



PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E FAZENDA  
COORDENADORIA DA UNIDADE DE LICITAÇÃO

PROC: 6255/17

FL \_\_\_\_\_

RUBRICA \_\_\_\_\_

EDITAL

PELO SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇO

PREGÃO PRESENCIAL Nº 016/2018

ARMAÇÃO DOS BÚZIOS

P R E A M B U L O

Processo nº	6255/2017
Fundamento Legal:	Esta licitação é regida pela Lei nº. 10.520, de 17/07/2002, Decreto Federal nº 3555/00 de 08/08/2000, Decreto Municipal nº. 43/2005, Decreto Municipal nº 426/2015, Portaria nº Portaria nº 096, de 14 de Março de 2018, subsidiariamente a Lei Federal nº. 8.666/93 alterada pela Lei Federal 8.883/94, e demais normas pertinentes ou outra que porventura vier a alterar, substituir ou complementá-la e ainda, pelas condições estabelecidas neste Edital e seus respectivos anexos.
Finalidade:	Contratação de empresa para confecção de material gráfico de expediente.
Setor Requisitante:	Fundo Municipal de Saúde.
Justificativa:	Para atender as necessidades de formulários, relatórios e demais documentos que fazem parte da rotina da Secretaria de Saúde e suas unidades.
Critério de Julgamento	Menor Preço por Item pelo Sistema de Registro de Preços
Tipo de entrega:	Período de 12 meses.
Data:	05/06/2018
Horário:	10:00h
Local de Realização:	Estrada da Usina Velha, nº 600, Centro, Armação dos Búzios / RJ

A Prefeitura do Município de Armação dos Búzios - RJ, com sede na Rua Estrada da Usina Velha, nº 600, Centro, Armação dos Búzios/RJ, nesta Cidade, torna público que fará realizar licitação na modalidade de **Pregão Presencial**, tipo **Menor Preço por Item**, conforme descrito neste Edital e seus Anexos, e em conformidade com a Lei Federal n. 10.520, de 17/07/02, Decreto Federal nº 3555/00 de 08/08/2000, bem como no Decreto Municipal nº. 43/2005, Decreto Municipal nº 426/2015, aplicando-se, subsidiariamente, as normas da Lei Federal n. 8.666, de 21.06.93 e alterações posteriores. O Pregoeiro, instituído por Portaria nº 096, de 14 de Março de 2018 dará início ao Pregão, recebendo nesse ato os documentos de Credenciamento, o envelope contendo as propostas de preços (Nº 1) e o envelope (Nº 2) contendo os documentos de habilitação, iniciando o **evento às 10:00h, do dia 05/06/2018**, no endereço supra descrito, na sala da COMLI.



## 1. DO OBJETO

1.1. A presente licitação tem por objeto **Contratação de empresa para confecção de material gráfico de expediente** pelo período de 12 meses, sendo Admitida a Adesão a Ata de Registro de Preços, conforme especificações contidas no Termo de Referência, que independente de transcrição faz parte integrante deste instrumento convocatório.

## 2 - DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO

2.1. Poderão participar deste Pregão todas as empresas e entidades interessadas cadastradas ou não nesta Prefeitura, que atenderem às exigências constantes deste Edital e seus Anexos e que não tenham vedação explícita em lei.

2.2. Independentemente de declaração expressa, a apresentação por parte da licitante dos envelopes n.º 01 (Proposta de Preços) e n.º 02 (Documentos de Habilitação), implicará na submissão às normas vigentes e todas as condições estipuladas neste Edital e seus anexos.

2.3. Não será admitida a participação de licitantes suspensos temporariamente pela Administração Municipal Direta e Indireta, nos termos do inciso III do art. 87 da Lei Federal n° 8.666/93.

2.3. Não será admitida a participação de licitantes já incurso na pena do inciso IV do art. 87 da Lei Federal n° 8.666/93, seja qual for o órgão ou entidade que tenha aplicado a reprimenda, em qualquer esfera da Administração Pública.

2.4. Não poderão participar as empresas que se encontrem sob falência, concordata, concurso de credores, dissolução, liquidação ou em regime de consórcio, qualquer que seja sua forma de constituição, empresas estrangeiras que não funcionem no País, nem aqueles que tenham sido declarados inidôneos ou punidos com suspensão do direito de licitar ou contratar com a Administração Pública.

2.. As microempresas e empresas de pequeno porte, assim qualificadas nos termos da Lei Complementar n° 123/06, poderão participar desta licitação usufruindo os benefícios estabelecidos nos artigos 42 a 45 da referida Lei.

## 3. DOS ENVELOPES

3.1. Os envelopes de proposta e habilitação, devidamente lacrados, deverão ser entregues ao pregoeiro na data e hora acima:

### 3.2. Envelope de Proposta:

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS

ENVELOPE N.º 1 – PROPOSTA DE PREÇOS PREGÃO Nº 016/2018

DATA: 05/06/2018, as 10:00h

(RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA)



### 3.3. Envelope Habilitação:

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS

ENVELOPE N.º 2 – HABILITAÇÃO - PREGÃO Nº 016/2018

DATA: 05/06/2018, as 10:00h

(RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA)

### 4. DO RECEBIMENTO E DA ABERTURA DOS ENVELOPES:

4.1. A reunião/sessão para recebimento e para abertura dos envelopes contendo a Proposta de Preços e a Habilitação, será pública, dirigida por um Pregoeiro e realizada de acordo com a Lei n. 10.520, de 17/07/02, com o Decreto Municipal nº. 43/2005, subsidiariamente pela Lei Federal 8666/93 e demais legislações pertinentes, e em conformidade com este Edital e seus anexos, no local e horário já determinados.

4.2. Declarada a abertura da sessão pela Pregoeira, será iniciada a fase de credenciamento.

Para o credenciamento, caso o representante seja sócio administrador, este deverá comprovar os poderes necessários para formulação de propostas, e para a prática de todos os demais atos inerentes ao certame através da apresentação da cópia do Contrato Social devidamente autenticada. Na hipótese de não ser o sócio administrador, o interessado deverá apresentar a Carta de Credenciamento elaborada pelo sócio administrador da empresa (qualificação essa comprovada através de cópia autenticada do contrato social da empresa). **No caso do representante legal não ser o sócio administrador o responsável pela assinatura no credenciamento ou na procuração, esse representante legal deverá apresentar poderes para o credenciamento de terceiros através de procuração por instrumento público.** Os credenciamentos, as procurações, deverão conter poderes para juntar e apresentar documentos, apresentar propostas, assinar propostas, atos e termos, requerer e deliberar, apresentar recursos, renunciar a direitos, inclusive recursos, e tudo o mais que se fizer necessário, de acordo com o Edital, devendo, no entanto, ser comprovado os poderes do outorgante através da cópia autenticada do contrato social da empresa.

**Em qualquer caso, juntamente com as referidas documentações, o representante deverá apresentar cópia da identidade devidamente autenticada do credenciado, preposto, representante legal.**

4.3. **Declaração de Atendimento ao Edital, que cumpre plenamente os requisitos de habilitação, conforme dispõe o art. 4º inciso VIII da Lei Federal 10520/2002, conforme modelo Anexo VIII do edital.**

4.4. Depois de credenciado o último proponente, não mais serão admitidos novos licitantes, dando início ao recebimento dos envelopes de proposta de preços e de documentos para habilitação.

4.5. Caso o licitante seja Microempresa, Empresa de Pequeno Porte ou Cooperativa esta última desde que preencha o requisito constante do art. 34, da Lei n.º 11.488/2007, deverá apresentar, no momento do



PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E FAZENDA  
COORDENADORIA DA UNIDADE DE LICITAÇÃO

PROC: 6255/17  
FL \_\_\_\_\_  
RUBRICA \_\_\_\_\_

credenciamento, informação prestada pelo site da Junta Comercial de que ostenta tal condição, o que poderá, também, ser verificado pelo próprio Pregoeiro da COMLI no início da sessão, com vistas a celebração do procedimento.

a) Caso esse serviço não esteja disponível, deverá ser apresentada certidão expedida pela Junta Comercial do seu domicílio, conforme o art. 8º da IN 103 do Departamento Nacional de Registro do Comércio, de 30.04.07 que demonstre essa condição.

4.6. A Procuração que não estiverem com a data de validade expressa no documento, deverá ter a validade mínima de 90 (noventa) dias

4.7. Os documentos exigidos neste edital deverão ser apresentados em cópia reprográfica autenticada, na forma do artigo 32, e seus parágrafos, da Lei Federal n.º 8.666/93.

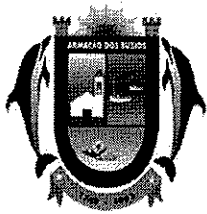
4.8. Só será autenticada documentação por Servidor Público da administração (CONFERE COM ORIGINAL), até o dia anterior do Certame, mediante apresentação de documentos originais e cópias reprográficas. Não será admitido em hipótese alguma CONFERE COM ORIGINAL no momento da licitação. Sobre pena de inabilitação.

#### 5. DA PROPOSTA DE PREÇOS

5.1. A Declaração de Proposta conforme (anexo IV) e a Proposta de Preços (anexo V) deverão ser assinadas pelo representante legal. Deverão ser apresentadas em 01 (uma) via, impressas em papel modelo A4, timbrado da licitante com carimbo padronizado do CNPJ, ou devidamente preenchidas nos anexos padronizados do edital com carimbo padronizado do CNPJ. As propostas de preços e seus anexos deverão ser apresentados com duas casas decimais, datados, expressando o prazo de validade da mesma, e assinadas pelo representante legal da licitante; sendo redigidos em língua portuguesa, com clareza, sem emendas, rasuras, borrões, acréscimos ou entrelinhas. Todos os anexos devem ser apresentados com identificação social, número do CNPJ e assinatura do representante da proponente.

5.2. Na elaboração da proposta de preços, deverão estar contidas todas as especificações, conforme definido no Termo de Referência (Anexo I). Constar de forma clara a cotação por item do produto ofertado. Constar, quando da declaração do vencedor do certame, de forma clara e inequívoca a especificação do produto ofertado, contendo apenas uma cotação para cada item, respeitando os valores de referência global e unitário. Quando for o caso, indicar o material, seu quantitativo, especificidades, bem como indicadores objetivos quanto a, procedência, especificações técnicas, marca, fabricante e outros elementos que identifiquem o serviço, bem como o material eventualmente utilizado na realização do mesmo, sem ônus adicional ao valor proposto, não sendo admitidas ofertas fora da margem de especificação do objeto licitado. O desatendimento deste subitem será motivo de desclassificação do item ou da Proposta Comercial.

5.2.1. Apresentar preço por unidade, e totalizando por item, e ao final, o valor total da proposta.



PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E FAZENDA  
COORDENADORIA DA UNIDADE DE LICITAÇÃO

PROC: 6255/17  
FL \_\_\_\_\_  
RUBRICA \_\_\_\_\_

5.2.2. Os preços deverão ser expressos em moeda corrente no país, todos em algarismos arábicos e obrigatoriamente os valores unitários e totais devem ser apresentados por extenso, pelo qual a licitante se propõe a fornecer ou prestar, sobre pena de inabilitação.

5.2.3. Em caso de divergência entre os preços apresentados em algarismos, e por extenso, prevalecerá sempre o de menor valor.

5.3. O prazo de validade da Proposta será de 60 (sessenta) dias, contados da data de sua abertura, e deverá estar expresso na Proposta de Preços, podendo se estender por igual período, e mediante renovação das propostas, antes de finda sua validade, circunstância em que não caberá recusa.

5.4. Serão desclassificadas as Propostas elaboradas em desacordo com os termos deste Edital, ou que se apoiarem na proposta de outro proponente.

O prazo de validade dos materiais, quando aplicável, não poderá ser inferior a 12 meses da data da entrega, salvo os que tiverem validade inferior especificada pelo Fabricante.

5.5. As Propostas que apresentarem preços manifestamente excessivos ou inexequíveis, assim considerados aqueles que não venham a ter demonstrada sua viabilidade através de documentação que comprove que os custos são coerentes com os de mercado serão desclassificadas.

5.6. Em caso de omissão de qualquer prazo ficará estabelecido o prazo constante neste Edital.

5.7. Quaisquer tributos, custos e despesas diretos ou indiretos omitidos da proposta de preços ou incorretamente cotados, serão considerados como inclusos nos preços, não sendo considerados pleitos de acréscimos, a esse ou qualquer título, devendo os materiais e serviços serem fornecidos sem ônus adicionais.

## 6 – DAS CONDIÇÕES PARA HABILITAÇÃO

A habilitação do licitante vencedor será verificada mediante a apresentação dos seguintes documentos, **em cópia devidamente autenticada**, nos termos previsto neste edital.

Para fins de habilitação neste Pregão, o licitante deverá apresentar, dentro do ENVELOPE DA HABILITAÇÃO, os documentos a seguir:

### 6.1. DA HABILITAÇÃO JURÍDICA:

6.1.1. Cédula de identidade dos sócios;

6.1.2. **TRATANDO-SE DE EMPRESÁRIO INDIVIDUAL:** registro comercial;

6.1.3. **TRATANDO-SE DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA:** 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;

### 6.1.4. **TRATANDO DE SOCIEDADE CIVIL:**

6.1.4.1. Ata de Fundação;

6.1.4.2. Estatuto com Ata de Assembléia de Aprovação;



PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E FAZENDA  
COORDENADORIA DA UNIDADE DE LICITAÇÃO

PROC: 6255/17

FL \_\_\_\_\_

RUBRICA \_\_\_\_\_

6.1.4.3. Regimento Interno com a ata da aprovação;

6.1.4.4. Edital de convocação e Ata que elegeu a atual Diretoria com a referida publicação;

6.1.4.5. Edital de convocação e Ata que elegeu o atual Conselho Fiscal com a referida publicação;

6.1.4.6. Registro da presença de sócios em assembléias gerais;

6.1.4.7. Ata de sessão em que os sócios autorizam a entidade a participar de certame licitatório;

6.1.4.8. Prova de realização das 02 (duas) últimas Assembléias Gerais com as respectivas publicações;

**6.1.5. TRATANDO-SE DE COOPERATIVA:**

6.1.5.1. Estatuto social com ata de assembléia de aprovação, conforme a Lei nº 5764/71, que comprove que a cooperativa tem como objetivo a prestação de serviços ou fornecimento de produtos exigidos nesta licitação, e, ainda, que a mesma dispõe de associados (cooperados) em quantidade e com qualificação profissional conforme solicitados no Projeto Básico;

6.1.5.2. Regimento interno (com a ata da assembléia que o aprovou);

6.1.5.3. Ata de fundação da cooperativa;

6.1.5.4. Regimento dos fundos instituídos pelos cooperados (com ata da assembléia que o aprovou);

6.1.5.5. Editais de convocação das três últimas assembléias gerais extraordinárias (para comprovação da representatividade dos dirigentes e conselheiros da cooperativa);

6.1.6. Juntada do 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, quando a atividade assim o exigir;

**6.2. HABILITAÇÃO ECONÔMICA E FINANCEIRA:**

6.2.1 Balanço Patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, encerrados em 31/12/2017, devidamente registrado em um dos seguintes Órgãos: Registro Público de Empresas Mercantis, Registro Civil de Pessoa Jurídica ou SPED – Sistemas Público de Escrituração Digital Junto a Secretaria da Receita Federal do Brasil (Lei Federal 10406/2002, artigos 1078 e 1181; Instruções Normativas RFB nºs 1420/2013 e 1486/2014), já exigíveis e apresentados na forma da Lei, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada a substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais, quando encerrados há mais de 03 (três) meses da data da apresentação da proposta.

Os balanços deverão conter as assinaturas do sócio-administrador e do contador responsável com qualificação devidamente comprovada através da apresentação do **certificado de regularidade do contador**, sob pena de inabilitação.

A boa situação financeira do licitante deverá ser demonstrada pelos índices abaixo:

- 1) ÍNDICE DE LIQUIDEZ CORRENTE .....  $ILC = AC/PC \geq 1,00$
- 2) ÍNDICE DE LIQUIDEZ GERAL .....  $ILG = (AC+RLP) / (PC+ELP) \geq 1,00$
- 3) ÍNDICE DE ENDIVIDAMENTO GERAL.....  $IEG = (PC+ELP) / AT < 1,00$



PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E FAZENDA  
COORDENADORIA DA UNIDADE DE LICITAÇÃO

PROC: 6255/17  
FL \_\_\_\_\_  
RUBRICA \_\_\_\_\_

Onde: AC = ATIVO CIRCULANTE  
PC = PASSIVO CIRCULANTE  
D = DISPONÍVEL  
RLP = REALIZÁVEL A LONGO PRAZO  
ELP = EXIGÍVEL A LONGO PRAZO  
AT = ATIVO TOTAL

**6.2.2** Certidões negativas de falência ou concordata expedidas pelo(s) distribuidor (es) da sede da pessoa jurídica. Se o licitante não for sediado na Comarca de Armação dos Búzios, as certidões deverão vir acompanhadas de declaração oficial da autoridade judiciária competente, relacionando os distribuidores que, na Comarca de sua sede, tenham atribuição para expedir certidões negativas de falências e concordatas.

**6.3. REGULARIDADE FISCAL e TRABALHISTA:**

**6.3.1** Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);

**6.3.2** Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, se houver relativo ao domicílio ou sede do licitante, ou outra equivalente, na forma da lei;

**6.3.3** Prova de regularidade perante a Fazenda Nacional, efetuada por meio da certidão de negativa de tributos e contribuições federais ou certidão positiva com efeito de negativa expedida pela Secretaria da Receita Federal, e certidão negativa da Dívida Ativa da União, emitida pela Procuradoria da Fazenda Nacional;

**6.3.4** Prova de regularidade perante a Fazenda Estadual feita por meio da apresentação da certidão negativa do imposto sobre circulação de mercadorias e serviços ou certidão positiva com efeito de negativa expedida pela Secretaria de Estado de Fazenda, e certidão negativa da Dívida Ativa ou certidão positiva com efeito de negativa para fins de Licitação expedida pela Procuradoria Geral do Estado;

**6.3.5** Prova de regularidade perante a Fazenda Municipal do domicílio ou sede do licitante com a apresentação das seguintes certidões feita por meio da certidão negativa de imposto sobre serviços de qualquer natureza ou certidão positiva com efeito de negativa;

**6.3.6** Prova de regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).

**6.3.7** Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT) ou tanto por meio de Certidão Positiva com Efeito de Negativa, para comprovar a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, em obediência à Lei nº 12.440/2011, que é expedida gratuita e eletronicamente.



PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E FAZENDA  
COORDENADORIA DA UNIDADE DE LICITAÇÃO

PROC: 6255/17  
FL \_\_\_\_\_  
RUBRICA \_\_\_\_\_

**6.3.8** Caso as empresas licitantes possuam o Certificado de Registro Cadastral, emitido pela Prefeitura da Cidade de Armação dos Búzios, ficarão isenta da apresentação dos documentos acima citados, ficando sob pena de inabilitação, obrigados a apresentar para comprovação no envelope de Documentos de Habilitação, a Cópia do Certificado de Registro Cadastral, devidamente autenticada em cartório, e os demais documentos fora do prazo de validade e os documentos que não estiverem mencionados no próprio Certificado.

