bem como de que atende às exigências do Edital quanto à habilitação Fiscal, jurídica, e qualificações técnica e econômico-financeira, formular ofertas e lances de preços nas sessões públicas, assinar as respectivas atas, registrar ocorrências, formular impugnações, interpor recursos, assinar Contratos/Pedidos de Compra, assim como assinar todos e quaisquer documentos indispensáveis ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

_____, _____ de _____ de 2014.

Diretor, Sócio-Gerente ou Equivalente
Carimbo da empresa



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações
ANEXO VI

D E C L A R A Ç Ã O EMPRESA EPP/ME

A empresa _____, através de seu representante legal, Sr.(a) _____, CPF _____, (cargo na empresa: Diretor ou Sócio-Gerente), _____ DECLARA, para fins de direito, na qualidade de PROPONENTE da licitação instaurada pelo MUNICIPIO DE QUARAÍ, na modalidade PREGÃO PRESENCIAL nº **036/2014**, que se inclui no regime diferenciado e favorecido previsto na Lei Complementar nº. 123/2006 e não se utiliza indevidamente deste benefício.

Por ser a expressão da verdade, firma a presente.

Quaraí/RS, ____ de _____ de 2014.

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL ACIMA QUALIFICADO E CARIMBO DA EMPRESA.



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAI
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações
ANEXO VII

PREGÃO PRESENCIAL Nº 036/2014

MINUTA DE CONTRATO DE COMPRA E VENDA

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ. nº 11.302.881/0001-11, com sede à Rua Dr. Ascânio Tubino, 734, nesta cidade, neste ato representado pelo Sr. Ricardo Olaechea Gadret, brasileiro, casado, médico, residente e domiciliado nesta cidade, denominado **CONTRATANTE**, e EMPRESA....., inscrita no CNPJ sob o nº....., com endereço na rua....., nº ..., na cidade de, Estado ..., neste ato representado por seu Sr., CPF nº, portador da CI nº SSP/RS, como CONTRATADA, celebram o presente Contrato, em observância ao Pregão Presencial n.º **036/2014**, homologado em .././2014, com fulcro na Lei n.º 10.520, de 17 de julho de 2002, Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações, Lei Complementar nº 123 de 14 de dezembro de 2006 e Decreto Municipal n.º 60/2005, assim como pelas condições do Edital, termos da proposta vencedora e conforme as cláusulas e condições que seguem:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

Aquisição de Materiais Gráficos para serem utilizados nos atendimentos realizados na Secretaria Municipal da Aquisição de Materiais Gráficos para serem utilizados nos atendimentos realizados na Secretaria Municipal da Saúde e nos USFs, conforme discriminado abaixo.

	Material	Tipo/Papel	Quant./Unid	Valor Unit. R\$	Valor Total R\$
Lote 01 – Memo. 090/2014	Requisição de Mamografia – Frente e Verso	Folha A4	2.000 Unid.		
	Requisição exame ciptológico mama frente e verso	Folha A4	1.000 Unid.		
	Requisição exame ciptológico colo do útero frente e verso	Folha A4	1.000 Unid.		
	Requisição exame histopatológico colo do útero frente e verso	Folha A4	1.000 Unid.		
	Requisição de exame histopatológico mama frente e verso	Folha A4	1.000 Unid.		
	Ficha vacinação em cartolina	Folha A4	2.000 Unid.		
	Requisição exame em papel jornal	100x1 blocos	300 blocos		
	Ficha A frente e verso	Folha A4	10.000 Unid.		
	Ficha PMA 2	Folha A4	5.000 Unid.		
	Ficha HAN frente e verso	Folha A4	5.000 Unid.		
	Ficha B TB frente e verso	Folha A4	5.000 Unid.		
	Ficha B HÁ frente e verso	Folha A4	5.000 Unid.		
	Impresso B GES frente e verso	Folha A4	5.000 Unid.		
	Impresso Ficha B DIA frente e verso	Folha A4	5.000 Unid.		
	Notificação de receita cor azul	50x1 blocos	100 blocos		
	Carteira planejamento familiar frente e verso	Folha A4	3.000 Unid.		
Caderneta de vacinação em cartolina frente e verso	cartolina	500 Unid.			



VALOR TOTAL DO LOTE R\$

CLÁUSULA SEGUNDA – PREÇO E PAGAMENTO

2.1. O CONTRATANTE, obriga-se a pagar pela aquisição dos itens descritos na cláusula anterior, a importância global de R\$ ().

2.2. O preço contratado é considerado completo e abrange todas as despesas com custo, transporte, seguro e frete, tributos (impostos, taxas, emolumentos, contribuições fiscais e para-fiscais), obrigações sociais, trabalhistas, fiscais, frete, encargos comerciais ou de qualquer natureza, acessórios e/ou necessários à execução do objeto contratado, ainda que não especificados no Edital e anexo.

2.3. O pagamento será realizado pela Tesouraria da Prefeitura, no prazo de 30 e 60 dias após a entrega definitiva do objeto, através da nota de empenho.

CLÁUSULA TERCEIRA – PRAZOS

3.1 – A CONTRATADA deverá entregar os itens em um prazo máximo de 10 (dez) dias, a contar da solicitação da Secretaria requisitante.

CLÁUSULA QUARTA – ENTREGA: LOCAL E CONDIÇÕES

4.1 – O objeto da presente licitação deverá ser entregue nas condições e quantidades mencionadas no **Anexo I do edital**, no local abaixo descrito:

Secretaria Municipal da Saúde e Meio Ambiente, R. Ascânio Tubino nº734, centro, neste Município.