**6.4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA:**

Os Licitantes deverão apresentar ainda os seguintes documentos:

**6.4.1.** Atestado de Capacidade Técnica, emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado, em papel timbrado, Razão social e CNPJ da pessoa jurídica emitente, Endereço, telefone, fac-símile e e-mail da pessoa jurídica, com breve descrição dos serviços realizados pela licitante, declarando que o responsável técnico forneceu igual ou similar ao objeto da presente licitação, e que os mesmos foram fornecidos de forma satisfatória, de forma que comprove aptidão para o cumprimento do objeto licitado. **Nos atestados devem estar explícitos: a empresa que está fornecendo o atestado, telefone para contato e o responsável pelo setor encarregado do objeto em questão, com reconhecimento de firma por autenticidade. Os atestados emitidos por Órgãos e Entidades Públicas estão isentos do reconhecimento de firma por autenticidade. Porém, os mesmos poderão ser verificados junto aos seus emissores.**

**6.5. OUTRAS COMPROVAÇÕES:**

- 6.5.1.** Declaração da existência ou não de fatos impeditivos da habilitação, em processo licitatório, bem como o compromisso de declaração de fatos supervenientes, conforme modelo Anexo VI a este edital;
- 6.5.2.** Declaração de cumprimento do disposto no inciso XXXIII art. 7º da Constituição Federal e na Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, conforme modelo Anexo VII a este edital;
- 6.5.3-** Licença de funcionamento expedida pelo órgão fiscalizador estadual ou municipal, devidamente válida para o ano em exercício (alvará de funcionamento);
- 6.5.4.** É desejável que os documentos sejam apresentados na ordem descrita no Edital;
- 6.5.5.** Serão inabilitadas as empresas que não satisfizerem as exigências estabelecidas para a habilitação.
- 6.5.6.** Caso a documentação comprovante da regularidade fiscal apresentada por microempresa ou por empresa de pequeno porte contenha alguma restrição, lhe será assegurado o lapso temporal previsto na Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, para a regularização desta documentação, pagamento ou parcelamento do débito e emissão de eventuais certidões negativas ou positivas que tenham efeito negativo.
- 6.5.7.** A não regularização da documentação no tempo e na forma indicados pela lei supra implicará na decadência do direito à contratação, sem prejuízo da aplicação das sanções previstas no art. 81 da Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993.

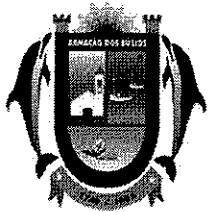




**Parágrafo Primeiro – O uso da expressão “conforme edital”, demais reducionismos, ou termos genéricos equivalentes, que venham a tornar confusa ou imprecisa a especificação exata do objeto ora ofertado implicará da desclassificação da proposta apresentada, visto ser solicitada a apresentação de modelo, marca, procedência, dentre outras informações pertinentes à proposta de preços, conforme orientação legal.**

## **7 - DO JULGAMENTO DAS PROPOSTAS**

- 7.1.** O Pregoeiro procederá à abertura dos envelopes contendo a Declaração de Proposta conforme (anexo IV) e a Proposta de Preços (anexo V), e iniciará a classificação do autor da proposta de **Menor Preço por Item** e aqueles que tenham apresentado propostas em valores sucessivos e superiores em até 10% (dez por cento), relativamente à de menor preço.
- 7.2.** Quando não forem verificadas, no mínimo, 03 (três) propostas de preços nas condições definidas no item anterior, o Pregoeiro classificará as melhores propostas subseqüentes, até o máximo de três ou mais, para que seus autores participem dos lances verbais, quaisquer que sejam os preços oferecidos nas propostas escritas. Poderá, no entanto, o Pregoeiro classificar todas as propostas independentemente dos valores iniciais caso identifique a possibilidade entre os licitantes alcançarem maior competitividade com proposta mais vantajosa para a administração.
- 7.3.** Não poderá haver desistência dos lances ofertados, sob pena de exclusão do certame, sem prejuízo das sanções administrativas cabíveis. Após esse ato, será encerrada a etapa competitiva e as ofertas ordenadas, exclusivamente pelo critério de Menor Preço.
- 7.4.** O Pregoeiro examinará a aceitabilidade da primeira classificada, quanto ao objeto e valor, e decidirá motivadamente a respeito.
- 7.4.1.** As licitantes classificadas como de **Menor Preço por Item**, na fase de Proposta de Preços, só serão declaradas vencedoras do certame depois de verificadas as demais exigências deste Edital.
- 7.5.** Se a oferta não for aceitável ou se a licitante não atender às exigências editalícias, o Pregoeiro examinará as ofertas subseqüentes, na ordem de classificação, até a apuração da melhor proposta, sendo a respectiva licitante declarada vencedora e a ela adjudicado o valor referente ao objeto deste Edital.
- 7.6.** Nas situações previstas nos incisos 7.4 e 7.5, o Pregoeiro poderá negociar diretamente com o proponente, para que seja obtido preço melhor, conforme postulado no parágrafo XVII do Art. 4º, da Lei Nº 10.520, de 17 de julho, de 2002, sendo facultado ao pregoeiro que o valor ofertado pela segunda colocada na fase de lances seja realinhado ao ofertado pela primeira colocada na fase de lances, observando critérios de exequibilidade.
- 7.7.** Da reunião, lavrar-se-á ata circunstanciada, na qual serão registradas as ocorrências relevantes e que, ao final, será assinada pelo Pregoeiro, a licitante vencedora e demais licitantes presentes.



PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E FAZENDA  
COORDENADORIA DA UNIDADE DE LICITAÇÃO

PROC: 6255/17  
FL \_\_\_\_\_  
RUBRICA \_\_\_\_\_

**7.8.** Em caso de divergência entre informações contidas em documentação impressa e na proposta específica, prevalecerão as da proposta.

**7.9.** Não se considerará qualquer oferta de vantagem não prevista no objeto deste Edital e seus Anexos.

**7.10.** Quando tiver micro empresa ou empresa de pequeno porte participando do certame, o Pregoeiro da Comissão de Licitação deverá:

I - verificar se o menor preço alcançado foi ofertado por microempresa ou empresa de pequeno porte, assim qualificada, dando continuidade ao procedimento, em caso positivo, sem aplicação do disposto no artigo 45 da Lei Complementar nº 123/2006;

II - verificar, caso o preço vencedor não seja microempresa ou empresa de pequeno porte, se há preços ofertados por licitantes assim qualificadas até 5% (dez por cento) superiores ao menor preço alcançado, caracterizando o empate ficto nos termos do artigo 44 da Lei Complementar nº 123/2006;

III – conceder, no caso de empate ficto, o prazo máximo de 05 (cinco) minutos para que a microempresa ou empresa de pequeno porte mais bem classificada, querendo, apresente proposta de preço inferior àquela considerada vencedora do certame, nos termos do disposto no artigo 45 inciso I da Lei Complementar nº 123/2006, sob pena de preclusão.

**7.10.1.** O intervalo de empate é sempre entre as propostas de microempresas e empresas de pequeno porte e a empresa que ofertou o menor valor, mesmo que entre elas existam preços ofertados por outras empresas.

**7.10.2.** Caso haja equivalência nas propostas escritas de microempresa e empresa de pequeno porte e destas em relação à proposta de menor valor na forma do artigo 44 da Lei Complementar nº 123/2006, ou seja, no intervalo de até 5% (cinco por cento) superior, deve o Pregoeiro da Comissão de Licitação efetuar sorteio, não só para fins de classificação, mas também para o exercício do benefício do empate ficto.

**7.10.3.** No prazo concedido para o desempate, se a microempresa ou empresa de pequeno porte mais bem classificada não exercer o benefício de ofertar preço inferior àquele considerado o vencedor do certame, serão convocadas as remanescentes que porventura se enquadrem na hipótese do empate ficto, na ordem classificatória, para o exercício do mesmo direito, garantidos os mesmos prazos inicialmente concedidos.

**7.10.4.** Alcançado o preço final na nova proposta apresentada pela microempresa ou empresa de pequeno porte, deverá a Comissão de Licitação prosseguir mediante análise de sua aceitabilidade, recusando proposta de preço excessivo ou manifestamente inexeqüível.

**7.10.5.** No caso de empate entre duas ou mais propostas, conforme o § 2º art 45 da Lei Federal 8.666/1993, e após obedecido o disposto no § 2º do art. 3º desta Lei, a classificação se fará, obrigatoriamente, por sorteio, em ato público, para o qual todos os licitantes serão convocados, vedado qualquer outro processo.





PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E FAZENDA  
COORDENADORIA DA UNIDADE DE LICITAÇÃO

PROC: 6255/17  
FL \_\_\_\_\_  
RUBRICA \_\_\_\_\_

**7.11.** Os licitantes que apresentarem proposta de valor superior ao estimado do **Anexo II deste Edital**, serão considerados desclassificados. As propostas cujo preço total, calculado na forma prevista no Anexo II deste Edital, apresentar valor superior ao valor orçamento pela Administração, deverão apresentar, em anexo à sua proposta, no mesmo envelope, sob pena de desclassificação, as planilhas de composição de todos os preços unitários de serviços/fornecimento que deram origem ao preço proposto, contendo cada planilha, as quantidades e preços unitários dos insumos (materiais, equipamentos, mão-de-obra e demais insumos) que compõem cada item de serviço, com a explicitação dos acréscimos relativos a encargos, tributos, despesas indiretas e lucros incidentes sobre os mesmos, anexadas, ainda, cópia de publicações especializadas e quaisquer outros documentos que confirmem os preços dos insumos e salários adotados na orçamentação, de modo a comprovar, com absoluta clareza e objetividade, a exeqüibilidade dos preços propostos, anexando documentação fiscal comprobatória em nome da licitante.

**7.12.** Os licitantes que tiverem preços considerados manifestamente inexequíveis, conforme estabelecido no Inciso II do artigo 48 da Lei Federal nº 8.666/93, assim considerando as propostas cujos valores sejam inferiores a 70% (setenta por cento) menor do que o estimado, nos seguintes casos: média aritmética dos valores das propostas superiores a 50% (cinquenta por cento) do valor do orçamento oficial e/ou valor orçado pela Administração serão considerados desclassificados.

**7.13.** E quando os licitantes classificados na forma do §1º do Art. 48 da Lei Federal 8666/93, cujo valor global da proposta for inferior a 80% (oitenta por cento) do menor valor a que se referem as alíneas "a" e "b", será exigida, para a assinatura do Contrato ou para a Ata de Registro de Preços, prestação de garantia adicional, dentre as modalidades previstas no § 1º do art. 56, igual a diferença entre o valor resultante do Anexo II deste Edital e o valor da correspondente proposta, sob pena de desclassificação.

**7.14.** Declarador vencedor a licitante classificada em primeiro lugar deverá encaminhar a proposta de preços, com os respectivos valores readequados ao valor total vencedor, no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis, contados do encerramento da etapa competitiva.

## **8. DOS RECURSOS**

**8.1.** Para interpor recursos a licitante deverá proceder ao registro em ata da síntese das suas razões, podendo juntar memoriais no prazo de 03 (três) dias. Ficando os demais licitantes desde logo intimados para apresentar contra-razões em igual número de dias, que começarão a correr do término do prazo do recorrente, conforme Art. 4º, XVIII da Lei Federal nº 10520/2002

**8.2.** O recurso contra decisão do Pregoeiro não terá efeito suspensivo dos atos insuscetíveis de aproveitamento, conforme Art. 4º, XIX da Lei Federal nº 10520/2002.





**8.3. O acolhimento do recurso importará a invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento.**

**8.4. Os autos do processo permanecerão com vista franqueada aos interessados, na Secretaria Municipal de Governo, através da Comissão Permanente de Licitação, na cidade de Armação dos Búzios/RJ.**

**8.5. O recurso administrativo deverá ser protocolado no Setor de Protocolo localizado na Estrada da Usina Velha nº 600 - Centro – Armação dos Búzios.**

**8.6. A Comissão de Licitação poderá enviar respostas de impugnações, de recursos, de decisões, de adiamentos, de novas marcações, e o que mais se fizer necessário através de e-mail.**

**8.7. Decididos os recursos, a autoridade competente fará a adjudicação do objeto da licitação ao licitante vencedor, conforme Art. 4º, XX da Lei Federal nº 10520/2002.**

#### **9. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

**9.1. Se a licitante vencedora do certame recusar-se a assinar contrato injustificadamente, a sessão será retomada e as demais licitantes chamadas, na ordem de classificação, para fazê-lo nas mesmas condições da proposta vencedora, sujeitando-se a licitante desistente, às penalidades seguintes, conforme art. 64 sem prejuízo as sanções previstas no art. 81 da Lei Federal 8666/93.**

**9.1.1. Suspensão temporária de participar de licitações e impedimento de contratar com o Município de Armação dos Búzios/RJ, por prazo não superior a 02 (dois) anos.**

**9.2. A inexecução total ou parcial do contrato enseja a sua rescisão, com as consequências contratuais e as previstas em lei ou regulamento, conforme art. 77 e os motivos enumerados no art. 78 da Lei Federal 8666/93.**

**9.3. O atraso injustificado na execução do contrato sujeitará o contratado à multa de mora, forma prevista no instrumento ou no contrato, conforme art. 86 e seus incisos da Lei Federal 8666/93.**

**9.4. A Administração convocará regularmente o interessado para assinar o termo de contrato, aceitar ou retirar o instrumento equivalente, dentro do prazo e condições estabelecidos, sob pena de decair o direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas no art. 81 da Lei Federal nº 8666/93.**

#### **10. DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

**10.1. Por se tratar de Registro de Preços, intenção de compra os recursos necessários para utilização do presente objeto, correrão à conta da dotação orçamentária, prevista no exercício, conforme segue:**

Programa de Trabalho 10.122.0001.2.206, Despesa 3390.39.00 e Fonte 004

Programa de Trabalho 10.301.0052.2.101, Despesa 3390.39.00 e Fonte 035

Programa de Trabalho 10.302.0053.2.108, Despesa 3390.39.00 e Fonte 004

Programa de Trabalho 10.304.0055.2.132, Despesa 3390.39.00 e Fonte 147

Programa de Trabalho 10.301.0052.2.099, Despesa 339039.00 e Fonte 031

Programa de Trabalho 10.304.0055.2.133, Despesa 339039.00 e Fonte 147



## 11 - DAS CONDIÇÕES DO RECEBIMENTO DO OBJETO

- 11.1.** A empresa adjudicada deverá **prestar os serviços e ou entregar os materiais** após recebimento da nota de empenho, ou da ordem de serviços ou do contrato correspondente.
- 11.2.** O não comparecimento da empresa adjudicada, no prazo **estipulado pela Secretaria Gestora**, para cumprimento do estabelecido no item, caracterizará **DESISTÊNCIA**, podendo dar ensejo ao chamamento do segundo colocado, sem prejuízo das sanções administrativas aplicáveis.
- 11.3.** O Prestação será objeto de recebimento provisório, nos termos do art. 73, II, "a", da Lei Federal nº 8666/93, no que couber.
- 11.4.** O Prestação será objeto de recebimento definitivo em até 10 (dez) dias, contados do recebimento provisório, nos termos do art. 73, II, "b", da Lei Federal nº 8666/93, no que couber.
- 11.5.** A empresa adjudicada fica obrigada a trocar, às suas expensas, o material, ou produto e ou equipamento que vier a ser recusado por desatendimento às condições e características definidas neste edital.
- 11.6.** Em caso de problemas na prestação dos serviços o material, ou produto e ou equipamento (problemas nas embalagens, lacres, deformações, alterações na cor, odor ou textura, etc.) a Contratante tem 30 dias para comunicar a empresa, e esta por sua vez tem 20 dias para realizar a troca dos mesmos, exceto se o problema for identificado no ato da entrega, neste caso devem ser trocados obedecendo as exigências do Termo de Referência.

## 12 - DO PAGAMENTO

- 12.1.** Os pagamentos devidos à contratada serão efetuados no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data final do período de adimplemento a que se referir, mediante fatura que deverá ser apresentada pela contratada, atestada e visada por 02 (dois) servidores da secretaria responsável pelo recebimento.
- 12.2.** Caso se faça necessária à retificação de fatura por culpa da contratada, o prazo terá sua contagem suspensa até a data de reapresentação da fatura ao órgão, isenta de erros, dando-se, então, prosseguimento à contagem.
- 12.3.** Ocorrendo atraso no pagamento, desde que este não decorra de ato ou fato atribuível à contratada, aplicar-se-á o índice do IPCA *pro rata diem*, a título de compensação financeira, que será o produto resultante do mesmo índice do dia anterior ao pagamento, multiplicada pelo número de dias de atraso do mês correspondente, repetindo-se a operação a cada mês de atraso.
- 12.4.** Entende-se por atraso o período que exceder o trintídio previsto no subitem 12.1.
- 12.5.** **Condições equivalentes de pagamento entre empresas brasileiras e estrangeiras, no caso de licitações internacionais, conforme enumerado no art.42 e seus incisos.**
- 12.6.** Por eventuais atrasos injustificados no pagamento devido à contratada, esta fará jus a juros moratórios de 0,01667% ao dia, alcançando 6% ao ano (Lei federal nº 10.406/02, art. 406).



12.7. No caso de antecipação de recursos para pagamento aplicar-se-á o inciso XIV, "d" do Art. 40 da Lei 8.666/1993 c/c Art. 9º da Lei 10.520/2002, aplicando a base de cálculo do item anterior.

12.8. **O preço e as condições de pagamento, os critérios, data-base e periodicidade do reajustamento de preços, os critérios de atualização monetária entre a data do adimplemento das obrigações e a do efetivo pagamento, conforme art. 55, inciso III da Lei Federal 8666/93.**

### 13. DAS PENALIDADES

**13.1. À contratada total ou parcialmente inadimplente, serão aplicadas as sanções previstas nos arts. 86 e 87 da Lei federal nº 8666/93, a saber:**

- a) Advertência, nas hipóteses de execução irregular de que não resulte prejuízo para o serviço;
- b) Multa, que não excederá, em seu total, 20% (vinte por cento) do valor do contrato, nas hipóteses de inexecução, com ou sem prejuízo para o serviço (art. 226 da Lei estadual nº 287/79);
- c) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento para contratar com a Administração Pública, por prazo não superior a dois anos, nas hipóteses de execução irregular, atrasos ou inexecução de que resulte prejuízo para o serviço;
- d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os seus motivos determinantes ou até que seja promovida a reabilitação perante a autoridade que aplicou a penalidade, nas hipóteses em que a execução irregular, os atrasos ou a inexecução associem-se à prática de ilícito penal.

13.2. A penalidade estabelecida na letra "b" do item 12.1 poderá ser aplicada de forma isolada ou cumulativamente com qualquer das demais.

13.3. A multa aplicada à contratada, poderá ser descontada de eventuais créditos que tenha em face da contratante.

### 14. DA IMPUGNAÇÃO DO ATO CONVOCATÓRIO

14.1 Até 02 (dois) dias úteis antes da data fixada para recebimento das propostas, qualquer cidadão poderá solicitar esclarecimentos ou impugnar o ato convocatório do Pregão, protocolizando o pedido no setor de protocolo da Prefeitura, das 8 às 17h.

14.2 Acolhida à petição contra o ato convocatório será designada nova data para a realização do certame.

14.3 Os interessados poderão solicitar esclarecimentos ou formular impugnações acerca do objeto deste edital ou interpretação de qualquer de seus dispositivos por escrito, através de abertura de processo administrativo, em até 02 (dois) dias úteis anteriores à data do início da licitação, no seguinte endereço: Estrada da Usina Velha, 600 – Armação dos Búzios – RJ .



**14.4** As retificações deste edital, por iniciativa oficial ou provocada por eventuais impugnações, poderão ser publicadas nos mesmos meios da primeira publicação ou através de Comunicado aos adquirentes do edital por correio eletrônico ou por telefax, reabrindo-se o prazo inicialmente estabelecido, exceto quando, inquestionavelmente, a modificação não alterar a formulação das propostas.

#### **15. UTILIZAÇÃO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS POR ÓRGÃO OU ENTIDADES NÃO PARTICIPANTES**

**15.1.** Desde que devidamente justificada a vantagem, a ata de registro de preços, durante sua vigência, poderá ser utilizada por qualquer órgão ou entidade da administração pública municipal que não tenha participado do certame licitatório, mediante anuência do órgão gerenciador.

**15.2.** Caberá ao fornecedor beneficiário da ata de registro de preços, observadas as condições nela estabelecidas, optar pela aceitação ou não do fornecimento decorrente de adesão, desde que não prejudique as obrigações presentes e futuras decorrentes da ata, assumidas com o órgão gerenciador e órgãos participantes.

**15.3.** As aquisições ou contratações adicionais não poderão exceder, por órgão ou entidade, a cem por cento dos quantitativos dos itens do instrumento convocatório e registrados na ata de registro de preços para o órgão gerenciador e órgão participantes.

**15.4.** As adesões à Ata de registro de preços não poderão exceder, na totalidade, ao quádruplo do quantitativo de cada item registrado na ata de registro de preços para o órgão gerenciador e órgão participantes, independente do número de órgãos não participantes que aderirem.

#### **16. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**16.1.** O credenciamento, a procuração, a propostas de preços e todas as declarações e anexos que necessitem de assinatura, devem ser assinadas pelo responsável legal com firma reconhecida por autenticidade.

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

**16.3.** Os proponentes assumirão todos os custos de preparação e apresentação de suas propostas, não cabendo ao Município de Armação dos Búzios responsabilidade por qualquer custo, independentemente da condução ou do resultado do processo licitatório.

**16.4.** Os proponentes são responsáveis pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados em qualquer fase da licitação.

**16.5.** Após a apresentação da proposta, não caberá desistência, salvo por motivo justo decorrente de fato superveniente e aceito pelo Pregoeiro.



PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E FAZENDA  
COORDENADORIA DA UNIDADE DE LICITAÇÃO

PROC: 6255/17

FL \_\_\_\_\_

RUBRICA \_\_\_\_\_

**16.6.** Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização do certame na data marcada, a sessão será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo horário e local estabelecidos, desde que não haja comunicação diversa por parte do Pregoeiro.

**16.7.** O desatendimento a exigências formais não essenciais não importará na exclusão do licitante, desde que seja possível a exata compreensão da sua proposta e a aferição da sua habilitação, durante a realização da sessão pública de pregão.

**16.8.** As normas que disciplinam este pregão serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, sem comprometimento da segurança do futuro contrato.

**16.9.** A homologação do resultado desta licitação não implicará direito à contratação.

**16.10.** As disposições estabelecidas neste edital poderão ser alteradas, observadas as disposições do Parágrafo 4º, do art. 21 da Lei nº 8.666/93.

**16.11.** O recebimento dos envelopes não gera nenhum direito para a licitante perante o Município de Armação dos Búzios.

**16.12.** As decisões do Pregoeiro serão consideradas definitivas somente após a sua homologação pelo Ordenador de despesa Municipal de Armação dos Búzios.

**16.13.** Fica assegurado ao Município de Armação dos Búzios, sem que caiba aos licitantes indenizações:

**16.13.1.** Revogar, no todo ou em parte, a presente licitação, dando disso ciência aos interessados;

**16.13.2.** Anular a presente licitação, dando disso ciência aos interessados.

**16.14.** O foro para dirimir questões relativas ao presente edital, será o da Comarca de Armação de Búzios, com exclusão de qualquer outro.

**16.15.** A participação das empresas interessadas nesta licitação implicará no total conhecimento das condições estabelecidas neste edital e em seus anexos, bem como das normas legais e regulamentares que regem a matéria, ficando consignado que na hipótese de ocorrência de casos omissos, estes serão solucionados à luz das disposições contidas na Lei Federal nº 10.520/2002, na Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, no Decreto Municipal nº 043/2005, e demais normas pertinentes à espécie.

**16.16.** Qualquer pedido de esclarecimento em relação a eventuais dúvidas na interpretação do presente edital e seus anexos, ou ainda, quanto à formulação das propostas, deverá ser protocolado direcionado ao Pregoeiro, no Setor de Protocolado localizado à Estrada da Usina Velha, 600 – Armação dos Búzios – RJ, de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 17:00 horas, podendo, no mesmo endereço e horário ser obtida cópia integral do edital e anexos.

**16.17** A licitante vencedora terá o prazo de 2 (dois) dias, contados a partir da convocação, para assinar o respectivo instrumento de contrato, conforme inciso II do artigo 40 da Lei Federal 8.666/93.







PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E FAZENDA  
COORDENADORIA DA UNIDADE DE LICITAÇÃO

PROC: 6255/17

FL \_\_\_\_\_

RUBRICA \_\_\_\_\_

**16.18** Para a execução contratual do objeto deste Edital os preços registrados poderão sofrer reajustes, desde que devidamente justificado, comprovando a variação dos preços aplicado no mercado e/ou em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, aplicando-se à variação do índice IPCA (Índice Nacional de Preço ao Consumidor Amplo) vigente, obedecendo o inciso XI do Art. 40 da Lei Federal nº 8666/93.

**17. CONSTITUEM ANEXOS DO EDITAL E DELE FAZEM PARTE INTEGRANTE:**

<b>ANEXO I</b>	- Termo de Referência
<b>ANEXO II</b>	- Planilha de Composição de Preços
<b>ANEXO III</b>	- Carta de Credenciamento
<b>ANEXO IV</b>	- Declaração de Proposta
<b>ANEXO V</b>	- Modelo de Proposta de Preços
<b>ANEXO VI</b>	- Declaração de Fatos Impeditivos
<b>ANEXO VII</b>	- Declaração Trabalhista de Menores
<b>ANEXO VIII</b>	- Declaração de Atendimento ao Edital
<b>ANEXO IX</b>	- Minuta da Ata de Registro de Preço
<b>ANEXO X</b>	- Minuta de Contrato
<b>ANEXO XI</b>	- Layout

Armação dos Búzios, 17 de Maio de 2018.

  
\_\_\_\_\_  
**Grazielle Alves Ramalho**  
**Pregoeira**





PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E FAZENDA  
COORDENADORIA DA UNIDADE DE LICITAÇÃO

PROC: 6255/17

FL \_\_\_\_\_

RUBRICA \_\_\_\_\_

Edital da Licitação na Modalidade Pregão Presencial por Registro de Preços nº 016/2018

**ANEXO I**  
**TERMO DE REFERÊNCIA**



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

**TERMO DE REFERÊNCIA**

**1 – OBJETO.**

1.1. Contratação de empresa para confecção, de Material de Expediente Gráfico, para a Secretaria de Saúde e suas Unidades

**2 – JUSTIFICATIVA:** Para atender as necessidades de formulários, relatórios e demais documentos que fazem parte da rotina da Secretaria de saúde e suas unidades

**3 – ESPECIFICAÇÃO DO PRODUTO**

3.1. Especificações dos materiais conforme memorial descritivo

**4 – HORÁRIO DE ENTREGA**

4.1. Os materiais deverão ser entregues de segunda a sexta no horário comercial (das 8:00 às 17:00) endereço Estrada do Canto Esquerdo de Geriba s/n - Mangueiros (Almoxarifado da Secretaria de Saúde).

4.2. Não serão aceitos em nenhuma hipótese materiais:

4.3. Com erro na ortografia e Layouts.

4.5. Divergentes da Ordem de Fornecimento, quanto a marca e especificações;

4.6. Sem nota fiscal;

4.7. Deveram constar da nota fiscal, valor unitário, quantidade, valor total;

**5- PRAZO DE EXECUÇÃO**

5.1. O Prazo para entrega do material deve ser de até 07 ( sete ) dias após a entrega da Ordem de Entrega;

5.2. Fica a responsabilidade de fiscalizar a execução, o responsável pelo Almoxarifado Central da Secretaria Municipal de Saúde.

**6- GARANTIA DO MATERIAL**

6.1. Todo material impresso devera conter:

6.2. Boa impressão, com caracteres que permita a visualização imediata dos servidores que utilizaram o material,

Dayne Maria Nunes  
Matrícula: 3290

6.3. Papel de boa qualidade com gramatura correspondente ao solicitado no memorial descritivo;

6.4. Layouts correspondente no modelo fornecido pela contratante;

#### **7 – OBRIGACOES DA CONTRATADA**

7.1. A licitante deverá ofertar em sua proposta valores consoantes com aqueles vigentes no mercado na data de sua apresentação, nos quais deverão estar incluídos todos os impostos, taxas e quaisquer outros tributos.

7.2 – A contratada deverá obedecer todas as especificações dos materiais contidas no memorial descritivo;

7.3. Em caso de erro de ortografia, será de responsabilidade da Contratada, refazer todo material;

#### **8 – SEÇÃO DE LICITAÇÃO, ANÁLISE E COMPRAS**

Fornecer, (endereço, telefone, e-mail), para assegurar a rápida solução às questões geradas com vistas à perfeita execução do objeto da presente licitação;

8.1. Não transferir, sob qualquer pretexto, a responsabilidade decorrente da execução do objeto desta licitação a terceiros, sejam fabricantes, representantes ou quaisquer outras pessoas ou entidades;

#### **9 – OBRIGACOES DO CONTRATANTE**

9.1. Exercer a fiscalização dos serviços por servidores especialmente designados;

9.2 Efetuar o pagamento nas condições pactuadas;

9.3. Cumprir todas as normas e condições previstas na legislação correlata e no Edital;

9.4. Fornecer todas as informações, esclarecimentos, documentos e as condições necessárias à execução do objeto desta licitação;

9.5. Aplicar as penalidades previstas no Edital e no Contrato, quando cabíveis;

9.6. Cientificar a Contratada, por escrito, de quaisquer anormalidades verificadas no serviço ora contratado, para fim de adoção das providências cabíveis.

#### **10- TÉCNICA QUANTITATIVA**

10.1. A quantidade dos itens solicitados, conforme memorial descritivo, foram definidas de acordo com as demandas apuradas pelo setor do almoxarifado da Secretaria de Saúde.

#### **11. Adesão**

11.1 – Não será permitida a adesão por ser tratar de material gráfico específico da Secretaria de Saúde.

#### **12- Programa de Trabalho**

Dayse Maria Nunes  
Matrícula: 3207


Q



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MEMORIAL DESCRITIVO

ITEM	QTD. MIN.	QTD. MÁX.	REFERENCIA	ESPECIFICAÇÕES
1	252	360	Bloco com 100 fls	ADMISSÃO DE ENFERMAGEM – padrão office set 75gr – 210mm x 297mm, frente e verso
2	252	360	Bloco com 100 fls	ANEXO II – REQUISIÇÃO DE DIÁRIA – padrão office set 75gr – 210mm x 297mm
3	126	180	Bloco com 100 fls	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM – padrão office set 75gr 210mm x 297mm, frente e verso
4	126	180	Bloco com 100 fls	ATESTADO DE SAÚDE (COR BRANCA) – padrão office set 75gr 210mm x 160mm, frente e verso
5	378	540	Bloco com 100 fls	AUTO DE APREENSÃO E INUTILIZAÇÃO 3 VIAS - 1ª via branca, 2ª via rosa e 3ª via natural - padrão office set 75gr – 210mm x 297mm numerado a partir de 001
6	378	540	Bloco com 100 fls	AUTO DE INFRAÇÃO 3 VIAS PAPEL AUTO COPIATIVO - 1ª via branca, 2ª via amarela e 3ª via azul - padrão office set 75gr – 210mm x 297mm numerado a partir de 0001
7	25	36	Bloco com 100 fls	AUTORIZAÇÃO DE TRÂNSITO PARA AMBULÂNCIA – 1ª via branca, padrão office set 75gr – 2ª via verde padrão super bond 50gr – 160mm x 210mm – numerado a partir de 0001
8	6	9	Bloco com 100 fls	AVALIAÇÃO AUDITIVA – padrão office set 75gr 210mm x 297mm
9	25	36	Bloco com 100 fls	BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO - padrão office set 75gr 210mm x 160mm
10	800	1.440	Bloco com 100 fls	CAPA DO PRONTUARIO DE PACIENTE padrão office set 75gr – 210mm x 297mm
11	126	180	unidade	CARTÃO DA GESTANTE – papel cartão, frente e verso, colorido. 210mm x 297mm. Modelo em anexo.
12	1008	1.440	unidade	CARTÃO DE VACINAÇÃO – papel cartão, frente e verso
13	25	36	Bloco com 100 fls	CENTRO CIRÚRGICO – padrão office set 75gr 210mm x 297mm, frente e verso
14	25	36	Bloco com 100 fls	CONTROLE DE GASTOS DO CENTRO CIRÚRGICO – padrão office set 75gr – 210mm x 297mm
15	25	36	Bloco com 100 fls	DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO - padrão office set 75gr 210mm x 160mm, frente e verso
16	25	36	Bloco com 100 fls	DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA - padrão office set 75gr – 210mm x 297mm, frente e verso
17	252	360	Bloco com 100 fls	ENCAMINHAMENTO AO ESPECIALISTA – padrão office set 75gr – 210mm x 297mm
18	252	360	Bloco com 100 fls	EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO - padrão office set 75gr – 210mm x 297mm, frente e verso
19	126	180	Bloco com 100 fls	FICHA DE ACOMPANHAMENTO TRANSFUSIONAL – padrão office set 75gr – 210mm x 297mm
20	126	180	Bloco com 100 fls	FICHA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL – padrão office set 75gr – 210mm x 297mm

  
Dra. Maria Nunes  
20/04/2018  
3200248

21	126	180	Bloco com 100 fls	FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA – padrão office set 75gr 210mm x 297mm
22	126	180	Bloco com 100 fls	FICHA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL – padrão office set 75gr 210mm x 297mm, frente e verso
23	1008	1.440	Bloco com 100 fls	FOLHA DE EVOLUÇÃO – padrão office set 75gr – 210mm x 297mm
24	126	180	Bloco com 100 fls	FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE - padrão office set 75gr – 210mm x 297mm
25	126	180	Bloco com 100 fls	FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE – padrão office set 75gr 210mm x 297mm
26	126	180	Bloco com 100 fls	FORMULÁRIO DE INTERNAÇÃO – padrão office set 75gr 210mm x 297mm
27	6	9	Bloco com 100 fls	FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTO HOSPITALAR -- padrão office set 75gr 210mm x 297mm
28	126	180	Bloco com 100 fls	FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (ADULTO, PEDIÁTRICO E QUEIMADO) – padrão office set 75gr – 210mm x 297mm, frente e verso
29	6	9	Bloco com 100 fls	FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO ONKO SOL -- padrão office set 75gr 210mm x 297mm
30	25	36	Bloco com 100 fls	FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANO - padrão office set 75gr 210mm x 160mm, frente e verso
31	50	72	Bloco com 100 fls	GUIA DE MOVIMENTAÇÃO DE VIATURAS -- padrão office set 75gr 210mm x 297mm
32	25	36	Bloco com 100 fls	GUIA DE REFERÊNCIA – padrão office set 75gr 210mm x 297mm
33	126	180	Bloco com 100 fls	LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH - padrão office set 75gr – 210mm x 297mm
34	126	180	Bloco com 100 fls	LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE – APAC - padrão office set 75gr 210mm x 297mm
35	126	180	Bloco com 100 fls	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - padrão office set 75gr – 210mm x 297mm
36	50	72	Bloco com 100 fls	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL – padrão office set 75gr 210mm x 297mm, frente e verso
37	378	540	Bloco com 100 fls	LAUDO TÉCNICO DE INSPEÇÃO 3 VIAS - 1ª via branca, 2ª via rosa e 3ª via natural - padrão office set 75gr -- 210mm x 297mm numerado a partir de 001
38	5.040	7.200	unidade	MANUAL DE BOAS PRÁTICAS COLORIDO e ILUSTRADO – capa papel cartão, tam 210mm x 160mm, contendo 42 páginas em frente e verso conforme modelo no layout
39	50	72	Bloco com 100 fls	MAPA DE ATENDIMENTO DIÁRIO - padrão office set 75gr 210mm x 297mm, frente e verso
40	25	36	Bloco com 100 fls	MARCAÇÃO DE CONSULTA ODONTOLÓGICA – padrão office set 75gr 100mm x 50mm
41	25	36	Bloco com 100 fls	MEMORANDO INTERNO (PAPEL AZUL) padrão office set 75gr – 160mm x 210mm
42	6	9	Bloco com 100 fls	NEONATOLOGIA ALOJAMENTO CONJUNTO - padrão office set 75gr – 210mm x 297mm

Dayse Maria  
Matriculo: 32288

2

43	126	180	Bloco com 100 fls	NEONATOLOGIA - padrão office set 75gr 210mm x 297mm
44	378	540	Bloco com 100 fls	ORDEN DE SERVIÇO 2 VIAS PAPEL AUTO COPIATIVO - 1ª via branca, 2ª via azul, padrão office set 75gr - 210mm x 297mm numerado a partir de 0001
45	126	180	Bloco com 100 fls	PRESCRIÇÃO MÉDICA - 1ª via branca padrão office set 75gr, 2ª via azul padrão super bond 50g, 210mm x 297mm
46	378	540	Bloco com 50 fls	RECEITUÁRIO AZUL (B). AUTORIZAÇÃO CREMERJ - padrão office set 75gr 80mm x 210mm ( papel azul ) conforme modelo RDC 344/98 ANVISA
47	378	540	Bloco com 50 fls	RECEITUÁRIO AZUL (B2) AUTORIZAÇÃO CREMERJ - padrão office set 75gr 80mm x 210mm ( papel azul ) conforme modelo RDC 344/98 ANVISA
48	1008	1.440	Bloco com 100 fls	RECEITUÁRIO COMUM - padrão office set 75gr 210mm x 160mm
49	252	360	Bloco com 100 fls	RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL 2 VIAS (BRANCO E AMARELO) - 1ª via branca - 2ª via amarela, padrão office set 75gr 160mm x 210mm conforme modelo RDC 344/98 ANVISA
50	25	36	Bloco com 100 fls	REQUISIÇÃO ALMOXARIFADO CENTRAL - 1ª via branco, 2ª via verde. Padrão office set 75gr 210mm x 160mm, numerado a partir de 0001
51	25	36	Bloco com 100 fls	REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO COLO DO ÚTERO - padrão office set 75gr 210mm x 297mm, frente e verso
52	25	36	Bloco com 100 fls	REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA - padrão office set 75gr 210mm x 297mm, frente e verso
53	12	18	Bloco com 100 fls	REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES - padrão office set 75gr 210mm x 297mm
54	756	1.080	Bloco com 100 fls	REQUISIÇÃO PARA EXAMES (AZUL) - padrão office set 75gr 210mm x 160mm, frente e verso papel na cor azul
55	756	1.080	Bloco com 100 fls	REQUISIÇÃO PARA EXAMES (BRANCO) - padrão office set 75gr 210mm x 160mm
56	126	180	Bloco com 100 fls	RESUMO DE ALTA - padrão office set 75gr 210mm x 297mm
57	126	180	Bloco com 100 fls	RÓTULO DE SORO - papel adesivo - 70mm x 100mm
58	126	180	Bloco com 100 fls	SERVIÇO DE ATENDIMENTO 192 - Frente/Verso padrão office set 75gr - 210mm x 297mm
59	126	180	Bloco com 100 fls	SERVIÇO DE NEONATOLOGIA - padrão office set 75gr - 210mm x 297mm
60	126	180	Bloco com 100 fls	SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SAI/SUS padrão office set 75gr - 210mm x 297mm
61	25	36	Bloco com 100 fls	SOLICITAÇÃO DE AMBULÂNCIA - padrão office set 75gr 210mm x 160mm
62	378	540	Bloco com 100 fls	TERMO DE INTIMAÇÃO 3 VIAS PAPEL AUTO COPIATIVO - 1ª via branca, 2ª via amarela e 3ª via azul - padrão office set 75gr - 210mm x 297mm numerado a partir de 0001
63	378	540	Bloco com 100 fls	TERMO DE VISITA - 2 vias padrão office set 75gr - 210mm x 297mm numerado a partir de 001
64	12	18	Bloco com 100 fls	TROCA DE PLANTÃO - padrão office set 75gr 210mm x 297mm picotado no meio