4.2 – Caso os itens não correspondam ao exigido no instrumento convocatório (EDITAL E SEUS ANEXOS), a Licitante Vencedora deverá providenciar no prazo máximo de 05 dias úteis, contados da data de notificação expedida por esta prefeitura, a sua adequação, visando o atendimento das especificações, sem prejuízo da incidência das sanções previstas no instrumento convocatório, na Lei n.º 8.666/93;

CLÁUSULA QUINTA – DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Os recursos financeiros correrão à conta dos créditos abaixo discriminados:

Órgão	Código Destino	Projeto/Atividade	Nome do Projeto/Atividade	Elemento	Nome do Elemento	Código Reduzido
Secretaria da Saúde e Meio Ambiente	2	079	Manut. Atividades da Secret. de Saúde e Meio Ambiente	33903900 0000	Outros Serviços de Terc. – Pessoa Jurídica	6188

CLÁUSULA SEXTA – OBRIGAÇÕES DOS CONTRATANTES

6.1. São obrigações do **CONTRATANTE**:

- fiscalizar e acompanhar a entrega do objeto licitado;
- efetuar o pagamento ajustado, devidamente atestadas pelo setor competente.

6.2. São obrigações da **CONTRATADA**:

- fornecer os itens de acordo com as especificações e demais condições contratualmente avençadas e, ainda, as constantes do edital de licitação;
- manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas e todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação;
- assumir inteira responsabilidade pelas obrigações fiscais e tributárias decorrentes da execução do presente contrato;
- providenciar a imediata correção de deficiências e/ou irregularidades apontadas pelo CONTRATANTE;
- arcar com eventuais prejuízos causados ao CONTRATANTE e/ou a terceiros, provocados por ineficiência ou irregularidade cometida na execução do contrato;
- aceitar, nas mesmas condições avençadas no presente instrumento contratual, os acréscimos ou supressões que se fizerem nas compras, respeitados os limites legais, conforme dispõe o §1º, do artigo 65, da Lei 8.666/93;

CLÁUSULA SETIMA - PENALIDADES E MULTAS



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações

Se a CONTRATADA, sem justa causa não cumprir as exigências constantes da Nota de Empenho e/ou consignadas na sua proposta, ressalvados os casos fortuitos ou de força maior, devidamente justificados, e comprovados a juízo da Secretaria Municipal da Administração, aplicar-se-ão as seguintes penalidades:

- 7.1. **Advertência**, por escrito, no caso de pequenas irregularidades;
- 7.2. **Multa** de até 10%(dez por cento), calculada sobre o valor do contrato ou do empenho, no caso do licitante vencedor não cumprir rigorosamente as exigências contratuais ou deixar de receber a Nota de Empenho, salvo se decorrente de motivo de força maior definido em Lei, e reconhecido pela autoridade competente;
- 7.3. **Suspensão** temporária do direito de licitar e impedimento de contratar com a Administração, pelo prazo de até 02 (dois) anos, quando da inexecução contratual sobrevierem prejuízos para a Administração;
- 7.4. **Declaração de inidoneidade** para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

CLÁUSULA OITAVA – RESCISÃO

- 8.1. O contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo, por mútuo acordo entre as partes.
- 8.2. Poderá também ser rescindido unilateralmente pelo CONTRATANTE, se a CONTRATADA não cumprir as condições e obrigações expressas neste ato, ou ocorrendo quaisquer das hipóteses previstas no art. 79, inciso I da Lei n.º 8.666/93, alterada pela Lei n.º 8.883/94 e demais legislações em vigor.

CLÁUSULA NONA - FORO

- 9.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Quaraí, estado do Rio Grande do Sul, para dirimir eventuais dúvidas e/ou conflitos originados pelo presente Contrato, com renúncia a quaisquer outros por mais privilegiados que possam ser.
- 9.2. E por estarem assim, justos e contratados, assinam o presente em 03 (três) vias de igual teor, na presença de duas testemunhas, para que produza seus jurídicos e legais efeitos.

Quaraí, de _____ de 2014.

Ricardo Olaeche Gadret
Prefeito Municipal

Contratada

Testemunhas: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAI
 Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
 Estado do Rio Grande do Sul
 Setor de Licitações
ANEXO VIII
PREGÃO PRESENCIAL Nº 036/2014
MODELOS

1.Frente

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

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

nº 332



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações

2. Frente

MINISTÉRIO DA SAÚDE		REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - MAMA																					
UF		CNES da Unidade de Saúde	Nº Protocolo (nº gerado automaticamente pelo SISCAN)																				
Unidade de Saúde		Prontuário																					
Código do Município		Município																					
INFORMAÇÕES PESSOAIS																							
Cartão SUS*		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino																					
Nome completo do(a) paciente*		Apelido do(a) paciente																					
Nome completo da mãe*																							
CPF		Nacionalidade																					
Data de Nascimento*		Idade																					
		Raca/cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena/ Etnia																					
Dados Residenciais																							
Logradouro																							
Número		Complemento																					
		Bairro																					
Código do Município		Município	UF																				
CEP		DDD	Telefone																				
Ponto de Referência																							
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Analfabeto(a) <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo																							
DADOS DA ANAMNESE																							
1. Achou recentemente um nódulo ou caroço na mama? (Há menos de 1 mês)		3. Apresenta risco elevado* para câncer de mama?*																					
<input type="checkbox"/> Sim, mama direita <input type="checkbox"/> Sim, mama esquerda <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe																					
2. Você está grávida ou amamentando?		* Risco elevado são: Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de: - câncer de mama antes dos 50 anos de idade; - câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária; Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino; Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ Mulheres com história pessoal de câncer de mama																					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe																							
EXAME CLÍNICO DAS MAMAS																							
4. Descrição do exame		Observação: em caso de múltiplas lesões deverá ser preenchido um formulário para cada lesão e os diferentes materiais colhidos deverão ser enviados para um mesmo laboratório.																					
<table border="1"><thead><tr><th colspan="5">MAMA</th></tr></thead><tbody><tr><td colspan="2">Descarga papilar <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td colspan="2">Nódulo (tumor) <input type="checkbox"/> Sólido <input type="checkbox"/> Sólido-cístico <input type="checkbox"/> Cístico</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td colspan="2">Localização <input type="checkbox"/> OSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA</td><td colspan="3"></td></tr></tbody></table>		MAMA					Descarga papilar <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica					Nódulo (tumor) <input type="checkbox"/> Sólido <input type="checkbox"/> Sólido-cístico <input type="checkbox"/> Cístico					Localização <input type="checkbox"/> OSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA						
MAMA																							
Descarga papilar <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica																							
Nódulo (tumor) <input type="checkbox"/> Sólido <input type="checkbox"/> Sólido-cístico <input type="checkbox"/> Cístico																							
Localização <input type="checkbox"/> OSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA																							
5. Material enviado:*		6. Tem tumor residual após punção? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																					
<table border="1"><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Mama direita</td><td><input type="checkbox"/> Descarga papilar</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Mama esquerda</td><td><input type="checkbox"/> Punção aspirativa</td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> Conteúdo cístico</td></tr></tbody></table>		<input type="checkbox"/> Mama direita	<input type="checkbox"/> Descarga papilar	<input type="checkbox"/> Mama esquerda	<input type="checkbox"/> Punção aspirativa		<input type="checkbox"/> Conteúdo cístico	7. Tumor sólido punccionado é o tumor residual? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não															
<input type="checkbox"/> Mama direita	<input type="checkbox"/> Descarga papilar																						
<input type="checkbox"/> Mama esquerda	<input type="checkbox"/> Punção aspirativa																						
	<input type="checkbox"/> Conteúdo cístico																						
Data da Coleta*		8. Número de lâminas/ml enviadas(as):*																					
Responsável*																							

nº 416



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações

2.1. Verso

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO	
CNES do Laboratório* _____	
Número do Exame* _____	
Nome do Prestador de serviço _____	Recebido em:* ____/____/____
RESULTADO	
Localização:* <input type="checkbox"/> Mama direita <input type="checkbox"/> Mama esquerda	Adequabilidade do material* <input type="checkbox"/> Satisfatório <input type="checkbox"/> Insatisfatório por _____
Material recebido - nº de lâminas/ml* _____	
RESULTADO DA PUNÇÃO ASPIRATIVA	
Processos Benignos. Negativo para malignidade compatível com: <input type="checkbox"/> Mastite <input type="checkbox"/> Abscesso subareolar recorrente <input type="checkbox"/> Fibroadenoma <input type="checkbox"/> Necrose gordurosa <input type="checkbox"/> Condição fibrocística mamária <input type="checkbox"/> Lesão epitelial benigna proliferativa sem atipias <input type="checkbox"/> Outros (exclusivamente benignos) _____	Padrão citopatológico suspeito para malignidade: <input type="checkbox"/> Lesão epitelial proliferativa com atipias <input type="checkbox"/> Outros _____
Padrão citopatológico de malignidade indeterminada compatível com: <input type="checkbox"/> Tumor papilar <input type="checkbox"/> Tumor filóide <input type="checkbox"/> Outros _____	Padrão citopatológico positivo para malignidade compatível com: <input type="checkbox"/> Carcinoma ductal <input type="checkbox"/> Carcinoma lobular <input type="checkbox"/> Outros (exclusivamente malignos) _____
RESULTADO DA DESCARGA PAPILAR / CONTEÚDO CÍSTICO	
Padrão citopatológico da amostra <input type="checkbox"/> Material acelular <input type="checkbox"/> Negativo para malignidade <input type="checkbox"/> Padrão citopatológico de malignidade indeterminada <input type="checkbox"/> Positivo para malignidade <input type="checkbox"/> Consistente com lesão papilar <input type="checkbox"/> Consistente com processo inflamatório	
Observações: _____	
Data do resultado* ____/____/____	
Responsável* _____	CRM* _____
Localização QSL - Quadrante superior lateral QLL - Quadrante inferior lateral QSM - Quadrante superior medial QIM - Quadrante inferior medial UQlat - União dos quadrantes laterais	UQsup - União dos quadrantes superiores UQmed - União dos quadrantes mediais UQinf - União dos quadrantes inferiores RRA - Região retroareolar PA - Prolongamento axilar



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAI
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações

3. Frente

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

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAI
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações

3.1. Verso

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ
 Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
 Estado do Rio Grande do Sul
 Setor de Licitações