Data: 14/08/2018  
 Matrícula: 3238



PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E FAZENDA  
COORDENADORIA DA UNIDADE DE LICITAÇÃO

PROC: 6255/17

FL \_\_\_\_\_

RUBRICA \_\_\_\_\_

Edital da Licitação na Modalidade Pregão Presencial por Registro de Preços nº 016/2018

**ANEXO II**

**PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE PREÇOS**







**PREFEITURA DA CIDADE DE ARMACAO DOS BUJ**  
Estrada da Usina, 600  
Centro  
Armação dos Búzios - RJ

**Anexo II - Planilha de Composição de Pregos**

Un. Gestora: FMS  
Processo Adm: 6255/2017 N° Edital: 00016/2018  
Modalidade: Pregão Presencial Tipo de Licitação: Menor preço p/Item  
Data: 05/06/2018 Horário: 10:00  
Objeto: CONFECCÃO DE MATERIAL GRÁFICO.  
Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Und.	Qtd	Vi. Estimado	Vi. Total
1	ADMISSÃO DE ENFERMAGEM Descr: PADRAO OFFICE SET 75 GR - 210 MM X 297 MM, FRENTE E VERSO. BLOCOS COM 100 FLS.	BL	360,00	5,8300	2.098,80
2	ANEXO II REQUISICÃO DE DIÁRIA Descr: PADRÃO OFFICE SET 75 GR- 210 MM X 297 MM. BLOCOS COM 100 FLS.	BL	360,00	5,8300	2.098,80
3	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM Descr: PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM, FRENTE E VERSO - BLOCO C/ 100FLS	BL	180,00	9,3400	1.681,20
4	ATESTADO DE SAÚDE COR BRANCA Descr: PADRÃO OFFICE SET 75 GR 210 MM X 160 MM, FRENTE E VERSO - BLOCO C/ 100FLS	BL	180,00	1,2400	223,20
5	AUTO DE APREENSÃO E INTULIZAÇÃO 3 VIAS Descr: 1º VIA BRANCO, 2º VIA ROSA E 3º VIA NATURAL, PADRÃO OFFICE SET 75 GR-210 MM X 297 MM, NUMERADO A PARTIR DE 001. BLOCO COM 100 FLS.	BL	540,00	20,2200	10.918,80
6	AUTO DE INFRAÇÃO 3 VIAS PAPEL AUTO COPIATIVO Descr: 1º VIA BRANCO, 2º VIA AMARELO E 3º VIA AZUL-PADRÃO OFFICE SET 75 GR- 210 MM X 297 MM NUMERADO A PARTIR DE 0001. BL OCOS COM 100 FLS.	BL	540,00	45,1000	24.354,00
7	AUTORIZAÇÃO DE TRANSITO PARA AMBULÂNCIA. Descr: 1º VIA BRANCO, PADRÃO OFFICE SET 75 GR-2º VIA VERDE PADRÃO SUPER BOND 50 GR. 160 MM X 210 MM NUMERADO A PARTIR D E 0001. BLOCOS COM 100 FLS.	BL	36,00	21,6600	779,76
8	AVALIAÇÃO AUDITIVA - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM Descr:	BL	9,00	14,4300	129,87
9	BOLETIM DE ATENDIMENTO MEDICO Descr: PADRÃO OFFICE SET 75 GR 210 MM X 160 MM. BLOCO COM 100 FLS.	BL	36,00	11,4000	410,40





**PREFEITURA DA CIDADE DE ARMACAO DOS BUZIOS**  
Estrada da Usina, 600  
Centro  
Armação dos Búzios - RJ

**Anexo II - Planilha de Composição de Preços**

Un. Gestora: FMS  
Processo Adm: 6255/2017 Nº Edital: 00016/2018  
Modalidade: Pregão Presencial Tipo de Licitação: Menor preço p/Item  
Data: 05/06/2018 Horário: 10:00  
Objeto: CONFEÇÃO DE MATERIAL GRÁFICO.  
Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Und.	Qtd	VI. Estimado	VI. Total
10	CAPA DO PRONTUARIO DE PACIENTE Descr: PADRÃO OFFICE SET 75 GR-210 MM X 297 MM. BLOCOS COM 100 FLS.	BL	1.440,00	5,0700	7.300,80
11	CARTÃO DA GESTANTE Descr: PAPEL CARTÃO, FRENTE E VERSO COLORIDO. 210 MM X 297 MM. MODELO EM ANEXO - BLOCO C/ 100FLS	BL	180,00	17,2200	3.099,60
12	CARTÃO DE VACINAÇÃO - UNIDADE - PAPEL CARTÃO, FRENTE E VERSO Descr:	UN	1.440,00	0,2800	403,20
13	CENTRO CIRÚRGICO Descr: PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM, FRENTE E VERSO. BLOCO COM 100 FLS.	BL	36,00	7,8300	281,88
14	CONTROLE DE GASTOS CENTRO CIRÚRGICO - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM Descr:	BL	36,00	7,0900	255,24
15	DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 160MM X 210MM Descr: FRENTE E VERSO	BL	36,00	11,4000	410,40
16	DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Descr: PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM, FRENTE E VERSO. BLOCOS COM 100 FLS.	BL	36,00	12,7400	458,64
17	ENCAMINHAMENTO AO ESPECIALISTA - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM Descr:	BL	360,00	7,8800	2.836,80
18	EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO Descr: PADRÃO OFFICE SET 75G 210MM X 297, FRENTE E VERSO. BLOCO COM 100 FOLHAS	BL	360,00	5,8300	2.096,80
19	FICHA DE ACOMPANHAMENTO TRANSFUSIONAL Descr: PADRÃO OFFICE SET 75 GR- 210 MM X 297 MM. BLOCOS COM 100 FLS.	BL	180,00	5,8300	1.049,40



**PREFEITURA DA CIDADE DE ARMACAO DOS BUZIOS**  
Estrada da Usina, 600  
Centro  
Armação dos Búzios - RJ

**Anexo II - Planilha de Composição de Pregos**

Un. Gestora: FMS  
Processo Adm: 6255/2017 Nº Edital: 00016/2018  
Modalidade: Pregão Presencial Tipo de Licitação: Menor preço p/Item  
Data: 05/06/2018 Horário: 10:00  
Objeto: CONFECCÃO DE MATERIAL GRÁFICO.  
Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Und.	Qtd	VI Estimado	VI Total
20	FICHA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL Descr: PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM. BLOCOS COM 100 FLS.	BL	180,00	5,8300	1,049,40
21	FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM Descr:	BL	180,00	5,8300	1,049,40
22	FICHA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL - BLOCO C/ 100FL Descr: PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM FRENTE E VERSO	BL	180,00	7,8000	1,404,00
23	FOLHA DE EVOLUÇÃO - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM Descr:	BL	1,440,00	5,0700	7,300,80
24	FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO ONKO SOL Descr: PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM. BLOCO COM 100 FLS.	BL	9,00	14,4300	129,87
25	FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Descr: BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM	BL	180,00	5,8300	1,049,40
26	FORMULÁRIO DE INTERNAÇÃO Descr: BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM	BL	180,00	5,8300	1,049,40
27	FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTO HOSPITALAR Descr: PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM. BLOCO COM 100 FLS.	BL	9,00	14,4300	129,87
28	FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE Descr: PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM. BLOCOS COM 100 FLS.	BL	180,00	5,8300	1,049,40
29	FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (ADULTO, PEDIÁTRICO E QUEIMADO) Descr: PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM. FRENTE E VERSO. BLOCOS COM 100 FLS.	BL	180,00	7,8000	1,404,00



**PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS**  
Estrada da Usina, 600  
Centro  
Armação dos Búzios - RJ

**Anexo II - Planilha de Composição de Preços**

Un. Gestora: FMS  
Processo Adm: 6255/2017 N° Edital: 00016/2018  
Modalidade: Pregão Presencial Tipo de Licitação: Menor preço p/Item  
Data: 05/06/2018 Horário: 10:00  
Objeto: CONFECÇÃO DE MATERIAL GRAFICO.  
Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Und.	Qtd	Vi. Estimado	Vi. Total
30	FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANO FRENTE E VERSO - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 160MM X 210 MM	BL	36,00	13,9000	500,40
	Descr: FRENTE E VERSO				
31	GUIA DE MOVIMENTAÇÃO DE VIATURAS	BL	72,00	8,0500	579,60
	Descr: PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM. BLOCO COM 100 FLS.				
32	GUIA DE REFERÊNCIA - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM	BL	36,00	10,8300	389,88
	Descr:				
33	LAUDO MÉDICO P/ EMISSÃO DE A.I.H. - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM	BL	180,00	5,8300	1.049,40
	Descr:				
34	LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE APAC	BL	180,00	5,8300	1.049,40
	Descr: PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM. BLOCO COM 100 FLS.				
35	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	BL	72,00	8,0500	579,60
	Descr: BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM FRENTE E VERSO				
36	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	BL	180,00	5,8300	1.049,40
	Descr: PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM. BLOCOS COM 100 FLS.				
37	LAUDO TÉCNICO DE INSPEÇÃO 3 VIAS	BL	540,00	11,2200	6.056,80
	Descr: 1ª VIA BRANCO, 2ª VIA ROSA E 3ª VIA NATURAL. PADRÃO OFFICE SET 75 GR-210 MM X 297 MM. NUMERADO A PARTIR DE 001. BLOCO COM 100 FLS.				
38	MANUAL DE BOAS PRÁTICAS COLORIDO E ILUSTRADO	UN	7.200,00	1,0600	7.632,00
	Descr: CAPA DE PAPEL CARTÃO. TAM 210 MM X 160 MM. CONTENDO 42 PAGINAS EM FRENTE E VERSO CONFORME MODELO NO LAYOUT.				



# PREFEITURA DA CIDADE DE ARMACAO DOS BUZIOS

Estrada da Usina, 600  
Centro  
Armação dos Búzios - RJ

## Anexo II - Planilha de Composição de Preços

Un. Gestora:	FMS	Nº Edital:	00016/2018		
Processo Adm:	6255/2017	Pregão Presencial	Tipo de Licitação: Menor preço p/Item		
Data:	05/06/2018	Horário:	10:00		
Objeto:	CONFECCÃO DE MATERIAL GRÁFICO.				
Tipo de Benefício: -					
Item	Produto	Und.	Cid.	VI Estimado	VI Total
39	MAPA DE ATENDIMENTO DIÁRIO - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM Descr: FRENTE E VERSO.	BL	72,00	8,0500	579,60
40	MARCAÇÃO DE CONSULTA ODONTOLÓGICA - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 100MM X 50MM Descr:	BL	36,00	7,7200	277,92
41	MEMORANDO INTERNO (PAPEL AZUL) - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 160MM X 210MM Descr:	BL	36,00	13,6200	490,32
42	NEONATOLOGIA ALOJAMENTO CONJUNTO Descr: PADRÃO OFFICE SET 75GR. 210 MM X 297 MM. BLOCO COM 100 FLS.	BL	9,00	14,4300	129,87
43	NEONATOLOGIA. Descr: PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM - BLOCO C/ 100FLS	BL	180,00	5,8300	1.049,40
44	ORDEM DE SERVIÇO 2 VIAS PAPEL AUTO COPIATIVO Descr: 1º VIA BRANCO, 2º VIA AZUL, PADRÃO OFFICE SET 75 GR-210 MM X 297 MM. NUMERADO A PARTIR DE 0001. BLOCOS COM 100 FLS.	BL	540,00	34,4000	18.576,00
45	PRESCRIÇÃO MÉDICA - Descr: 1º VIA BRANCO PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 2º VIA AZUL PADRÃO SUPER BOND 50 GR. 210 MM X 297 MM. BLOCO COM 100 FLS.	BL	180,00	11,4000	2.052,00
46	RECEITUÁRIO AZUL (B) AUTORIZAÇÃO CREMERJ- Descr: PADRÃO OFFICE SET 75 GR-80 MM X 210 MM (PAPEL AZUL) CONFORME MODE RDC 344/98 ANVISA. BLOCO COM 50 FLS.	BL	540,00	14,7100	7.943,40
47	RECEITUÁRIO AZUL (B2) AUTORIZAÇÃO CREMERJ Descr: PADRÃO OFFICE SET 75 GR-80 MM X 210 MM (PAPEL AZUL) CONFORME MODE RDC 344/98 ANVISA. BLOCO COM 50 FLS.	BL	540,00	4,3800	2.365,20
48	RECEITUÁRIO COMUM Descr: PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 160 MM. BLOCO COM 100 FLS.	BL	1.440,00	2,4800	3.571,20



### Anexo II - Planilha de Composição de Preços

Un. Gestora: FMS Nº Edital: 00016/2018  
Processo Adm: 6255/2017 Pregão Presencial Tipo de Licitação: Menor preço p/Item  
Data: 05/06/2018 Horário: 10:00  
Objeto: CONFECÇÃO DE MATERIAL GRÁFICO.  
Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Und.	Qtd	VI. Estimado	VI. Total
49	RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL 2 VIAS - BLOCO C/ 100FL - 1ª VIA BRANCA - 2ª VIA AMARELA Descr: PADRÃO OFF-SET 75GR 160MM X 210MM - CONFORME MODELO RDC 344/98 ANVISA	BL	360,00	9,2200	3.319,20
50	REQUISICÃO ALMOXARIFADO CENTRAL Descr: 1º VIA BRANCO, 2º VIA VERDE. PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 160MM, NUMERADO A PARTIR DE 0001. - BLOCO C/ 100FLS	BL	36,00	21,6600	779,76
51	REQUISICÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO COLO DO ÚTERO Descr: PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210MM, X 297MM, FRENTE E VERSO. BLOCO COM 100 FLS.	BL	36,00	10,8300	389,88
52	REQUISICÃO DE MAMOGRAFIA Descr: PADRÃO OFFICE SET 75 GR 210 MM X 297 MM, FRENTE E VERSO. - BLOCO C/ 100FLS	BL	36,00	10,8300	389,88
53	REQUISICÃO DE TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTES - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM Descr:	BL	18,00	10,8800	195,84
54	REQUISICÃO PARA EXAMES (AZUL) - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 160MM FRENTE E VERSO PAPEL NA COR AZUL Descr:	BL	1.080,00	9,8100	10.594,80
55	REQUISICÃO PARA EXAMES (BRANCO) Descr: PADRÃO OFFICE SET 75GR. 210 MM X 160 MM. BLOCO COM 100 FLS.	BL	1.080,00	2,4800	2.678,40
56	RESUMO DE ALTA Descr: PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM - BLOCO C/ 100FLS	BL	180,00	5,8300	1.049,40
57	RÓTULO DE SORO - BLOCO C/ 100FL - 70MM X 100MM PAPEL ADESIVO Descr:	BL	180,00	1,6800	302,40
58	SERVIÇO DE ATENDIMENTO 192 Descr: PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM, FRENTE E VERSO. BLOCOS COM 100 FLS.	BL	180,00	5,8300	1.049,40





**PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS**  
Estrada da Usina, 600  
Centro  
Armação dos Búzios - RJ

### Anexo II - Planilha de Composição de Preços

Un. Gestora: FMS  
Processo Adm: 6255/2017 N° Edital: 00016/2018  
Modalidade: Pregão Presencial Tipo de Licitação: Menor preço p/Item  
Data: 05/06/2018 Horário: 10:00  
Objeto: CONFECCÃO DE MATERIAL GRÁFICO.  
Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Und	Qtd	VI Estimado	VI Total
59	SERVIÇO DE NEONATOLOGIA	BL	180,00	5.8300	1.049,40
Descr: PADRÃO OFFICE SET 75 GR-210 MM X 297 MM. BLOCOS COM 100 FLS.					
60	SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SAV/SUS - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM	BL	180,00	5.8300	1.049,40
Descr: -					
61	SOLICITAÇÃO DE AMBULÂNCIA	BL	36,00	11.4000	410,40
Descr: PADRÃO OFFICE SET 75GR 210 MM X 160MM. BLOCO COM 100 FLS.					
62	TERMO DE INTIMAÇÃO 3 VIAS PAPEL AUTO COPIATIVO	BL	540,00	45,4700	24.553,80
Descr: 1ª VIA BRANCO, 2ª VIA AMARELA E 3ª VIA VIA AZUL-PADRÃO OFFICE SET 75 GR-210 X 297 MM, NUMERADO A PARTIR DE 0001. BL OCOS COM 100 FLS.					
63	TERMO DE VISITA 2 VIAS	BL	540,00	14,8100	7.997,40
Descr: PADRÃO OFFICE SET 75 GR-210 X 297 MM NUMERADO DE 001. BLOCOS COM 100 FLS.					
64	TROCA DE PLANTÃO - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM PICOTADO NO MEIO	BL	18,00	12,2300	220,14
Descr: -					
				<b>Valor Global</b>	<b>188.458,02</b>





PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E FAZENDA  
COORDENADORIA DA UNIDADE DE LICITAÇÃO

PROC: 6255/17

FL \_\_\_\_\_

RUBRICA \_\_\_\_\_

Edital da Licitação na Modalidade Pregão Presencial por Registro de Preços nº 016/2018

**ANEXO III**  
**(MODELO DE CREDENCIAMENTO)**

Á

Comissão Permanente de Licitação – MUNICÍPIO DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS

Ref.: EDITAL DE LICITAÇÃO Nº 016/18

Prezados Senhores,

Credenciamos o/a Sr. (a) ....., nacionalidade ....., cédula de identidade nº ....., emitido pelo ....., para, em nome da .....(nome da empresa)....., participar do Pregão Presencial sob referência, podendo, para tanto, juntar e apresentar documentos, apresentar propostas, assinar propostas, atos e termos, requerer e deliberar, apresentar recursos, renunciar a direitos, inclusive recursos, e tudo o mais que se fizer necessário, de acordo com o Edital.

Local e Data

Assinatura do representante legal da empresa devidamente identificada







PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E FAZENDA  
COORDENADORIA DA UNIDADE DE LICITAÇÃO

PROC: 6255/17  
FL \_\_\_\_\_  
RUBRICA \_\_\_\_\_

Edital da Licitação na Modalidade Pregão Presencial por Registro de Preços nº 016/2018

**ANEXO IV**  
**DECLARAÇÃO DE PROPOSTA**

PREGÃO PRESENCIAL Nº 016/2018

Pela presente, declaramos inteira submissão aos preceitos legais em vigor, especialmente os da Lei e 8.666/93 e suas atualizações.

Propomos à Prefeitura Municipal de Armação dos Búzios, pelo menor preço a seguir indicado o fornecimento de \_\_\_\_\_, objeto desta licitação, obedecendo às estipulações do correspondente edital deste certame e asseverando que:

- a) A prestação de serviços constantes do rol de especificações será de boa qualidade.
- b) Temos plenas condições de fornecer os produtos ou prestar serviços constantes da relação;
- c) Em caso de divergência entre os valores prevalecerá o de menor valor;
- d) Cotamos como preço unitário para fornecimento dos produtos ou prestação dos serviços na presente licitação, nos termos do Anexo I, estando já incluídos todos os custos.
- e) O valor total da proposta é de R\$ \_\_\_\_\_ (por extenso)

Uma vez aberta às propostas, estamos cientes de que não serão admitidos pedidos de retificação dos valores, das condições ou vantagens oferecidas.