4. Frente

MINISTÉRIO DA SAÚDE		REQUISIÇÃO DE EXAME HISTOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO	
UF _____ CNES da Unidade de Saúde _____		Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero	
Unidade de Saúde _____		Nº Protocolo _____ (nº gerado automaticamente pelo SISCAN)	
Município _____		Prontuário _____	
INFORMAÇÕES PESSOAIS			
Cartão SUS* _____			
Nome Completo da Mulher* _____			
Nome Completo da Mãe* _____			
CPF _____		Apelido da Mulher _____ Nacionalidade _____	
Data de Nascimento* _____ Idade* _____		Raça/cor _____ <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena/ Etnia _____	
Dados Residenciais Logradouro _____			
Número _____		Complemento _____	
Código do Município _____		Município _____ Bairro _____ UF _____	
CEP _____		DDD _____ Telefone _____	
Ponto de Referência _____			
ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo			
RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO / ENCAMINHAMENTO*			
<input type="checkbox"/> RESULTADO NORMAL / BENIGNO <input type="checkbox"/> LESÃO SUGESTIVA DE CÂNCER (CITO NÃO REALIZADO) <input type="checkbox"/> RESULTADO ALTERADO: CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO Escamosas: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas (ASC-US) <input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H) Glandulares: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas <input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau De origem indefinida: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas <input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau			
ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS <input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I) <input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais grau II e III) <input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão <input type="checkbox"/> Carcinoma epidermóide invasor			
ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma "in situ" Adenocarcinoma invasor: <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Endometrial <input type="checkbox"/> Sem outras especificações <input type="checkbox"/> Outras neoplasias malignas. Quais? _____			
INFORMAÇÕES DA COLPOSCOPIA E PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICOS DO COLO DO ÚTERO			
1. Achados colposcópicos (informe o achado mais importante)* <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Alterações Menores (sug. Baixo grau; Grau I) <input type="checkbox"/> Alterações Maiores (sug. Alto grau; Grau II) <input type="checkbox"/> Sugestivo de câncer <input type="checkbox"/> Miscelânea (condiloma, seqüela pós tratamento, pólipos, estenose, anomalia congênita, inflamação, endometriose)		2. Zona de Transformação (ZT)/Adequabilidade:* <input type="checkbox"/> Satisfatória ZT-completamente visível e endocervical (ZT tipo I) <input type="checkbox"/> Satisfatória ZT ecto e endocervical (ZT tipo II) <input type="checkbox"/> JEC até 1 cm do canal <input type="checkbox"/> JEC além de 1 cm do canal <input type="checkbox"/> Insatisfatória <input type="checkbox"/> ZT não visível ou parcialmente visível (predom./complet endocervical) (ZT tipo III) <input type="checkbox"/> Atrofia/Inflamação severa/trauma colo/ cérvix não visível (colposcopia inadequada)	
		3. Procedimento:* <input type="checkbox"/> Biópsia <input type="checkbox"/> Exereses da Zona de Transformação <input type="checkbox"/> Ver e Tratar <input type="checkbox"/> Pós biópsia <input type="checkbox"/> Conização <input type="checkbox"/> Outros _____ <small>Note: Não utilizar este formulário para biópsia ou procedimentos em outras localizações anatómicas (vulva, vagina).</small>	
Informações adicionais para o patologista _____			
Data da coleta* _____		Responsável* _____	

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

nº 414



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações

4.1. Verso

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO	
CNES do Laboratório*	Número do Exame*
Nome do Laboratório	Recebido em:*
RESULTADO DO EXAME HISTOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO	
Tipo de procedimento cirúrgico*	
<input type="checkbox"/> Biópsia <input type="checkbox"/> Exeresse da Zona de Transformação <input type="checkbox"/> Conização <input type="checkbox"/> Histerectomia Simples <input type="checkbox"/> Histerectomia c/anexectomia uni ou bilateral <input type="checkbox"/> Outros _____	
MACROSCOPIA	
Tipo de material recebido:	
<input type="checkbox"/> Biópsia, número de fragmentos _____	
<input type="checkbox"/> Peça cirúrgica, tamanho do tumor _____ x _____ cm	
Distância do margem mais próxima _____ mm	
localização do tumor: <input type="checkbox"/> Ectocérvice <input type="checkbox"/> Endocérvice <input type="checkbox"/> Junção escamo-colunar	
*Adequabilidade do material <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória. Especificar _____	
MICROSCOPIA	
Lesões de caráter benigno	
<input type="checkbox"/> Metaplasia Escamosa <input type="checkbox"/> Cervicite crônica inespecífica	
<input type="checkbox"/> Pólipo Endocervical <input type="checkbox"/> Alterações citoarquiteturais compatíveis com ação viral (HPV)	
Lesões de caráter neoplásico ou pré-neoplásico	
<input type="checkbox"/> NIC I (displasia leve)	
<input type="checkbox"/> NIC II (displasia moderada)	
<input type="checkbox"/> NIC III (displasia acentuada / carcinoma in situ)	
<input type="checkbox"/> Carcinoma epidermóide microinvasivo	
<input type="checkbox"/> Carcinoma epidermóide invasivo	
<input type="checkbox"/> Carcinoma epidermóide, impossível avaliar invasão	
<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma in situ	
<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma invasor	
<input type="checkbox"/> Outras neoplasias malignas _____	
Grau de diferenciação	
<input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Bem diferenciado (Grau I) <input type="checkbox"/> Moderadamente diferenciado (Grau II)	
<input type="checkbox"/> Pouco diferenciado (Grau III) <input type="checkbox"/> Indiferenciado (Grau IV)	
Dados em relação à extensão do tumor:	
Infiltração	
Profundidade da invasão _____ mm	
Vascular <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Corpo uterino <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Peri-neural <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vagina <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Parametrial <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Linfonodos regionais examinados _____ e comprometidos _____	
Margens cirúrgicas	
<input type="checkbox"/> Livres <input type="checkbox"/> Comprometidas <input type="checkbox"/> Impossível de serem avaliadas	
Diagnóstico Descritivo _____	
Controle de representação histológica* <input type="checkbox"/> Fragmentos <input type="checkbox"/> Blocos	
Data do resultado* _____	
Responsável* _____ CRM _____	