O prazo de validade desta Declaração de Proposta é 60 (sessenta) dias, contados da data de abertura do respectivo envelope, renováveis conforme norma deste edital.

Local / data

---

(assinatura do representante legal)

Razão Social do proponente:

Endereço:

Telefone:

CNPJ nº.

Inscrição Estadual:

Inscrição Municipal:

Banco (nome e nº.)

Agência (nome e nº.)

Conta Corrente nº.



PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E FAZENDA  
COORDENADORIA DA UNIDADE DE LICITAÇÃO

PROC: 6255/17

FL \_\_\_\_\_

RUBRICA \_\_\_\_\_

Edital da Licitação na Modalidade Pregão Presencial por Registro de Preços nº 016/2018

**ANEXO V**

**MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS**



# PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS

Estrada da Usina, 600  
Centro  
Armação dos Búzios - RJ

## Anexo V - Planilha de Proposta de Preços

Nome da Firma ou Razão Social: _____	Un. Gestora: FMS
Data: _____	Processo Adm: 6255/2017
Endereço: _____	Nº Edital: 00016/2018
CNPJ: _____	Data: 05/06/2018
Inscrição Estadual: _____	Horário: 10:00
Inscrição Municipal: _____	
Agência: _____ Banco: _____ CIC: _____	

Objeto: CONFECÇÃO DE MATERIAL GRÁFICO.

Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
1	ADMISSÃO DE ENFERMAGEM	BL	_____	360,00	_____	_____
Descr	PADRAO OFFICE SET 75 GR - 210 MM X 297 MM, FRENTE E VERSO. BLOCOS COM 100 FLS.					
2	ANEXO II REQUISIÇÃO DE DIÁRIA	BL	_____	360,00	_____	_____
Descr	PADRÃO OFFICE SET 75 GR- 210 MM X 297 MM. BLOCOS COM 100 FLS.					
3	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	BL	_____	180,00	_____	_____
Descr	PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM, FRENTE E VERSO - BLOCO C/ 100FLS					
4	ATESTADO DE SAÚDE COR BRANCA	BL	_____	180,00	_____	_____
Descr	PADRÃO OFFICE SET 75 GR 210 MM X 160 MM, FRENTE E VERSO - BLOCO C/ 100FLS					
5	AUTO DE APREENSÃO E INUTILIZAÇÃO 3 VIAS	BL	_____	540,00	_____	_____
Descr	1º VIA BRANCO, 2º VIA ROSA E 3º VIA NATURAL, PADRÃO OFFICE SET 75 GR-210 MM X 297 MM, NUMERADO A PARTIR DE 001. BLOCOS COM 100 FLS.					
6	AUTO DE INFRAÇÃO 3 VIAS PAPEL AUTO COPIATIVO	BL	_____	540,00	_____	_____
Descr	1º VIA BRANCO, 2º VIA AMARELO E 3º VIA AZUL-PADRÃO OFFICE SET 75 GR- 210 MM X 297 MM NUMERADO A PARTIR DE 0001. BLOCOS COM 100 FLS.					
7	AUTORIZAÇÃO DE TRANSITO PARA AMBULÂNCIA-	BL	_____	36,00	_____	_____
Descr	1º VIA BRANCO, PADRÃO OFFICE SET 75 GR-2º VIA VERDE PADRÃO SUPER BOND 50 GR. 160 MM X 210 MM NUMERADO A PARTIR DE 0001. BLOCOS COM 100 FLS.					
8	AVALIAÇÃO AUDITIVA - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM	BL	_____	9,00	_____	_____
Descr						
9	BOLETIM DE ATENDIMENTO MEDICO	BL	_____	36,00	_____	_____
Descr	PADRÃO OFFICE SET 75 GR 210 MM X 160 MM. BLOCO COM 100 FLS.					
10	CAPA DO PRONTUARIO DE PACIENTE	BL	_____	1.440,00	_____	_____
Descr	PADRÃO OFFICE SET 75 GR-210 MM X 297 MM. BLOCOS COM 100 FLS.					
11	CARTÃO DA GESTANTE	BL	_____	180,00	_____	_____
Descr	PAPEL CARTÃO, FRENTE E VERSO COLORIDO. 210 MM X 297 MM. MODELO EM ANEXO - BLOCO C/ 100FLS					
12	CARTÃO DE VACINAÇÃO - UNIDADE - PAPEL CARTÃO, FRENTE E VERSO	UN	_____	1.440,00	_____	_____
Descr						

Assinatura/Carimbo do Responsável



# PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS

Estrada da Usina, 600  
Centro  
Armação dos Búzios - RJ

## Anexo V - Planilha de Proposta de Preços

Nome da Firma ou Razão Social: _____	Un. Gestora: FMS
Data: _____	Processo Adm: 6255/2017
Endereço: _____	Nº Edital: 00016/2018
CNPJ: _____	Data: 05/06/2018
Inscrição Estadual: _____	Horário: 10:00
Inscrição Municipal: _____	
Agência: _____ Banco: _____ C/C: _____	

Objeto: CONFECÇÃO DE MATERIAL GRÁFICO.

Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
13	CENTRO CIRÚRGICO	BL	_____	36,00	_____	_____
Descr	PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM, FRENTE E VERSO. BLOCO COM 100 FLS.					
14	CONTROLE DE GASTOS CENTRO CIRÚRGICO - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM	BL	_____	36,00	_____	_____
Descr						
15	DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 160MM X 210MM	BL	_____	36,00	_____	_____
Descr	FRENTE E VERSO					
16	DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA	BL	_____	36,00	_____	_____
Descr	PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM, FRENTE E VERSO. BLOCOS COM 100 FLS.					
17	ENCAMINHAMENTO AO ESPECIALISTA - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM	BL	_____	360,00	_____	_____
Descr						
18	EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO	BL	_____	360,00	_____	_____
Descr	PADRÃO OFFICE SET 75G 210MM X 297, FRENTE E VERSO, BLOCO COM 100 FOLHAS					
19	FICHA DE ACOMPANHAMENTO TRANSFUSIONAL	BL	_____	180,00	_____	_____
Descr	PADRÃO OFFICE SET 75 GR- 210 MM X 297 MM. BLOCOS COM 100 FLS.					
20	FICHA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	BL	_____	180,00	_____	_____
Descr	PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM. BLOCOS COM 100 FLS.					
21	FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA - BLOCO C/ 100 FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM	BL	_____	180,00	_____	_____
Descr						
22	FICHA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL - BLOCO C/ 100FL	BL	_____	180,00	_____	_____
Descr	PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM FRENTE E VERSO					
23	FOLHA DE EVOLUÇÃO - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM	BL	_____	1.440,00	_____	_____
Descr						
24	FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO ONKO SOL	BL	_____	9,00	_____	_____
Descr	PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM. BLOCO COM 100 FLS.					
25	FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	BL	_____	180,00	_____	_____
Descr	BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM					
26	FORMULÁRIO DE INTERNAÇÃO	BL	_____	180,00	_____	_____
Descr	BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM					

Assinatura/Carimbo do Responsável



# PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS

Estrada da Usina, 600  
Centro  
Armação dos Búzios - RJ

## Anexo V - Planilha de Proposta de Preços

Nome da Firma ou Razão Social: _____	Un. Gestora: FMS
Data: _____	Processo Adm: 6255/2017
Endereço: _____	Nº Edital: 00016/2018
CNPJ: _____	Data: 05/06/2018
Inscrição Estadual: _____	Horário: 10:00
Inscrição Municipal: _____	
Agência: _____ Banco: _____ C/C: _____	

Objeto: CONFECÇÃO DE MATERIAL GRÁFICO.

Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
27	FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTO HOSPITALAR Descr PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM. BLOCO COM 10 0 FLS.	BL	_____	9,00	_____	_____
28	FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE ALTA C OMPLEXIDADE Descr PADRÃO OFFICE SET 75 GR- 210 MM X 297 MM. BLOCOS COM 1 00 FLS.	BL	_____	180,00	_____	_____
29	FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENBL SIVA (ADULTO, PEDIÁTRICO E QUEIMADO) Descr PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM, FRENTE E VERS O. BLOCOS COM 100 FLS.	BL	_____	180,00	_____	_____
30	FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANO FRENTE BL E E VERSO - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 160MM X 210MM Descr FRENTE E VERSO	BL	_____	36,00	_____	_____
31	GUIA DE MOVIMENTAÇÃO DE VIATURAS Descr PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM. BLOCO COM 10 0 FLS.	BL	_____	72,00	_____	_____
32	GUIA DE REFERÊNCIA - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75 GR 210MM X 297MM Descr	BL	_____	36,00	_____	_____
33	LAUDO MÉDICO P/ EMISSÃO DE A.I.H. - BLOCO C/ 100FL - PADR ÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM Descr	BL	_____	180,00	_____	_____
34	LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDAD BL E APAC Descr PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM. BLOCO COM 10 0 FLS.	BL	_____	180,00	_____	_____
35	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENT BL O AMBULATORIAL Descr BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM FR ENTE E VERSO	BL	_____	72,00	_____	_____
36	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇA O HOSPITALAR Descr PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM. BLOCOS COM 1 00 FLS.	BL	_____	180,00	_____	_____
37	LAUDO TÉCNICO DE INSPEÇÃO 3 VIAS Descr 1º VIA BRANCO, 2º VIA ROSA E 3º VIA NATURAL, PADRÃO O FFICE SET 75 GR-210 MM X 297 MM, NUMERADO A PARTIR DE O 01. BLOCOS COM 100 FLS.	BL	_____	540,00	_____	_____

Assinatura/Carimbo do Responsável



# PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS

Estrada da Usina, 600  
Centro  
Armação dos Búzios - RJ.

## Anexo V - Planilha de Proposta de Preços

Nome da Firma ou Razão Social: _____	Un. Gestora: FMS
Data: _____	Processo Adm: 6255/2017
Endereço: _____	Nº Edital: 00016/2018
CNPJ: _____	Data: 05/06/2018
Inscrição Estadual: _____	Horário: 10:00
Inscrição Municipal: _____	
Agência: _____ Banco: _____ C/C: _____	

Objeto: CONFEÇÃO DE MATERIAL GRÁFICO.

Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
38	MANUAL DE BOAS PRÁTICAS COLORIDO E ILUSTRADO	UN	_____	7.200,00	_____	_____
Descr	CAPA DE PAPEL CARTÃO, TAM 210 MM X 160 MM, CONTENDO 42 PAGINAS EM FRENTE E VERSO CONFORME MODELO NO LA YOUT.					
39	MAPA DE ATENDIMENTO DIÁRIO - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO O FF-SET 75GR 210MM X 297MM	BL	_____	72,00	_____	_____
Descr	FRENTE E VERSO.					
40	MARCAÇÃO DE CONSULTA ODONTOLÓGICA - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 100MM X 50MM	BL	_____	36,00	_____	_____
Descr						
41	MEMORANDO INTERNO (PAPEL AZUL) - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 160MM X 210MM	BL	_____	36,00	_____	_____
Descr						
42	NEONATOLOGIA ALOJAMENTO CONJUNTO	BL	_____	9,00	_____	_____
Descr	PADRÃO OFFICE SET 75GR. 210 MM X 297 MM. BLOCO COM 100 FLS.					
43	NEONATOLOGIA.	BL	_____	180,00	_____	_____
Descr	PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM - BLOCO C/ 100 FLS					
44	ORDEM DE SERVIÇO 2 VIAS PAPEL AUTO COPIATIVO	BL	_____	540,00	_____	_____
Descr	1º VIA BRANCO, 2º VIA AZUL, PADRÃO OFFICE SET 75 GR-210 MM X 297 MM, NUMERADO A PARTIR DE 0001. BLOCOS COM 100 FLS.					
45	PRESCRIÇÃO MÉDICA -	BL	_____	180,00	_____	_____
Descr	1º VIA BRANCO PADRÃO OFFICE SET 75 GR., 2º VIA AZUL PADRÃO SUPER BOND 50 GR, 210 MM X 297 MM. BLOCO COM 100 FLS.					
46	RECEITUÁRIO AZUL (B) AUTORIZAÇÃO CREMERJ-	BL	_____	540,00	_____	_____
Descr	PADRÃO OFFICE SET 75 GR-80 MM X 210 MM (PAPEL AZUL) CONFORME MODE RDC 344/98 ANVISA. BLOCO COM 50 FLS.					
47	RECEITUÁRIO AZUL (B2) AUTORIZAÇÃO CREMERJ	BL	_____	540,00	_____	_____
Descr	PADRÃO OFFICE SET 75 GR-80 MM X 210 MM (PAPEL AZUL) CONFORME MODE RDC 344/98 ANVISA. BLOCO COM 50 FLS.					
48	RECEITUÁRIO COMUM	BL	_____	1.440,00	_____	_____
Descr	PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 160 MM. BLOCO COM 100 FLS.					
49	RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL 2 VIAS - BLOCO C/ 100FL - 1ª VIA BRANCA - 2ª VIA AMARELA	BL	_____	360,00	_____	_____
Descr	PADRÃO OFF-SET 75GR 160MM X 21MM - CONFORME MODELO RDC 344/98 ANVISA					

Assinatura/Carimbo do Responsável

Declaramos total aceitação aos termos e condições estabelecidas para a presente licitação.



# PREFEITURA DA CIDADE DE ARMACAO DOS BUZIOS

Estrada da Usina, 600  
Centro  
Armação dos Búzios - RJ

## Anexo V - Planilha de Proposta de Preços

Nome da Firma ou Razão Social: _____	Un. Gestora: FMS
Data: _____	Processo Adm: 6255/2017
Endereço: _____	Nº Edital: 00016/2018
CNPJ: _____	Data: 05/06/2018
Inscrição Estadual: _____	Horário: 10:00
Inscrição Municipal: _____	
Agência: _____ Banco: _____ C/C: _____	

Objeto: CONFECÇÃO DE MATERIAL GRÁFICO.

Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
50	REQUISIÇÃO ALMOXARIFADO CENTRAL	BL	_____	36,00	_____	_____
Descr	1º VIA BRANCO, 2º VIA VERDE. PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 160MM, NUMERADO A PARTIR DE 0001. - BLOCO C/ 100 FLS					
51	REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO COLO DO ÚTERO	BL	_____	36,00	_____	_____
Descr	PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210MM, X 297MM, FRENTE E VERSO. BLOCO COM 100 FLS.					
52	REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA	BL	_____	36,00	_____	_____
Descr	PADRÃO OFFICE SET 75 GR 210 MM X 297 MM, FRENTE E VERSO. - BLOCO C/ 100FLS					
53	REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM	BL	_____	18,00	_____	_____
Descr						
54	REQUISIÇÃO PARA EXAMES (AZUL) - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 160MM FRENTE E VERSO PAPEL NA COR AZUL	BL	_____	1.080,00	_____	_____
Descr						
55	REQUISIÇÃO PARA EXAMES (BRANCO)	BL	_____	1.080,00	_____	_____
Descr	PADRÃO OFFICE SET 75GR. 210 MM X 160 MM. BLOCO COM 100 FLS.					
56	RESUMO DE ALTA	BL	_____	180,00	_____	_____
Descr	PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM - BLOCO C/ 100 FLS					
57	RÓTULO DE SORO - BLOCO C/ 100FL - 70MM X 100MM PAPEL ADESIVO	BL	_____	180,00	_____	_____
Descr						
58	SERVIÇO DE ATENDIMENTO 192	BL	_____	180,00	_____	_____
Descr	PADRÃO OFFICE SET 75 GR. 210 MM X 297 MM, FRENTE E VERSO. BLOCOS COM 100 FLS.					
59	SERVIÇO DE NEONATOLOGIA	BL	_____	180,00	_____	_____
Descr	PADRÃO OFFICE SET 75 GR-210 MM X 297 MM. BLOCOS COM 100 FLS.					
60	SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SAI/SUS - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75GR 210MM X 297MM	BL	_____	180,00	_____	_____
Descr						
61	SOLICITAÇÃO DE AMBULÂNCIA	BL	_____	36,00	_____	_____
Descr	PADRÃO OFFICE SET 75GR 210 MM X 160MM. BLOCO COM 100 FLS.					

Assinatura/Carimbo do Responsável



# PREFEITURA DA CIDADE DE ARMACAO DOS BUZIOS

Estrada da Usina, 600  
Centro  
Armação dos Búzios - RJ

## Anexo V - Planilha de Proposta de Preços

Nome da Firma ou Razão Social: _____	Un. Gestora: FMS
Data: _____	Processo Adm: 6255/2017
Endereço: _____	Nº Edital: 00016/2018
CNPJ: _____	Data: 05/06/2018
Inscrição Estadual: _____	Horário: 10:00
Inscrição Municipal: _____	
Agência: _____ Banco: _____ C/C: _____	

Objeto: CONFECÇÃO DE MATERIAL GRÁFICO.

Tipo de Benefício: -

Item	Produto	Unidade	Marca	Quantidade	Valor	Valor Total
62	TERMO DE INTIMAÇÃO 3 VIAS PAPEL AUTO COPIATIVO	BL	_____	540,00	_____	_____
Descr	1º VIA BRANCO, 2º VIA AMARELA E 3º VIA VIA AZUL-PADRÃO OFFICE SET 75 GR-210 X 297 MM, NUMERADO A PARTIR DE 000 1. BLOCOS COM 100 FLS.					
63	TERMO DE VISITA 2 VIAS	BL	_____	540,00	_____	_____
Descr	PADRÃO OFFICE SET 75 GR-210 X 297 MM NUMERADO DE 001. BLOCOS COM 100 FLS.					
64	TROCA DE PLANTÃO - BLOCO C/ 100FL - PADRÃO OFF-SET 75 GR 210MM X 297MM PICOTADO NO MEIO	BL	_____	18,00	_____	_____
Descr						

Valor Total: \_\_\_\_\_

Por extenso: \_\_\_\_\_

Prazo de entrega do objeto conforme o edital

Validade da Proposta 60 dias

Condições de pagamento conforme o edital

Qualificação do representante legal:

Assinatura/Carimbo do Responsável





PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E FAZENDA  
COORDENADORIA DA UNIDADE DE LICITAÇÃO

PROC: 6255/17  
FL \_\_\_\_\_  
RUBRICA \_\_\_\_\_

Edital da Licitação na Modalidade Pregão Presencial por Registro de Preços nº 016/2018

**Anexo VI – Declaração de Fatos Impeditivos**

(modelo)

(nome da empresa), inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, sediada\_\_\_ (endereço completo)\_\_\_\_, declara, sob as penas da lei, que até a presente data inexistem fatos Superveniente, para sua habilitação no presente processo licitatório, assim como ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Armação dos Búzios, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2018.

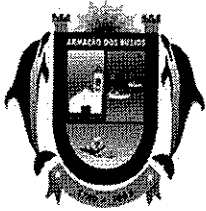
---

Assinatura do representante legal

carimbo CNPJ

(Esta carta deverá ser confeccionada em papel timbrado da empresa).

Estrada da Usina Velha, 600 – Armação dos Búzios – RJ – Tel.: (22) 2633-6000



Edital da Licitação na Modalidade Pregão Presencial por Registro de Preços nº 016/2018

**Anexo VII – Declaração Trabalhista de Menores**

A ....., inscrita no CNPJ nº .....,  
....., por intermédio de seu representante legal, Sr.  
....., portador da Carteira de Identidade nº .....,  
..... e do CPF nº ....., **DECLARA**, para fins do  
disposto no inciso V do art. 27 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela  
Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999 que:

( ) não realiza trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos.

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

Armação dos Búzios, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2018.

Representante Legal  
(nome e assinatura)  
(com carimbo da empresa)



PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E FAZENDA  
COORDENADORIA DA UNIDADE DE LICITAÇÃO

PROC: 6255/17

FL \_\_\_\_\_

RUBRICA \_\_\_\_\_

Edital da Licitação na Modalidade Pregão Presencial por Registro de Preços nº 016/2018

**Anexo VIII – Declaração de Atendimento ao Edital**

A empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ/MF sob o nº \_\_\_\_\_ por intermédio de seu representante legal o (a) Sr.(a) \_\_\_\_\_ portador do R.G. n.º \_\_\_\_\_ e do CPF/MF n.º \_\_\_\_\_, **DECLARA:**

- Assumir inteira responsabilidade pela autenticidade de todos os documentos apresentados;
- Que na Empresa não há servidor ou dirigente de órgão ou entidade contratante ou responsável pela licitação, conforme dispõe o artigo 9º, inciso III da Lei Federal nº 8666/93.

Armação dos Búzios, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2018.

Representante Legal  
(nome e assinatura)  
(com carimbo da empresa)



Edital da Licitação na Modalidade Pregão Presencial por Registro de Preços nº 016/2018

**ANEXO IX**  
**MINUTA DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS**

VALIDADE: 12 (DOZE) MESES

Aos dias \_\_\_\_ do mês de \_\_\_\_ do ano de \_\_\_\_, o MUNICÍPIO DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS, pessoa jurídica de direito público interno, domiciliado na Rua Estrada da Usina Velha, 600 – Armação dos Búzios – RJ, nesta Cidade, inscrito no CNPJ sob o nº XXXXXX, neste ato representado pelo Secretário Municipal de xxxxxx, Sr. \_\_\_\_\_, brasileiro, solteiro, residente e domiciliado nesta cidade, portador da carteira de identidade n.\_\_\_\_, expedida pelo IFP, e do CPF n. \_\_\_\_, doravante simplesmente denominado ÓRGÃO GERENCIADOR, em face da classificação das propostas de preços no Pregão Presencial – SRP nº ...../2018, para formação da Ata de Registro de Preços, tendo como fundamento a Ata de julgamento e classificação das propostas, RESOLVE registrar os preços para **Contratação de empresa para confecção de material gráfico de expediente**, pelo período de 12 meses, constantes no ANEXO I do Edital, que passa a fazer parte integrante desta Ata de Registro de Preços, tendo sido a(s) sociedades empresária(s) classificada(s) com os respectivos itens e preços. A presente Ata de Registro de Preços terá validade de 12 (doze) meses, a partir de sua publicação, podendo ser prorrogada nos termos da legislação municipal, mantida todas as condições instituídas no edital supramencionado. A presente Ata será utilizada pelo Município de Armação dos Búzios, como órgão gerenciador, na forma prevista no instrumento editalício, com a sociedade empresa que tiver preços registrados, na forma do ANEXO I. Tendo sido cumpridas todas as formalidades legais e nada mais a constar, lavrando-se esta Ata que vai assinada pelo Secretário Municipal de xxxxxx, bem como pelos representantes da sociedade empresária com preços registrados, devendo a mesma ser publicada no Diário Oficial do Município para que opere seus jurídicos e legais efeitos.

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O objeto da presente ATA DE REGISTRO DE PREÇOS consiste na **Contratação de empresa para confecção de material gráfico de expediente**, pelo período de 12 meses, sendo Admitida a Adesão a Ata de Registro de Preços, conforme as especificações constantes da proposta comercial, referente ao Edital do Pregão Presencial – SRP nº ...../2018 e seus anexos.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DA VALIDADE DOS PREÇOS**

A presente Ata de Registro de Preços terá a validade de 12 (doze) meses, a partir da sua Publicação. Durante o prazo de validade desta Ata de Registro de Preços, o Município de Armação dos Búzios não será obrigado a adquirir os materiais referidos na Cláusula Primeira exclusivamente pelo Sistema de Registro de Preços, podendo fazê-lo através de outra licitação quando julgar conveniente, sem que caiba recurso ou indenização de qualquer espécie às empresas detentoras, ou cancelar a Ata, na ocorrência de alguma das hipóteses legalmente previstas para tanto, garantidos à detentora, neste caso, o contraditório e a ampla defesa.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DA UTILIZAÇÃO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS**

Será usuário do Registro de Preços a Secretaria Municipal de Administração. O preço ofertado pelas empresas signatárias da presente Ata de Registro de Preços é o especificado no ANEXO, de acordo com a respectiva classificação no Pregão Presencial – SRP nº ...../2018.





PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E FAZENDA  
COORDENADORIA DA UNIDADE DE LICITAÇÃO

PROC: 6255/17

FL \_\_\_\_\_

RUBRICA \_\_\_\_\_

Para cada item de que trata esta Ata, serão observadas, quanto ao preço, as cláusulas e condições constantes do Edital do Pregão Presencial – SRP nº ...../2018, que a precedeu e integra o presente instrumento de compromisso.

O preço unitário a ser pago será o constante da proposta apresentada, no Pregão Presencial – SRP nº ...../2018, pelas empresas detentoras da presente Ata, as quais também a integram.

**CLÁUSULA QUARTA – DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:**

Conforme determinado no Termo de Referência.

**CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES DAS EMPRESAS PRESTADOR-FORNECEDORAS**

- cumprir integralmente as condições estabelecidas no edital do Pregão Presencial – SRP nº ...../2018.
- manter, durante o período de vigência desta Ata, as condições de habilitação e qualificação do certame licitatório.
- Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros, em decorrência de sua culpa ou dolo, na execução do contrato, na forma do que dispõe o art. 70 da lei 8.666/93.

Assinar a Ata de Registro de Preços e, no caso de necessidade da Administração, o Contrato, mantendo, durante toda a vigência dos mesmos, compatibilidade com as obrigações por ela assumidas e todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no edital.

Ser a única responsável por todos os ônus tributários federais, estaduais e municipais, ou obrigações concernentes à legislação social, trabalhista, fiscal, securitária ou previdenciária, bem como por todos os gastos e encargos inerentes à mão de obra necessária à perfeita execução do objeto contratual, entendendo-se como ônus tributários: pagamento de impostos, taxas, contribuições de melhoria, contribuições para fiscais, empréstimos compulsórios, tarifas e licenças concedidas pelo poder público.

**CLÁUSULA SEXTA – DO PAGAMENTO**

O pagamento será efetuado mediante entrega total da prestação de serviços solicitados e será pago através de cheque nominativo, na tesouraria da Prefeitura da Cidade de Armação dos Búzios, ou crédito bancário, conforme o caso, em 30 (trinta) dias.

Qualquer pagamento só será efetuado se na Nota Fiscal/Fatura constar o atestado de entrega ou execução, caso ocorra atraso ou antecipação no pagamento, para compensação financeira, será adotada o IPCA, *pro rata die*.

Por eventuais atrasos injustificados no pagamento devido à contratada, esta fará jus a juros moratórios de 0,01667% ao dia, alcançando 6% ao ano (Lei federal nº 10.406/02, art. 406).

No caso de antecipação de recursos para pagamento aplicar-se-á o inciso XIV, “d” do Art. 40 da Lei 8.666/1993 c/c Art. 9º da Lei 10.520/2002, aplicando a base de cálculo do item anterior.

**CLÁUSULA SÉTIMA - DAS CONDIÇÕES DA PRESTAÇÃO/FORNECIMENTO**

A execução dos serviços estarão condicionadas ao disposto no Edital do Pregão Presencial – SRP nº ...../2018.

**CLÁUSULA OITAVA - DAS PENALIDADES**

Os adjudicatários inadimplentes estarão sujeitos às penalidades previstas no art. 87 da Lei Federal nº 8666/93, bem como da legislação municipal sobre o assunto, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

**CLÁUSULA NONA - DA ALTERAÇÃO DE PREÇOS**

Durante a vigência desta Ata de Registro de Preços, os preços registrados serão fixos e irrevogáveis.





PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E FAZENDA  
COORDENADORIA DA UNIDADE DE LICITAÇÃO

PROC: 6255/17

FL \_\_\_\_\_

RUBRICA \_\_\_\_\_

A Ata de Registro de Preços poderá sofrer alterações, obedecidas às disposições e em conformidade com o Inciso XI do art. 40 e do art. 65 da Lei Federal nº 8666/93, aplicando-se como base de cálculo o índice IPCA (Índice Nacional de Preço ao Consumidor Amplo) vigente.

O preço registrado poderá ser revisto em decorrência de eventual redução daqueles praticados no mercado, ou de fato que eleve o custo dos serviços ou bens registrados, cabendo ao Órgão Gerenciador da Ata a promover as necessárias negociações junto aos fornecedores.

Quando o preço inicialmente registrado, por motivo superveniente, tornar-se superior ao preço praticado no mercado o Órgão Gerenciador deverá: convocar o fornecedor visando à negociação para redução de preços e sua adequação ao praticado; frustrada a negociação, o fornecedor será liberado do compromisso assumido; convocar os demais fornecedores visando igual oportunidade de negociação.

Quando o preço de mercado tornar-se superior aos preços registrados e o fornecedor, mediante requerimento devidamente comprovado, não puder cumprir o compromisso, o Órgão Gerenciador poderá: liberar o fornecedor do compromisso assumido, sem aplicação das penalidades cabíveis, confirmando a veracidade dos motivos e comprovantes apresentados, desde que a comunicação ocorra antes do pedido de fornecimento; convocar os demais fornecedores visando igual oportunidade de negociação.

Não havendo êxito nas negociações, o Órgão Gerenciador deverá proceder à revogação da Ata de Registro de Preços, adotando as medidas cabíveis para obtenção da contratação mais vantajosa.

#### CLÁUSULA DÉCIMA - DA PUBLICAÇÃO

A publicação dos preços registrados será efetuada no Diário Oficial do Município, trimestralmente, em cumprimento ao disposto no art. 15, § 2º da Lei 8666/93.

#### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO

Fica eleito desde já o foro da Comarca de Armação dos Búzios para dirimir questões oriundas desta Ata, renunciando as partes a qualquer outro por privilegiado que seja.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Integram esta Ata, o edital do Pregão Presencial – SRP nº ...../2018, bem como as propostas das empresas. Os casos omissos serão resolvidos com observância das disposições constantes na Lei 8666/93, bem como na legislação municipal.

Armação dos Búzios,..... de ..... de 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS

\_\_\_\_\_  
Secretário Municipal de xxxxxxxxxxxx

\_\_\_\_\_  
Contratada

Testemunhas :

\_\_\_\_\_  
CPF/MF:

\_\_\_\_\_  
CPF/MF:



PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E FAZENDA  
COORDENADORIA DA UNIDADE DE LICITAÇÃO

PROC: 6255/17  
FL \_\_\_\_\_  
RUBRICA \_\_\_\_\_

Edital da Licitação na Modalidade Pregão Presencial por Registro de Preços nº 016/2018

**ANEXO X**  
**Minuta de Contrato**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº XXXX/2018**

**TERMO DE CONTRATO QUE FAZEM ENTRE SI O MUNICÍPIO DE  
ARMAÇÃO DOS BÚZIOS E A EMPRESA XXXXXXXXXXXXX.**

**O MUNICÍPIO DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS**, pessoa jurídica de direito público interno, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob n.º xx.xxx.xxx/xxxx-xx, com sede administrativa situada na Estrada da Usina Velha, n.º 600, Centro, Armação dos Búzios - RJ, representado neste ato pela Secretaria Municipal de XXXXXXXXXXX, por intermédio do secretário Sr. XXXXXXXX, brasileiro, casado, nomeado através da portaria sob o n.º. XXX/2017, portador da cédula de identidade n.º.XXXXXXX, expedido pelo IFP/RJ, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º. XXX.XXX.XXX-XX e pela Secretaria Municipal de XXXXXXXX, através do secretário nomeado pela portaria n.º. XXXX de XX de XXXX de 2017, Sr. XXXXXXXX, brasileiro, casado, médico, portador da cédula de identidade profissional n.º. XXXXXXXX, expedido pelo XXX/RJ e inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º. XXX.XXX.XXX-XX, residente e domiciliado na Rua XXXX, n.º. XXX, Bairro: XXXXX, Cidade - RJ, doravante denominada **CONTRATANTE**, e a empresa **XXXXXXXXXXXXX**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o n.º XX.XXX.XXX/0001-XX, com sede na Rua XXXX, n.º XXX, sala XXX, Bairro XXXX, Cidade - RJ - CEP: xx.xxx-xxx, representada pela sócio Sr. xxxxxxx, brasileiro, solteiro, empresário, portador da cédula de identidade n.º. xxxxxxx, expedida pelo XXX/XX e inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o n.º. XXX.XXX.XXX-XX, residente e domiciliado na XXXXXXXX, n.º. XXX, Bairro xxxxx, Estado xxxxxx-XX - CEP: xx.xxx-xxx, doravante denominada **CONTRATADA**, perante as testemunhas abaixo firmadas, pactuam o presente Contrato, em decorrência do resultado da Licitação na Modalidade Pregão Presencial sob o n.º. xxx/2018, realizado nos autos do Processo Administrativo n.º xxxx/2018, nos termos das seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO**

- 1.1. O presente contrato administrativo tem por objeto a **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, conforme Termo de Referência e demais anexos que, para todos os fins e efeitos legais, são partes integrantes deste contrato.
- 1.2. O objeto deste contrato somente será recebido, nos termos do Art. 73, inciso I, da Lei Federal n.º 8.666/93, se estiver plenamente de acordo com as especificações constantes dos documentos citados no projeto básico.

**CLÁUSULA SEGUNDA: REGIME DE EXECUÇÃO**

- 2.1. Obriga-se a CONTRATADA a executar o objeto deste Contrato pelo regime de **menor preço por item**, nos termos do artigo 10, II, da Lei Federal nº 8.666/1993.
- 2.2. Os serviços deverão ser executados obedecendo, fiel e integralmente, a todas as normas, itens, elementos, especificações, condições e projetos constantes do Processo, Edital, Anexos e instruções que forem fornecidas pelo Município.
- 2.3. Os documentos referidos no parágrafo antecedente, aceitos e conferidos pela CONTRATADA, passam juntamente com sua proposta, a constituir parte integrante deste Contrato para todos os fins e efeitos.



**CLÁUSULA TERCEIRA: DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

- 3.1. Os serviços de que trata este Contrato serão realizados de acordo com as quantidades restabelecidas no Edital e preços constantes na proposta da **CONTRATADA**.
- 3.2. Dá-se ao presente contrato, o valor de R\$ xxxxxx (xxxxxxxxxx), correspondente às especificações previstas no Termo de Referência, constante dos autos do Processo Administrativo nº. xxxx/2018, que é parte integrante do presente contrato. Sendo o valor de R\$ xxxxxx(xxxxxxxxxx), referente ao objeto xxxxxxxx.
- 3.3. Qualquer pagamento somente será efetuado à CONTRATADA por produtos efetivamente entregues e após a conferência pelo Servidor Responsável, e ainda, se a CONTRATADA não tiver nenhuma pendência de débito junto ao CONTRATANTE, inclusive de multas, sendo que eventual atraso no pagamento incidirá multa na ordem de 1% (um por cento) sobre o valor da fatura e originará compensação financeira, que terá por base os índices do IPCA. Quanto a eventual antecipação de pagamento, dará direito ao desconto “pro rata die”, calculado com base nos índices da IPCA.
- 3.4. Os valores serão pagos, após o respectivo adimplemento das obrigações constantes no edital e projeto básico, devendo as faturas serem apresentadas na Secretaria Municipal de xxxxxxxxxxxx do Município de Armação dos Búzios – RJ, juntamente com as notas de empenho correspondentes.
- 3.5. A realização de todo e qualquer pagamento devido à CONTRATADA, em decorrência do presente Contrato, e de eventuais aditamentos, só se efetivará mediante autorização da CONTRATANTE, observada a legislação de Administração Financeira e Contabilidade Pública.
- 3.6. Os pagamentos serão realizados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data final do período de adimplemento a que se referir, mediante fatura que deverá ser apresentada pela CONTRATADA, atestada e visada por 02 (dois) servidores da Secretaria responsável pelo recebimento.
- 3.7. Caso se faça necessário a retificação da fatura por culpa da CONTRATADA, o prazo terá sua contagem suspensa até a data de reapresentação da fatura ao órgão, isenta de erros, dando-se, então, prosseguimento à contagem.
- 3.8. Os pagamentos serão efetuados após a regular liquidação das despesas, nos termos do artigo 63, da Lei nº 4.320/64, obedecido ao disposto no artigo 73, da Lei Federal nº 8.666/1993.
- 3.9. O valor dos pagamentos eventualmente efetuados com atraso injustificado sofrerá a incidência de juros moratórios de 0,01667% ao dia, alcançando 6% ao ano, consoante o artigo 406, da Lei Federal nº. 10.406/2002.
- 3.10. No caso de antecipação de recursos para pagamento aplicar-se-á o inciso XIV, “d” do art. 40 da Lei Federal nº 8.666/1993 c/c art. 9º da Lei nº 10.520/2002, aplicando-se a base de cálculo do item anterior.
- 3.11. O valor dos pagamentos eventualmente efetuados com atraso em virtude de ato ou fato que não seja atribuível à CONTRATADA sofrerá a incidência do índice IPCA “pro rata die”, a título de compensação financeira, que será o produto resultante do mesmo índice do dia anterior ao pagamento, multiplicado pelo número de dias de atraso do mês correspondente, repetindo-se a operação a cada mês de atraso.
- 3.12. Entende-se por atraso o período que exceder o trintídio previsto nesta cláusula, e no caso de antecipação de recursos para pagamento aplicar-se-á o inciso XIV, “d” do artigo 40 da Lei Federal nº. 8.666/1993.
- 3.13. No valor acima estão incluídas todas as despesas ordinárias diretas e indiretas decorrentes da execução do objeto, inclusive tributos e/ou impostos, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais incidentes, taxa de administração, frete, seguro e outros necessários ao cumprimento integral do objeto da contratação.
- 3.14. As despesas decorrentes deste contrato correrão à conta da seguinte dotação orçamentária:

1)Prog. Trabalho: xx.xxx.xxxx.x.xxx  
Despesa: x.x.xx.xx.xx  
Fonte: xxx  
R\$ xxx.xxx,xx (xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)





PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E FAZENDA  
COORDENADORIA DA UNIDADE DE LICITAÇÃO

PROC: 6255/17  
FL \_\_\_\_\_  
RUBRICA \_\_\_\_\_

3.15. Fica assegurada a correção do presente contrato através dos índices legais.

3.16. O valor do contrato é fixo e irrevogável, até o prazo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias consecutivos, prazo após o qual será admitido, na hipótese de prorrogação do Contrato, em havendo justificativa, reajuste do valor, somente em suas parcelas remanescentes, obedecendo à variação dos índices IPCA, correspondente às famílias constantes da Proposta, consoante a fórmula contida no Edital e tendo como data base a data da apresentação da proposta pela CONTRATADA.

3.17. O pagamento será efetivado mediante crédito em conta bancária que o beneficiário informará.

**CLÁUSULA QUARTA: DO PRAZO**

4.1. O prazo para execução dos serviços é de 12 (doze) meses, contados da emissão da Autorização de fornecimento.

**CLÁUSULA QUINTA: DA MANUTENÇÃO E FISCALIZAÇÃO**

5. O CONTRATANTE deverá promover a fiscalização sistemática da realização dos serviços contratados na forma do artigo 73, I, Lei 8.666/93.

5.1. A fiscalização da prestação de serviço caberá ao CONTRATANTE, notada à unidade requisitante, ou a quem dele preposto seja, a quem incumbirá a prática de todos e quaisquer atos próprios ao exercício desse procedimento, definidos na legislação pertinente e, em especial, na especificação do serviço, inclusive quanto à aplicação das penalidades previstas neste contrato.