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações

5. Frente

MINISTÉRIO DA SAÚDE		REQUISIÇÃO DE EXAME HISTOPATOLÓGICO - MAMA	
		Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama	
UF	CNES da Unidade de Saúde	Nº Protocolo (nº gerado automaticamente pelo SISCAN)	
Unidade de Saúde			
Código do Município	Município	Prontuário	
INFORMAÇÕES PESSOAIS			
Carrão SUS*	Sexo		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Nome completo do(a) paciente*		Apelido do(a) paciente	
Nome completo da mãe*			
CPF	Nacionalidade		
Data de Nascimento*	Idade*	Cor/Raça	
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena/ Etnia			
Dados Residenciais			
Logradouro			
Número	Complemento	Bairro	UF
Código do Município	Município		
CEP	DDD	Telefone	
Ponto de Referência			
ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> Analfabeto(a) <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo			
DADOS CLÍNICOS			
1. Tipo de Exame histopatológico*		5. Detecção da lesão:*	
<input type="checkbox"/> Revisão de lâmina		<input type="checkbox"/> Exame Clínico da Mama <input type="checkbox"/> Imagem (não palpável)	
<input type="checkbox"/> Imunohistoquímica		5a. Diagnóstico de Imagem	
<input type="checkbox"/> Biópsia / Peça		<input type="checkbox"/> Microcalcificação <input type="checkbox"/> Nódulo	
2. Apresenta risco elevado* para câncer de mama?*		<input type="checkbox"/> Distorção <input type="checkbox"/> Assimetria	
<input type="checkbox"/> Sim		6. Característica da lesão*	
<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> MAMA DIREITA <input type="checkbox"/> MAMA ESQUERDA	
<input type="checkbox"/> Não sabe		Localização*	
* Risco elevado são: Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de: - câncer de mama antes dos 50 anos de idade; - câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária; Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino; Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobulillar in situ Mulheres com história pessoal de câncer de mama		<input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM	
3. Você está grávida ou amamentando?*		<input type="checkbox"/> UQlet <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf	
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA	
<input type="checkbox"/> Não		TAMANHO*	
<input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/> < 2cm <input type="checkbox"/> 2 a 5cm <input type="checkbox"/> Não palpável	
4. Tratamento anterior para câncer de mama?*		<input type="checkbox"/> > 5 a 10cm <input type="checkbox"/> > 10cm	
<input type="checkbox"/> Sim		7. Linfonodo axilar-palpável?*	
<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim	
4a. Tipo de tratamento		<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Cirurgia mesma mama <input type="checkbox"/> Radioterapia mesma mama		8. Material enviado procedente de:*	
<input type="checkbox"/> Cirurgia outra mama <input type="checkbox"/> Radioterapia outra mama		<input type="checkbox"/> Biópsia incisional <input type="checkbox"/> Excisão de ductos principais	
<input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Hormônio		<input type="checkbox"/> Biópsia excisional <input type="checkbox"/> Mastectomia glandular	
		<input type="checkbox"/> Biópsia por agulha grossa (core biopsy) <input type="checkbox"/> Mastectomia simples	
		<input type="checkbox"/> Ressecção segmentar <input type="checkbox"/> Mastectomia radical e radical modificada	
		<input type="checkbox"/> Ressecção segmentar com esvaziamento axilar	
Data da Coleta*		Responsável*	

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

nº 335



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações

5.1. Verso

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO	
CNES do Laboratório*	Número do Exame*
Nome do Laboratório*	Recebido em:*

RESULTADO	
Procedimento cirúrgico*	
<input type="checkbox"/> Biópsia incisional	<input type="checkbox"/> Biópsia excisional
<input type="checkbox"/> Biópsia por agulha grossa (core biopsy)	<input type="checkbox"/> Ressecção segmentar
<input type="checkbox"/> Mastectomia radical e radical modificada	<input type="checkbox"/> Mastectomia radical e radical modificada
<input type="checkbox"/> Exatidão de ductos principais	<input type="checkbox"/> Mastectomia glandular
<input type="checkbox"/> Ressecção segmentar com esvaziamento axilar	<input type="checkbox"/> Mastectomia simples

EXAME MACROSCÓPICO	
Adequabilidade do material*	
<input type="checkbox"/> Satisfatória	<input type="checkbox"/> Insatisfatória por _____

TAMANHO DO TUMOR	
Dimensão máxima tumor dominante	
<input type="checkbox"/> < 2cm	<input type="checkbox"/> 2 a 5cm
<input type="checkbox"/> > 5cm	<input type="checkbox"/> Não avalível
Dimensão máxima tumor secundário	
<input type="checkbox"/> < 2cm	<input type="checkbox"/> 2 a 5cm
<input type="checkbox"/> > 5cm	<input type="checkbox"/> Não avalível

EXAME MICROSCÓPICO	
MICROCALCIFICAÇÕES*	OUTROS ASPECTOS HISTOLÓGICOS
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Multifocalidade do tumor <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não avalível
LESÃO DE CARÁTER BENIGNO	Multicentricidade do tumor <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não avalível
<input type="checkbox"/> Hiperplasia ductal sem atipias	Grau histológico <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Não avalível
<input type="checkbox"/> Hiperplasia ductal com atipias	Invasão vascular <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não avalível
<input type="checkbox"/> Hiperplasia lobular com atipias	Infiltração perineural <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não avalível
<input type="checkbox"/> Adenose, SOE	Embolização linfática <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não avalível
<input type="checkbox"/> Lesão esclerosante radial	Extensão do tumor:
<input type="checkbox"/> Condição fibrocística	Pele <input type="checkbox"/> Sim, Com ulceração <input type="checkbox"/> Sim, Sem ulceração
<input type="checkbox"/> Fibroadenoma	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não avalível
<input type="checkbox"/> Papiloma solitário	Mamilo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não avalível
<input type="checkbox"/> Papiloma múltiplo	Músculo peitoral <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não avalível
<input type="checkbox"/> Papilomatose florida do mamilo	Fáscia do peitoral <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não avalível
<input type="checkbox"/> Mastite	Gradil costal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não avalível
<input type="checkbox"/> Outras _____	Margens Cirúrgicas <input type="checkbox"/> Livres (sem tumor detectável) <input type="checkbox"/> Comprometidas <input type="checkbox"/> Não avalível
<input type="checkbox"/> CORE BIOPSY INDETERMINADA POR _____	Linfonodos <input type="checkbox"/> Axilares <input type="checkbox"/> Supraclaviculares
<input type="checkbox"/> CORE BIOPSY SUSPEITA	Número de linfonodos avaliados _____
LESÃO DE CARÁTER NEOPLÁSICO MALIGNO (TIPO PREDOMINANTE)	Número de linfonodos comprometidos: <input type="checkbox"/> 0 (zero) <input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 4 a 10 <input type="checkbox"/> mais de 10
<input type="checkbox"/> Carcinoma intraductal (in situ) de baixo grau histológico	Presença de coalescência linfodol <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não avalível
<input type="checkbox"/> Carcinoma intraductal (in situ) de grau intermediário	Extravasamento da cápsula linfodol <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não avalível
<input type="checkbox"/> Carcinoma intraductal (in situ) de alto grau histológico	Receptores hormonais:
<input type="checkbox"/> Carcinoma lobular in situ	Receptor de estrógeno <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> NR
<input type="checkbox"/> Doença de Paget do mamilo sem tumor associado	Receptor de progesterona <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> NR
<input type="checkbox"/> Carcinoma ductal infiltrante	Outros estudos imuno-histoquímicos:
<input type="checkbox"/> Carcinoma ductal infiltrante com componente intraductal predominante	<input type="checkbox"/> Sim, especifique _____
<input type="checkbox"/> Carcinoma lobular invasivo	<input type="checkbox"/> Não _____
<input type="checkbox"/> Carcinoma tubular	Observações _____
<input type="checkbox"/> Carcinoma mucinoso	
<input type="checkbox"/> Carcinoma medular	
<input type="checkbox"/> Outros _____	
TIPO HISTOLÓGICO ASSOCIADO SECUNDÁRIO	
<input type="checkbox"/> Sim - especifique _____	
<input type="checkbox"/> Não _____	
Data do resultado _____	
Responsável pelo resultado* _____	CRM* _____
Localização	
QSL - Quadrante superior lateral	UQsup - União dos quadrantes superiores
QIL - Quadrante inferior lateral	UQmed - União dos quadrantes mediais
QSM - Quadrante superior medial	UQinf - União dos quadrantes inferiores
QIM - Quadrante inferior medial	RRA - Região retroareolar
UQlat - União dos quadrantes laterais	PA - Prolongamento axilar