5.2. A CONTRATADA declara antecipadamente, aceitar todas as decisões, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pelo CONTRATANTE, obrigando-se a fornecer os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades.

5.3. Compete à CONTRATADA fazer minucioso exame das especificações dos serviços, de modo a permitir, a tempo e por escrito, apresentar à fiscalização todas as divergências ou dúvidas porventura encontradas, para o devido esclarecimento, que venham a impedir o bom desempenho do contrato. O silêncio implica total aceitação das condições estabelecidas.

5.4. A atuação fiscalizadora em nada restringirá a responsabilidade única, integral e exclusiva da CONTRATADA no que concerne ao serviço prestado, à sua entrega e às conseqüências e implicações, próximas ou remotas, perante a CONTRATANTE, ou perante terceiros, do mesmo modo que a ocorrência de eventuais irregularidades na entrega dos mesmos não implicará em co-responsabilidade do CONTRATANTE e de seus prepostos.

**CLÁUSULA SEXTA: DAS PENALIDADES**

6.1. O inadimplemento total ou parcial de qualquer das obrigações ora estabelecidas, implicará, além das sanções previstas na Lei Federal n.º 8.666/93, artigo 86 a 88, as seguintes penalidades:

- a) Advertência;
- b) Multa administrativa de até 20% (vinte por cento) sobre o valor do contrato, sem prejuízo de perdas e danos e da multa moratória cabíveis;
- c) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a PMAB, por prazo não superior a 02 (dois) anos.
- d) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que o CONTRATADO ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicável, conforme letra c desta cláusula.



PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E FAZENDA  
COORDENADORIA DA UNIDADE DE LICITAÇÃO

PROC: 6255/17  
FL. \_\_\_\_\_  
RUBRICA \_\_\_\_\_

- 6.1.1. A penalidade estabelecida no subitem anterior é de competência da Prefeitura Municipal.
- 6.1.2. Após o décimo dia de atraso ou no caso de reincidência na execução imperfeita do contrato, poderá restar caracterizado o descumprimento total da obrigação assumida, ensejando a rescisão unilateral de relação contratual e/ou cancelamento da respectiva nota de empenho pela Administração. Sujeita-se, ainda, a CONTRATADA às sanções previstas nessa cláusula.
- 6.1.3. O valor da multa, aplicada após regular processo administrativo, será descontado da garantia do respectivo contratado, se essa tiver sido exigida.
- 6.1.4. Se a multa for de valor superior ao valor da garantia prestada, além da perda desta, responderá o CONTRATADO por sua diferença, a qual será descontada dos pagamentos eventualmente devidos pela Administração ou, ainda, quando for o caso, cobrado judicialmente.
- 6.1.5. A multa a que alude este item não impede que a Administração rescinda unilateralmente o contrato e aplique cumulativamente as sanções previstas pela Lei 8.666/1993.
- 6.1.6. Quem, convocado dentro do prazo de validade de sua proposta, ensejar o retardamento da execução de seu objeto por não celebrar o contrato, deixar de entregar o objeto, apresentar documentação falsa exigida para o certame, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar a execução do contrato, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal, ficará impedido de licitar e contratar com o Município, pelo prazo de até 05 (cinco) anos, sem prejuízo das multas previstas para o caso.
- 6.1.7. As penalidades poderão ser registradas no sistema de cadastro de fornecedores e, no caso de suspensão de licitar, o licitante deverá ser descredenciado por igual período, sem prejuízo das multas previstas para o caso.
- 6.1.8. A multa não exime a CONTRATADA de responsabilidade por perdas e danos decorrentes de infrações cometidas.
- 6.2. Nas hipóteses de aplicação das penalidades, será garantido contraditório e ampla defesa em processo administrativo.

**CLÁUSULA SÉTIMA: DA RESCISÃO**

- 7.1. A contratante poderá rescindir administrativamente o presente contrato, nas hipóteses previstas no Art. 78, incisos I ao XII, da Lei Federal nº 8.666/93, sem que acarrete, para a contratada, direito a indenização, sem prejuízo das penalidades pertinentes.
- 7.2. Na hipótese de rescisão administrativa, além das demais sanções previstas na legislação pertinente, ficará a CONTRATADA sujeita, ainda, à multa de até 20% (vinte por cento) do valor global atualizado do Contrato, sem prejuízo da reposição das importâncias indevidamente recebidas e das perdas e danos que forem apurados.
- 7.3. A rescisão administrativa observará o disposto no artigo 80 da Lei Federal nº. 8.666/1993.

**CLÁUSULA OITAVA: DA CESSÃO OU TRANSFERÊNCIA**

8. O presente objeto não poderá ser objeto de cessão ou transferência, no seu todo ou em parte.

**CLÁUSULA NONA: DAS RESPONSABILIDADES**

- 9.1. A CONTRATADA assume, na forma do Art. 70 e seguintes da Lei Federal nº 8.666/93, como exclusivamente seus, os riscos e as despesas decorrentes do fornecimento de material, mão-de-obra, aparelhos e equipamentos necessários a boa e perfeita execução dos serviços contratados. Responsabilizando-se também, pela idoneidade e pelo comportamento de seus empregados, prepostos ou subordinados, e ainda, por quaisquer prejuízos que sejam causados a CONTRATANTE ou a terceiros.





**9.2.** O CONTRATANTE não responderá por quaisquer ônus, direitos ou obrigações vinculadas à legislação tributária, trabalhista, previdenciária securitária, e decorrente da execução do presente contrato, cujo cumprimento e responsabilidade caberão exclusivamente à CONTRATADA.

**9.3.** A CONTRATANTE não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela contratada com terceiros, ainda que vinculados à execução do presente contrato, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da contratada, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

**9.4.** A CONTRATADA deverá manter durante toda a execução do contrato as condições de habilitação e qualificação que lhe foram exigidas no processo.

## **CLAUSULA DÉCIMA: DAS OBRIGAÇÕES**

### **10.1 – Do CONTRATANTE:**

**10.1.1** – Supervisionar e fiscalizar a execução dos serviços, verificando se todas as obrigações foram cumpridas, acompanhar o andamento dos serviços, bem como atestar as Notas Fiscais/Faturas competentes;

**10.1.2** – Fornecer todas as informações que se fizeram necessárias à CONTRATADA para atender aos padrões de qualidade, exigidos no projeto;

**10.1.3** – Assegurar o livre acesso das pessoas credenciadas pela CONTRATADA às suas instalações, impedindo que pessoas não credenciadas intervenham no andamento dos serviços a serem prestados, em qualquer situação;

**10.1.4** – Efetuar o pagamento dos serviços nos termos desse projeto.

**10.1.5** - Executar fielmente o contrato, de acordo com as cláusulas avençadas, respondendo pelas consequências de sua inexecução total ou parcial;

**10.1.6** - Atestar nas notas fiscais/faturas o efetivo a efetiva prestação do objeto deste contrato;

**10.1.7** - Aplicar à empresa vencedora penalidades, quando for o caso;

**10.1.8** - Prestar à CONTRATADA toda e qualquer informação, por esta solicitada, necessária à perfeita execução do Contrato;

**10.1.9** - Efetuar o pagamento à Contratada no prazo avençado, após a entrega das faturas no setor competente, devidamente atestada por servidor deste setor, conforme alínea "a", inciso XIV, do artigo 40, da Lei n°. 8.666/1993;

**10.1.10** - Notificar, por escrito, à CONTRATADA da aplicação de qualquer sanção;

**10.1.11** - Fiscalizar a execução do contrato, com o direito de impugnar tudo o que estiver em desacordo com estas instruções e a boa técnica de execução;

### **10.2 - Da CONTRATADA:**

**10.2.1** – Executar os serviços previstos neste documento, de acordo com o Termo de Referência constante às fls. xxx/xxx;

**10.2.2** – Manter o sigilo e a confidencialidade de quaisquer dados que a CONTRATANTE fornecer e que sejam classificados como confidenciais;

**10.2.3** – Devolver a CONTRATANTE todos os materiais por este fornecidos, necessários à realização do projeto, nas mesmas condições em que os recebeu a menos de seu desgaste natural ocasionado pelo uso;

**10.2.4** – Manter pessoal habilitado e com experiência para executar, adequadamente, todos os serviços contratados;

**10.2.5** – Zelar para que a execução dos serviços ocorra em rigorosa obediência às determinações da fiscalização da CONTRATANTE;

**10.2.6** - Executar fielmente o contrato, de acordo com as cláusulas avençadas e exigidas no edital e seus anexos, bem como na nota de empenho, dentro do prazo estipulado, respondendo pelas consequências de sua inexecução total ou parcial;

**10.2.7** – Prestar o serviço no local determinado no edital;





PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E FAZENDA  
COORDENADORIA DA UNIDADE DE LICITAÇÃO

PROC: 6255/17  
FL \_\_\_\_\_  
RUBRICA \_\_\_\_\_

- 10.2.8** – Manter contato permanente com a Secretaria responsável pela retirada da nota de empenho;
- 10.2.9** - Pagar todos os tributos que incidam ou venham a incidir, direta ou indiretamente, sobre os produtos e serviços;
- 10.2.10** - Manter, durante a execução do contrato, as mesmas condições de habilitação;
- 10.2.11** – Tomar medidas preventivas necessárias para evitar danos a terceiros, em consequência da prestação de serviço. Será de exclusiva responsabilidade da CONTRATADA a obrigação de reparar os prejuízos que vier a causar a quem quer que seja e quaisquer que tenham sido as medidas preventivas acaso adotadas;
- 10.2.12** - Aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários no quantitativo do objeto desta licitação, até o limite legal;
- 10.2.13** – atender a determinações e exigências formuladas pelo CONTRATANTE;
- 10.2.14** - Executar o objeto licitado, no preço, prazo e forma estipulados na proposta, no edital e seus anexos;
- 10.2.15** - Executar o objeto com boa qualidade, dentro dos padrões exigidos neste edital;
- 10.2.16** – refazer, por sua conta e responsabilidade, a qualquer época, o serviço prestado, desde que fique comprovada a existência de não conformidade com o exigido no certame, somente possível de aferição com a devida utilização;
- 10.2.17** – reparar, corrigir, remover, reconstituir ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, o objeto do contrato em que se verificarem os vícios, defeitos ou incorreções resultantes de execução ou de materiais empregados;
- 10.2.18** - Responder pelo pagamento dos salários devidos pela mão-de-obra empregada nos serviços, pelos encargos trabalhistas, fiscais e previdenciários respectivos, e por tudo mais que, como empregadora deve satisfazer, além de ficar sob sua integral responsabilidade e observância das leis trabalhistas, previdenciárias e fiscais, assim como os registros, seguros contra riscos de acidente do trabalho, impostos e outras providências e obrigações necessárias à execução dos serviços;
- 10.2.19** - Responder por qualquer acidente de trabalho na execução dos serviços, por uso indevido de patentes registradas em nome de terceiros, por danos resultantes de caso fortuito ou de força maior, por qualquer causa de destruição, danificação, defeitos ou incorreções dos serviços ou dos bens do contratante, de seus funcionários ou de terceiros, ainda que ocorridos na via pública junto à execução dos serviços;
- 10.2.20** - Executar o objeto contratado com completa organização, elevada qualidade e no prazo estipulado;
- 10.2.21** - Realizar com seus próprios recursos todas as obrigações relacionadas com o objeto desta licitação, de acordo com as especificações determinadas neste edital e em seus anexos;
- 10.2.22** - Cumprir a legislação federal, estadual e municipal pertinente, bem como se responsabilizar pelos danos e encargos de qualquer espécie decorrentes de ações ou omissões, culposas ou dolosas, que praticar durante a execução do contrato;
- 10.2.23** – Providenciar todos os recursos necessários à execução dos serviços descritos no Projeto Básico.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DA ACEITAÇÃO DO OBJETO DO CONTRATO**

- 11.** A aceitação do serviço se dará mediante a avaliação de funcionários do CONTRATANTE que constatarão se o projeto atende a todas as especificações contidas no edital.
- 11.1.** Na recusa de aceitação por não atenderem às exigências do CONTRATANTE, a CONTRATADA deverá refazer qualquer serviço defeituoso ou qualitativamente inferiores, passando a contar os prazos para pagamento e demais compromissos da CONTRATANTE a partir da data da efetiva aceitação.
- 11.2.** A aceitação do serviço será provisório para efeito de posterior verificação da conformidade do serviço com a especificação e, definitivo após a verificação da qualidade e quantidade do serviço e conseqüente aceitação.
- 11.3.** Salvo se houver exigência a ser cumprida pelo adjudicatário, o processamento da aceitação provisória ou definitiva deverá ficar concluído no prazo de 30 (trinta) dias úteis, contados da entrada do respectivo requerimento no protocolo da repartição interessada.





**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DAS CLÁUSULAS EXORBITANTES**

12. Fazem parte do presente contrato as prerrogativas constantes do artigo 58, da Lei nº. 8.666/1993.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: DOS TRIBUTOS E DESPESAS**

13. Constituirá encargo exclusivo da CONTRATADA o pagamento de tributos, tarifas, emolumentos e despesas decorrentes da formalização deste contrato e da execução de seu objeto.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA: DA PUBLICAÇÃO**

14. Até o quinto dia útil do mês seguinte ao da assinatura do presente, será providenciada a publicação resumida deste contrato, na Imprensa Oficial, onde são publicadas os atos do Poder Executivo, para ocorrer no prazo de 20(vinte) dias daquela data (na forma do art. 61, §único).

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DO FORO**

15. Fica eleito o Foro da Cidade de Armação dos Búzios, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja ou venha a ser, para dirimir quaisquer dúvidas ou litígios oriundos deste contrato. E por estarem justos e acordados, firmam o presente TERMO DE CONTRATO em 5 (cinco) vias de igual forma e teor, mas para um só e único efeito, que depois de lido e achado conforme, é assinado pelas partes contratantes e por duas testemunhas abaixo identificadas.

Armação dos Búzios, XX de XXXX de 2018.

\_\_\_\_\_  
SECRETARIA MUNICIPAL DE XXXXXXX

\_\_\_\_\_  
EMPRESA XXXXXXX

Testemunha 01	Testemunha 02
Assinatura	Assinatura
Nome	Nome
RG	RG
CPF	CPF



PREFEITURA DA CIDADE DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO E FAZENDA  
COORDENADORIA DA UNIDADE DE LICITAÇÃO

PROC: 6255/17

FL \_\_\_\_\_

RUBRICA \_\_\_\_\_

ANEXO XI

# LAYOUT



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL DR. RODOLPHO PÉRISSE

ADMISSÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

SETOR: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_

ISOLAMENTO: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL? \_\_\_\_\_

PORQUE? \_\_\_\_\_

1. DIAGNÓSTICO DE INTERNAÇÃO

2. ANTECEDENTES CLÍNICO:

( ) Hipertensão ( ) Cardiopatia ( ) Alergia: \_\_\_\_\_

( ) Diabetes ( ) DPOC ( ) Tabagismo. Parou há: \_\_\_\_\_

( ) Bronquite / Asma ( ) Dislipidemia ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Queixas atuais \_\_\_\_\_

Medicação de uso: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

3. PREPARO PARA CIRURGIA

( ) Jejum desde \_\_\_\_ : \_\_\_\_ hs do dia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

( ) Tricotomia domiciliar ( ) Tricotomia hospitalar às \_\_\_\_ : \_\_\_\_

( ) Degermção ( ) Prótese: Qual? \_\_\_\_\_

( ) Acesso Venoso: \_\_\_\_\_

Exames: ( ) Rx de Tórax ( ) ECG ( ) Laboratório data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

( ) Risco Cirúrgico data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ( ) Outros: \_\_\_\_\_

4. EXAME FÍSICO:

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_ X \_\_\_\_ mmhg TAX: \_\_\_\_ FR: \_\_\_\_ ipm FC: \_\_\_\_ bpm

S. Neurológico: \_\_\_\_\_

Pele/Mucosas: \_\_\_\_\_

S. Respiratório: \_\_\_\_\_

S. Urinário: \_\_\_\_\_

MMSS: \_\_\_\_\_

MMII: \_\_\_\_\_

Integridade Cutânea: \_\_\_\_\_







### ANEXO II - REQUISIÇÃO DE DIÁRIA

<b>IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE</b>	
Nome: _____	
Cargo: _____	
Lotação/Secretaria: _____	

DATA	DESTINO	TIPO DE DIÁRIA	VALOR (R\$)
<b>TOTAL</b>			

(Tipo de diária: preencher com "sem pernoite" ou "com pernoite", conforme o caso)

Armação dos Búzios, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Autoridade

### ANEXO III - RELATÓRIO DE VIAGEM

DATA	HISTÓRICO	TIPO DE DIÁRIA	VALOR (R\$)
<b>TOTAL</b>			

(Tipo de diária: preencher com "sem pernoite" ou "com pernoite", conforme o caso)

HÁ SALDO A RESTITUIR	→	VALOR R\$ _____
HÁ SALDO A RECEBER	→	VALOR R\$ _____
Armação dos Búzios, ____ de ____ de 2 ____.		
_____ Assinatura do Servidor		

DESTACAR AQUI

<b>APROVAÇÃO DA AUTORIDADE COMPETENTE</b>
Armação dos Búzios, ____ de ____ de 2 ____.
_____ Carimbo/Assinatura

②



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 HOSPITAL MUNICIPAL DR RODOLPHO PERISSE



**ANOTACÕES DE ENFERMAGEM**

Paciente: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Setor: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Isolamento de Contato ( ) Sim ( ) Não Motivo: \_\_\_\_\_

<b>Nível de Consciência</b> <input type="checkbox"/> Lúcido <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> outros	<b>Mucosas</b> <input type="checkbox"/> Coradas <input type="checkbox"/> Hipocoradas ( I+4) <input type="checkbox"/> Ictéricas ( I+4)	<b>Respiração</b> <input type="checkbox"/> Eupnéico <input type="checkbox"/> Dispnéico <input type="checkbox"/> Bradpnéico <input type="checkbox"/> Taquipnéico	<b>Oxigenação</b> <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> O2 úmido <input type="checkbox"/> Macro nebulizador <input type="checkbox"/> Outros
<b>Pele</b> <input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Outras lesões <input type="checkbox"/> Hiperemia ( )	<b>mamas</b> <input type="checkbox"/> Macia <input type="checkbox"/> Endurecida <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica <input type="checkbox"/> Hiperemia <input type="checkbox"/> Colostro Qual? _____	<b>Abdômen</b> <input type="checkbox"/> Indolor <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Outros	<b>Vésico-Intestinal</b> <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Urofix <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Fezes + <input type="checkbox"/> Fezes - ( dias) <input type="checkbox"/> Outro
<b>MMSS</b> <input type="checkbox"/> Amputação (D/E) <input type="checkbox"/> Plegia (D/E) <input type="checkbox"/> Edema (D/E) <input type="checkbox"/> Lesões (D/E)	<b>MMII</b> <input type="checkbox"/> Amputação (D/E) <input type="checkbox"/> Plegia (D/E) <input type="checkbox"/> Edema (D/E) <input type="checkbox"/> Lesões (D/E)	<b>Atividade Motora</b> <input type="checkbox"/> Deambulação <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Restrito <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Sentado fora do leito	<b>Banho</b> <input type="checkbox"/> Aspersão: Sem auxílio ( ) Com auxílio ( ) <input type="checkbox"/> Cadeira de banho <input type="checkbox"/> Leito
<b>Punções</b> <input type="checkbox"/> Sem acesso <input type="checkbox"/> HV (periférica) <input type="checkbox"/> Salinizada (periférica) <input type="checkbox"/> Profunda Local: _____	<b>Curativos</b> <input type="checkbox"/> Cirúrgico <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Outros	<b>Sangramento</b> <input type="checkbox"/> Sem sangramento <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Intenso	<b>Dieta</b> <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasoenteral <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Outros
<b>Drenos</b> <input type="checkbox"/> Penrose <input type="checkbox"/> Tubular <input type="checkbox"/> Hemovack <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Outros	<b>Sinais de dor</b> <input type="checkbox"/> Sem dor <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Forte <input type="checkbox"/> Intenso	<b>Controles</b> <input type="checkbox"/> HGT <input type="checkbox"/> Balanço Hídrico <input type="checkbox"/> Peso <input type="checkbox"/> Altura	<b>Exames do dia</b> <input type="checkbox"/> Laboratório <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Eco <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> Outros





ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

PROCESSO Nº 625517  
Rubrica  
fls. 19



ATESTADO DE SAÚDE

Carimbo da unidade

ATESTO para os devidos fins que \_\_\_\_\_  
não sofre de doença infecto-contagiosa, não tem lesão dos órgãos da visão e audição e não tem defeito físico e  
mental que impeça de: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Armação dos Búzios, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do emitente





ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROCESSO Nº 5514  
de 25

SAÚDE COM  
**AMOR**  
SECRETARIA DE SAÚDE DE BÚZIOS

Nº 062

## AUTO DE APREENSÃO E INUTILIZAÇÃO

1ª Via - Processo  
2ª Via - Estabelecimento  
3ª Via - Bloco / Arquiv.