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações

6. Frente

FICHA DE VACINAÇÃO

Nome: _____ Nasc.: ____/____/____

Pai: _____ Mãe: _____

End.: _____

VACINAS DOSES		ANTIPÓLIO (SABIN)	TETRA	B.C.G.	TV	ANTI- TETANICA	ROTAVIRUS	Hep B
1ª	DATA							
2ª	DATA							
3ª	DATA							
1ª REFORÇO	DATA							
2ª REFORÇO	DATA							



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAI
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações

7. Frente

PREFEITURA DE QUARAI		PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAI			
AÇÃO E DECISÃO		SECRETARIA DE SAÚDE			
Cidade: Quaraí Estado: Rio Grande do Sul		REQUISIÇÃO DE EXAMES			
NOME					
PRONTUÁRIO Nº					
IDADE	SEXO	COR	PESO	ALTURA	CLÍNICA
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>			
DADOS CLINICOS					
MATERIAL A EXAMINAR					
EXAMES SOLICITADOS					
DATA			CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO		



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAI
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações

8.1. Verso

SITUAÇÃO DE MORADIA E SANEAMENTO																																																					
<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">TIPO DE CASA</th></tr></thead><tbody><tr><td>Tijolo/Adobe</td><td></td></tr><tr><td>Taipa revestida</td><td></td></tr><tr><td>Taipa não revestida</td><td></td></tr><tr><td>Madeira</td><td></td></tr><tr><td>Material aproveitado</td><td></td></tr><tr><td>Outro - Especificar:</td><td></td></tr><tr><td>Número de cômodos/peças</td><td></td></tr><tr><td>Energia elétrica</td><td></td></tr><tr><th colspan="2">DESTINO DO LIXO</th></tr><tr><td>Coletado</td><td></td></tr><tr><td>Queimado/enterrado</td><td></td></tr><tr><td>Céu aberto</td><td></td></tr></tbody></table>	TIPO DE CASA		Tijolo/Adobe		Taipa revestida		Taipa não revestida		Madeira		Material aproveitado		Outro - Especificar:		Número de cômodos/peças		Energia elétrica		DESTINO DO LIXO		Coletado		Queimado/enterrado		Céu aberto		<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO</th></tr></thead><tbody><tr><td>Filtração</td><td></td></tr><tr><td>Fervura</td><td></td></tr><tr><td>Cloração</td><td></td></tr><tr><td>Sem tratamento</td><td></td></tr><tr><th colspan="2">ABASTECIMENTO DE ÁGUA</th></tr><tr><td>Rede pública</td><td></td></tr><tr><td>Poço ou nascente</td><td></td></tr><tr><td>Outros</td><td></td></tr><tr><th colspan="2">DESTINO DE FEZES E URINA</th></tr><tr><td>Sistema de esgoto (rede geral)</td><td></td></tr><tr><td>Fossa</td><td></td></tr><tr><td>Céu aberto</td><td></td></tr></tbody></table>	TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO		Filtração		Fervura		Cloração		Sem tratamento		ABASTECIMENTO DE ÁGUA		Rede pública		Poço ou nascente		Outros		DESTINO DE FEZES E URINA		Sistema de esgoto (rede geral)		Fossa		Céu aberto	
TIPO DE CASA																																																					
Tijolo/Adobe																																																					
Taipa revestida																																																					
Taipa não revestida																																																					
Madeira																																																					
Material aproveitado																																																					
Outro - Especificar:																																																					
Número de cômodos/peças																																																					
Energia elétrica																																																					
DESTINO DO LIXO																																																					
Coletado																																																					
Queimado/enterrado																																																					
Céu aberto																																																					
TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO																																																					
Filtração																																																					
Fervura																																																					
Cloração																																																					
Sem tratamento																																																					
ABASTECIMENTO DE ÁGUA																																																					
Rede pública																																																					
Poço ou nascente																																																					
Outros																																																					
DESTINO DE FEZES E URINA																																																					
Sistema de esgoto (rede geral)																																																					
Fossa																																																					
Céu aberto																																																					

OUTRAS INFORMAÇÕES																																											
Alguém da família possui Plano de Saúde?	Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde																																										
Nome do Plano de Saúde																																											
<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">EM CASO DE DOENÇA PROCURA:</th></tr></thead><tbody><tr><td>Hospital</td><td></td></tr><tr><td>Unidade de Saúde</td><td></td></tr><tr><td>Benzedeira</td><td></td></tr><tr><td>Farmácia</td><td></td></tr><tr><td>Outros - Especificar:</td><td></td></tr><tr><th colspan="2">MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA</th></tr><tr><td>Rádio</td><td></td></tr><tr><td>Televisão</td><td></td></tr><tr><td>Outros - Especificar:</td><td></td></tr></tbody></table>	EM CASO DE DOENÇA PROCURA:		Hospital		Unidade de Saúde		Benzedeira		Farmácia		Outros - Especificar:		MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA		Rádio		Televisão		Outros - Especificar:		<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS</th></tr></thead><tbody><tr><td>Cooperativa</td><td></td></tr><tr><td>Grupo religioso</td><td></td></tr><tr><td>Associações</td><td></td></tr><tr><td>Outros - Especificar:</td><td></td></tr><tr><th colspan="2">MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA</th></tr><tr><td>Ônibus</td><td></td></tr><tr><td>Caminhão</td><td></td></tr><tr><td>Carro</td><td></td></tr><tr><td>Carroça</td><td></td></tr><tr><td>Outros - Especificar:</td><td></td></tr></tbody></table>	PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS		Cooperativa		Grupo religioso		Associações		Outros - Especificar:		MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA		Ônibus		Caminhão		Carro		Carroça		Outros - Especificar:	
EM CASO DE DOENÇA PROCURA:																																											
Hospital																																											
Unidade de Saúde																																											
Benzedeira																																											
Farmácia																																											
Outros - Especificar:																																											
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA																																											
Rádio																																											
Televisão																																											
Outros - Especificar:																																											
PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS																																											
Cooperativa																																											
Grupo religioso																																											
Associações																																											
Outros - Especificar:																																											
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA																																											
Ônibus																																											
Caminhão																																											
Carro																																											
Carroça																																											
Outros - Especificar:																																											

OBSERVAÇÕES	



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ
 Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
 Estado do Rio Grande do Sul
 Setor de Licitações

9. Frente

Relatório PMA2		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MÊS	ANO	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	
RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO						
ATIVIDADES/ PRODUÇÃO			MARCADORES			
CONSOLIDADA	residentes fora da área de abrangência		Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos			
	residentes na área de abrangência da equipe	< 1		Acidente Vascular Cerebral		
		1 - 4		Infarto Agudo do Miocárdio		
		5 - 9		DHEG (forma grave)		
		10 - 14		Doença Hemolítica Perinatal		
		15 - 19		Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos		
		20 - 39		Meningite tuberculosa em menores de 5 anos		
		40 - 49		Hanseníase com grau de incapacidade II e III		
		50 - 59		Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)		
	60 e mais		RN com peso < 2500g			
Total		Gravidez em < 20 anos				
Total geral de consultas			Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia			
Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro	Puericultura		Hospitalizações em < 5 anos por desidratação			
	Pré-Natal		Hospitalizações por abuso de álcool			
	Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino		Hospitalizações por complicações do Diabetes			
	DST/AIDS		Hospitalizações por qualquer causa			
	Diabetes		Internações em Hospital Psiquiátrico			
	Hipertensão Arterial		Óbitos em < 1 ano por todas as causas			
	Hanseníase		Óbitos em < 1 ano por diarreia			
Tuberculose		Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória				
Solicitação médica de exames complementares	Patologia Clínica		Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos			
	Radiodiagnóstico		Óbitos de adolescentes (10-19) por violência			
	Citopatológico cérvico-vaginal					
	Ultrassonografia obstétrica					
	Outros					
Encaminhamentos médicos	Atend. Especializado					
	Internação Hospitalar					
	Urgência/Emergência					
Internação Domiciliar						
PRODUTOS	Atendimento específico para AT					
	Visita de Inspeção Sanitária					
	Atend. individual Enfermeiro					
	Atend. individual outros prof. nível superior					
	Curativos					
	Inalações					
	Injeções					
	Retirada de pontos					
	Terapia da Reidratação Oral					
	Sutura					
	Atend. Grupo - Educação em Saúde					
	Procedimentos Coletivos I (PC I)					
	Reuniões					
	VISITAS DOMICILIARES					
	Médico					
	Enfermeiro					
	Outros profissionais de nível superior					
	Profissionais de nível médio					
	ACS					
	Total					



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAI
 Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
 Estado do Rio Grande do Sul
 Setor de Licitações

10. Frente

FICHA B - HAN		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA					ANO											
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS:													
ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HANSINIASE																		
Identificação	Sexo	Idade	Data da visita do ACS	Meses												Outras Informações		
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez			
Nome			Tomada de medicação diária															Nº de Comunicantes
Endereço			Data da última dose supervisionada															
			Faz auto-cuidados															
			Data da última consulta															
			Comunicantes examinados															
			Comunicantes que receberam BCG															
Nome			Data da visita do ACS															Nº de Comunicantes
			Tomada de medicação diária															
			Data da última dose supervisionada															
			Faz auto-cuidados															
			Data da última consulta															
			Comunicantes examinados															
			Comunicantes que receberam BCG															
Endereço																		



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ
 Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
 Estado do Rio Grande do Sul
 Setor de Licitações

10.1. Verso

ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HANSENÍASE																								
Identificação	Sexo	Idade	Data da visita do ACS	Tomou medicação diária	Data da última dose supervisionada	Faz auto-cuidados	Data da última consulta	Comunicantes examinados	Comunicantes que receberam BCG	Meses												Outras Informações		
										Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez			
Nome			Data da visita do ACS	Tomou medicação diária	Data da última dose supervisionada	Faz auto-cuidados	Data da última consulta	Comunicantes examinados	Comunicantes que receberam BCG														Nº de Comunicantes	
Endereço			Data da visita do ACS	Tomou medicação diária	Data da última dose supervisionada	Faz auto-cuidados	Data da última consulta	Comunicantes examinados	Comunicantes que receberam BCG															Nº de Comunicantes
Nome			Data da visita do ACS	Tomou medicação diária	Data da última dose supervisionada	Faz auto-cuidados	Data da última consulta	Comunicantes examinados	Comunicantes que receberam BCG															Nº de Comunicantes
Endereço			Data da visita do ACS	Tomou medicação diária	Data da última dose supervisionada	Faz auto-cuidados	Data da última consulta	Comunicantes examinados	Comunicantes que receberam BCG															Nº de Comunicantes



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ
 Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
 Estado do Rio Grande do Sul
 Setor de Licitações

12. Frente

FIGHA B-HA		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE										ANO										
MUNICÍPIO		SEGMENTO			UNIDADE			ÁREA		MICROÁREA		NOME DO ACS:	_ _ _ _									
ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS																						
Identificação	Sexo	Idade	Fumante		data da visita do ACS	Meses												Observações				
			sim	não		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez					
Nome:					data da visita do ACS																	
					faz dieta																	
					toma a medicação																	
					faz exercícios físicos																	
					Pressão Arterial																	
Endereço:					data da última consulta																	
					data da visita do ACS																	
					faz dieta																	
					toma a medicação																	
					faz exercícios físicos																	
					Pressão Arterial																	
Endereço:					data da última consulta																	
					data da visita do ACS																	
					faz dieta																	
					toma a medicação																	
					faz exercícios físicos																	
					Pressão Arterial																	
Endereço:					data da última consulta																	



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações

12.1. Verso

acompanhamento de hipertensos																	
Identificação	Sexo	Idade	Fumante sim não														
				Nome:	Endereço:	Nome:	Endereço:	Nome:	Endereço:	Nome:	Endereço:	Nome:	Endereço:	Nome:	Endereço:		
				data da visita do ACS	Jan	Feb	Mar	Abri	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Observações
				faz dieta													
				toma a medicação													
				faz exercícios físicos													
				Pressão Arterial													
				data da última consulta													
				data da visita do ACS													
				faz dieta													
				toma a medicação													
				faz exercícios físicos													
				Pressão Arterial													
				data da última consulta													



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ
 Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
 Estado do Rio Grande do Sul
 Setor de Licitações

13. Frente

FICHA B - GES		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE												ANO																			
MUNICÍPIO		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA												[] [] [] []																			
SEGMENTO		UNIDADE			ÁREA			MICROÁREA			NOME DO ACS:																						
ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES																																	
Identificação da gestante	Data da última regra	Data provável do parto	Data da Vacina	Estado Nutricional : D - Desnutrida N - Nutrida	Mês de gestação									Data da consulta de pré-natal	Fatores de risco	Resultado da gestação atual			Data da consulta de puerpério														
					1	2	3	4	5	6	7	8	9			1	2	3	4	5	6	7	8	9	NV	NM	AB	1	2				
Nome:																																	
Endereço:																																	
OBS:																																	
Nome:																																	
Endereço:																																	
OBS:																																	
Nome:																																	
Endereço:																																	
OBS:																																	



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ
 Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
 Estado do Rio Grande do Sul
 Setor de Licitações

14. Frente

FICHA B. DIA		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA		ANO											
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ACS:		ANO										
ACOMPANHAMENTO DE DIABÉTICOS																	
Identificação	Sexo	Idade	Nome:	Meses												Observações	
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
Endereço:			data da visita do ACS faz dieta faz exercícios físicos usa insulina toma hipoglicemiante oral data da última consulta														
Endereço:			data da visita do ACS faz dieta faz exercícios físicos usa insulina toma hipoglicemiante oral data da última consulta														
Endereço:			data da visita do ACS faz dieta faz exercícios físicos usa insulina toma hipoglicemiante oral data da última consulta														



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAI
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações

15. Frente

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA	
RS	10º CRS MUNICÍPIO: QUARAI	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE			
Nº		Rua Ascânio Tubino, 734		QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA	
A NUMERAÇÃO é Fixa		CNPJ 88.123.492/0001-53		DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA	
DE.....DE.....		CEP 97560-000 Quaraí-RS		POSOLOGIA	
CAR. E ASSINATURA DO EMITENTE		PACIENTE-NOME.....			
		ENDEREÇO.....			
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		CARIMBO DO FORNECEDOR			
NOME.....		NOME DO VENDEDOR.....			
ENDEREÇO.....		DATA.....			
TELEFONE.....					
IDENTIDADE Nº.....					
ÓRGÃO EMISSOR.....					
GRAFICA ESPIRITO SANTO LTDA. CNPJ 87.653.994/0001-23					
RUA DUQUE DE CAXIAS, 444 QUARAI-RS					


Aut. P/impr. Nº de 10.674.001 a 10.680.000




PREFEITURA MUNICIPAL DE QUARAÍ
Palácio Dr. Heraclides Santa Helena
Estado do Rio Grande do Sul
Setor de Licitações

17. Frente

MANTENHA A CADERNETA EM SEU PODER, JUNTO COM SEUS DOCUMENTOS.
VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

 SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
CADERNETA DE VACINAÇÃO

 **CEVS**
centro estadual de vigilância em saúde/RS

NOME: _____

R.G.: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

ENDEREÇO: _____

UNIDADE DE SAÚDE: _____

DUPLA ADULTO	HEPATITE B	SAR/CAX/RUB	FEBRE AMARELA	
Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____
Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____
Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____
Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____	Lote: _____ Labor.: _____ P.S.: _____ Ass.: _____