As \_\_\_\_\_ horas do dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
com fundamento na(s) disposição(ões) do(s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ lavrei o presente AUTO contra \_\_\_\_\_  
estabelecido(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ para apreensão e inutilização

de acordo com \_\_\_\_\_  
do(s) alimento(s) abaixo especificado(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Agente de Fiscalização Sanitária

Recebi a 2ª Via, às \_\_\_\_\_ horas, do dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do autuado ou de seu representante legal





ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
 FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA

PROCESSO Nº 6246  
 Rubrica fls 08

# AUTO DE INFRAÇÃO

Número: 0113

Nome da Empresa/Instituição:

Endereço

Bairro:

Nº Alvará

Município:

CNPJ Nº:

Licença Nº:

De acordo com o artigo 33 da Lei 167/1999. Nesta data, às \_\_\_\_\_ horas, eu abaixo assinado, tendo constatado que \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

o que constitui infração ao(s) artigo(s) \_\_\_\_\_ lavrei o presente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

auto em três vias, para dar início ao competente processo administrativo.

O autuado terá o prazo legal de 15 (quinze) dias a contar da ciência deste, para interpor recurso escrito à Unidade Sanitária. De acordo com o artigo 36 da Lei 167 de 23 de agosto de 1999, Lei esta, que rege o Código de Vigilância Sanitária do Município de Armação dos Búzios.

Assinatura e Carimbo do Fiscal/Técnico:

Local e Data:

Às \_\_\_\_\_ horas do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, recebi a 2ª via deste Termo, do qual fico ciente.

Nome e Identificação do Funcionário da Empresa/Instituição







ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA

NÚMERO N° 0113  
Validade 15/06

## AUTO DE INFRAÇÃO

Número: 0113

Nome da Empresa/Instituição:

Endereço:

Bairro:

Nº Alvará

Município:

CNPJ Nº:

Licença Nº:

De acordo com o artigo 33 da Lei 167/1999. Nesta data, às \_\_\_\_\_ horas, eu abaixo assinado, tendo constatado que \_\_\_\_\_

o que constitui infração ao(s) artigo(s) \_\_\_\_\_

lavrei o presente

auto em três vias, para dar início ao competente processo administrativo.

O autuado terá o prazo legal de 15 (quinze) dias a contar da ciência deste, para interpor recurso escrito à Unidade Sanitária. De acordo com o artigo 36 da Lei 167 de 23 de agosto de 1999, Lei esta, que rege o Código de Vigilância Sanitária do Município de Armação dos Búzios.

Assinatura e Carimbo do Fiscal/Técnico:

Local e Data:

As \_\_\_\_\_ horas do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, recebi a 2ª via deste Termo, do qual fico ciente.

Nome e identificação do Funcionário da Empresa/Instituição



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA

VIGILANCIA SANITARIA  
EDICAO 01/1999  
fls. 02

# AUTO DE INFRAÇÃO

Número: 0113

Nome da Empresa/Instituição:

Endereço

Bairro:

Nº Alvara

Município:

CNPJ Nº:

Licença Nº:

De acordo com o artigo 33 da Lei 167/1999. Nesta data, às \_\_\_\_\_ horas, eu abaixo assinado, tendo constatado que \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

o que constitui infração ao(s) artigo(s) \_\_\_\_\_

lavrei o presente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

auto em três vias, para dar início ao competente processo administrativo.

O autuado terá o prazo legal de 15 (quinze) dias a contar da ciência deste, para interpor recurso escrito à Unidade Sanitária. De acordo com o artigo 36 da Lei 167 de 23 de agosto de 1999, Lei esta, que rege o Código de Vigilância Sanitária do Município de Armação dos Búzios.

Assinatura e Carimbo do Fiscal/Técnico:

Local e Data:

As \_\_\_\_\_ horas do dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, recebi a 2ª via deste Termo, do qual fico ciente.

Nome e Identificação do Funcionário da Empresa/Instituição



ESTÁDO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE TRANSPORTES

PROCESSO Nº 6255/11  
Número \_\_\_\_\_ fls 08

### AUTORIZAÇÃO DE TRÂNSITO PARA AMBULÂNCIA

1ª via motorista

2ª via arquivo

Nº \_\_\_\_\_

Autorizo a ambulância placa: \_\_\_\_\_ promover o atendimento à:

LOCALIZADO: \_\_\_\_\_

PONTO DE REF.: \_\_\_\_\_

CONFORME SOLICITAÇÃO: \_\_\_\_\_

MOTORISTA: \_\_\_\_\_

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

OBS.: \_\_\_\_\_ ENF.: \_\_\_\_\_






**BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO**

6255/12  
Rúbrica: [assinatura] fls. 1/2

**IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE**

LÓCAL: [ ] HORA: [ ] : [ ] DATA: [ ] / [ ] / [ ]

**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO**

NOME: [ ]

DATA NASC.: [ ] / [ ] / [ ]

SEXO: [ ] COR: [ ] NACIONALIDADE: [ ]

END.: [ ] BAIRRO: [ ]

REFERÊNCIA: [ ] FONE: [ ]

**DIAGNÓSTICO**

QUEIXA PRINCIPAL: [ ]

DIAGNÓSTICO: [ ]

CAUSA DA LESÃO: [ ]

TRATAMENTO APLICADO	TRATAMENTO RECEITADO

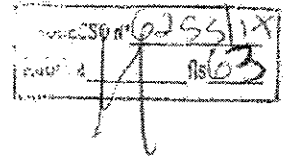
**DESTINO DADO AO USUÁRIO**

[ ]

DATA: [ ] / [ ] / [ ] HORA DA SAÍDA: [ ] : [ ]

CARIMBO E ASSINATURA DO EMITENTE

Q



HOSPITAL MUNICIPAL DR. RODOLPHO PERISSÉ  
ARMAÇÃO DOS BUZIOS

PRONTUÁRIO DO PACIENTE

---

NOME DO PACIENTE

---

Nº PRONTUÁRIO



**BÚZIOS**  
MUNICÍPIO



# Cartão da Gestante

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Cadastro no SIS - Pré-natal: \_\_\_\_\_

## Agendamento

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Nome do profissional: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_

Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante

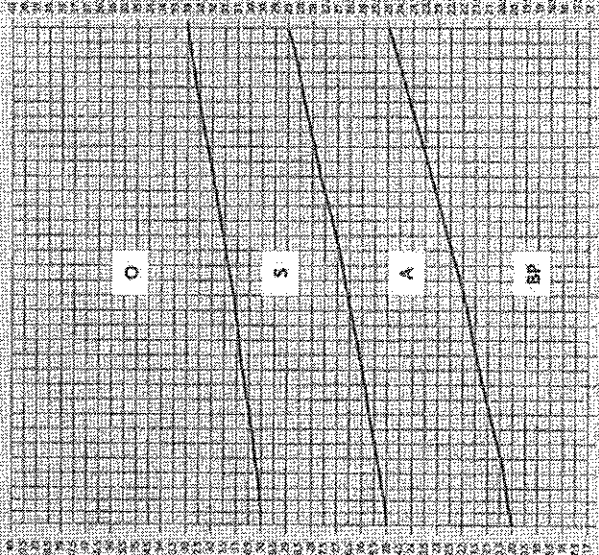
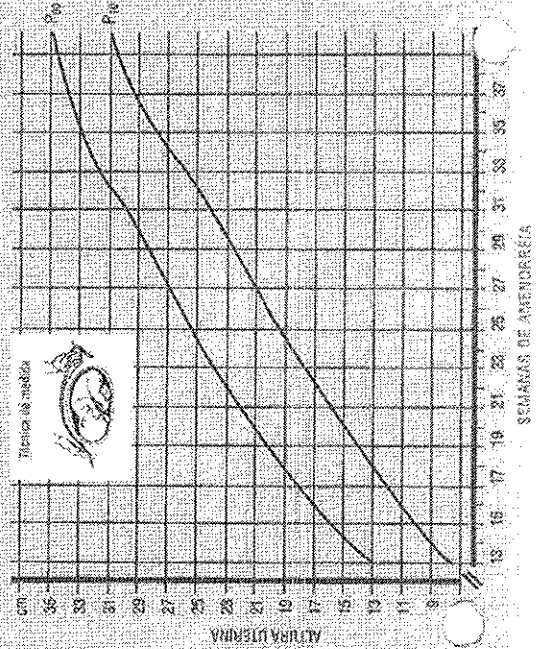


Gráfico de curva altura uterina/idade gestacional



Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado
ABO-RH								
Hb/Ht								
Glicemia de jejum								
VDRL								
Urina 1								
Anti-HIV								
HBSAg								
Toxoplasmose								
Combs. indireto								
Outros								
Sulfato ferroso								
Ácido fólico								
Suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico - registrar semana de gestação								
Ultra-sonografia								
Data	IG DUM	IG USC	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros		

Você precisa fazer no mínimo 6 consultas. É um direito seu. Leve este cartão com você e mostre-o todas as vezes em que for ao Centro de Saúde ou ao hospital.

Ministério da Saúde

SEMANAS DE ANAMNESE

IDADE ANOS	Nº DE PRONTUÁRIO		ALFABETIZADA	ESTUDOS	ANOS COMPLETOS	ESTADO CIVIL / UNIÃO	
<input type="checkbox"/> MENOR DE 15 <input type="checkbox"/> MAIOR DE 25			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL <input type="checkbox"/> MÉDIO <input type="checkbox"/> SUPERIOR		<input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> ESTÁVEL <input type="checkbox"/> SOLTEIRA <input type="checkbox"/> OUTRO	
<b>ANTECEDENTES</b>		<b>OBSTÉTRICOS</b> (Anotar o número de)		COR (INFORMADA POR AUTO DECLARAÇÃO)		DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO	
<b>FAMILIARES</b> GEMELARES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DIABETES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO HIPERT. ART. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO MÁ FORMAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO OUTROS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		INFECÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO INFERTILIDADE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DIABETES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO HIPERT. ART. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO CIRURG. PÉLV. UTERINA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO MÁ FORMAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO OUTROS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		ABORTOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO PARTOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		BRANCA <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/>	MÊS ANO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
<b>GRAVIDEZ ATUAL</b>		DÚVIDAS		HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ		TRANSP. LOCAL	
PESO ANTERIOR <input type="checkbox"/> kg ESTATURA <input type="checkbox"/> cm DIA MÊS ANO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		ANTIETÉRICA PRÉVIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ATUAL 1º 2º 3º MÊS GESTAÇÃO		GRUPO <input type="checkbox"/> Rh. <input type="checkbox"/> SENSÍB. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO TRANSF. LOCAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EX. CLÍNICO NORMAL		EX. DAS MAMAS NORMAL		EX. ODONTOLÓGICO NORMAL		EX. CLÍNICO CERVIX	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EX. PÉLVIS NORMAL		PAPANICOLAU NORMAL		COLPOSCOPIA NORMAL		VÍFEL	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
CONSULTA Nº		DATA		FUMA Nº DE CIGARETAS/DIA		Nº DE GRÁVIDAS AGT	
1		2		3		4	
3		4		5		6	
6		7		8		9	
8		9		10			

10 SEMANAS										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										

<b>PARTO</b>		IDADE GESTACIONAL		TAMANHO FETAL CORRESPONDE		NÍVEL DE ATENÇÃO		DATA RUPTURA		PATOLOGIA NA GESTAÇÃO/PARTO/PUERPÉRIO	
HOSPITAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		MENOR DE 17 OU MAIOR DE 42 <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> DOMIC. <input type="checkbox"/> OUTRO		HORA DIA MÊS <input type="checkbox"/> DEF. <input type="checkbox"/> PELV. <input type="checkbox"/> TRAN.		<input type="checkbox"/> GRAVIDEZ MÚLTIPLA <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO PRÉVIA <input type="checkbox"/> PRÉ-ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> INFECÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> OUTRAS INFECÇÕES <input type="checkbox"/> PARASITÓSES <input type="checkbox"/> AMEAÇA DE PARTO PREMATURO	
<input type="checkbox"/> EXP. <input type="checkbox"/> CES. <input type="checkbox"/> FÓRC. <input type="checkbox"/> OUT.		HORA MINUTO DIA MÊS ANO		NÍVEL DE ATENÇÃO		<input type="checkbox"/> ESP. <input type="checkbox"/> IND.		<input type="checkbox"/> INT. <input type="checkbox"/> RDE.		<input type="checkbox"/> DESPROP. DEF. PÉLV. <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 1º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 2º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 3º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> ANEMIA GRÁVIDA <input type="checkbox"/> RUPTURA PREMAT. MEM. <input type="checkbox"/> INFECÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> INFECÇÃO PUERPÉR. <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA PUERPÉR. <input type="checkbox"/> CISTITA <input type="checkbox"/> NENHUMA	
EPISIOTOMIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		DUREZA EXP. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO PLACENTA COMPL. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		MORTE FETAL <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM MOMENTO <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> GRÁV. <input type="checkbox"/> IGNO.		NÍVEL DE ATENÇÃO <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> DOMIC. <input type="checkbox"/> OUTRO		ATENÇÃO POR: <input type="checkbox"/> MÉDIC. <input type="checkbox"/> ENF./ <input type="checkbox"/> PAR. AUX. <input type="checkbox"/> EMPÍR. <input type="checkbox"/> OUTROS		<input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 1º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 2º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 3º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> ANEMIA GRÁVIDA <input type="checkbox"/> RUPTURA PREMAT. MEM. <input type="checkbox"/> INFECÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> INFECÇÃO PUERPÉR. <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA PUERPÉR. <input type="checkbox"/> CISTITA <input type="checkbox"/> NENHUMA	
MEDIC. NO PARTO <input type="checkbox"/> ANESTÉSICO <input type="checkbox"/> ANESTÉSICO		ANESTESIA LOCAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA REGIONAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> COTOC. <input type="checkbox"/> NENHUM		ANESTESIA LOCAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA REGIONAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> COTOC. <input type="checkbox"/> NENHUM		ANESTESIA LOCAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA REGIONAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> COTOC. <input type="checkbox"/> NENHUM		ANESTESIA LOCAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA REGIONAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> COTOC. <input type="checkbox"/> NENHUM		<input type="checkbox"/> AMEAÇA DE PARTO PREMATURO <input type="checkbox"/> NENHUMA	

<b>REGÊM-NASCIDO</b>		REANIMAÇÃO		PESO AO NASCER		IDADE POR EXAME FÍSICO		PESO / KG		EX. FÍSICO IMEDIATO		PUERPÉRIO IMEDIATO	
SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M VDRL <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + APGAR 1º 5º <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 5º <input type="checkbox"/> 8 OU MENOS		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> MENOS DE 2.500 g		<input type="checkbox"/> SEM. <input type="checkbox"/> MENOR DE 37 SEMANAS		<input type="checkbox"/> ADEQ. <input type="checkbox"/> PEQUENO <input type="checkbox"/> GRANDE		<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL		HORAS OU DIAS PÓS PARTO OU ABORTO TEMPERATURA PULSO (BATEMENTO / MINUTO) PRESSÃO ARTERIAL MÁX. / MÍN. (mmHg) INVOL. UTERINA CARACTERÍSTICAS DOS LÍQUIDOS VITAMINA	
ESTATURA <input type="checkbox"/> cm PER. DEF. <input type="checkbox"/> cm		EXAME FÍSICO PRÉ-ALTA <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL		EXAME NEUROL. <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> DUBIOSO		PATOLOGIAS <input type="checkbox"/> M. HIALINA <input type="checkbox"/> S. ASPHAT. <input type="checkbox"/> OUTROS SDR		<input type="checkbox"/> APRÉIAS <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> INFECÇÃO		<input type="checkbox"/> NEUROL. <input type="checkbox"/> HIPERBIL. <input type="checkbox"/> A. CONG.		<input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> NENHUMA	
RINALÓGICO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		ALTA DO RN <input type="checkbox"/> SADIO <input type="checkbox"/> TRANSF. <input type="checkbox"/> C/ PATOL. <input type="checkbox"/> ÓBITO		IDADE NA ALTA TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> DIAS <input type="checkbox"/> HORAS		IDADE AO SAÍR <input type="checkbox"/> DIAS <input type="checkbox"/> HORAS		ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> PEITO <input type="checkbox"/> MISTO <input type="checkbox"/> ARTIFIC.		ALTA MATERNA <input type="checkbox"/> SAÍDA <input type="checkbox"/> TRANSFERIDA <input type="checkbox"/> C/ PATOLOGIA		MORTE MATERNA <input type="checkbox"/> GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> PUERPÉRIO	
										ORIENT. / CONTRACEPÇÃO <input type="checkbox"/> CONDOM <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> LIG. DA FRCJ <input type="checkbox"/> RITMO <input type="checkbox"/> NENHUM			







ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



**CARTÃO DE VACINAÇÃO**

NOME DA GRÁVIDA: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

END.: \_\_\_\_\_

LOCAL DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DOSES	ANTI PÓLIO	TETRA VALENTE	BCG	TRIPlice VIRAL	HEPATITE B	OUTRAS	OUTRAS	OUTRAS
1ª DOSE	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica
2ª DOSE	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica
3ª DOSE	_____ Rubrica	_____ Rubrica	<b>Febre Amarela</b>	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica
PRIMEIRO REFORÇO	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica
SEGUNDO REFORÇO	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica	_____ Rubrica



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



# Centro Cirúrgico

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_  
 PRONTUÁRIO: ( ) SIM ( ) NÃO EXAMES: ( ) SIM ( ) NÃO

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EQUIPE \_\_\_\_\_

PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_ ENTRADA NO CENTRO CIRÚRGICO HORA: \_\_\_\_\_  
 ( ) TRAUMA ( ) C. CIRÚRGICO ( ) C. MÉDICA ( ) MATERNIDADE ( ) PEDIATRIA ( ) OUTROS

ACOMPANHADO POR: \_\_\_\_\_  
 ( ) MAQUEIRO ( ) ENFERMAGEM ( ) OUTROS

CONDIÇÕES DO CLIENTE AO CHEGAR NO CENTRO CIRÚRGICO:  
 HIGIENE PRESERVADA: ( ) SIM ( ) NÃO  
 CATETERES: ( ) SIM ( ) NÃO  
 HIDRATADO: ( ) SIM ( ) NÃO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA AO CHEGAR NO C.C.  
 ( ) Consciente ( ) Responsivo ( ) Torporoso ( ) Inconsciente ( ) Obs.:

Cirurgia: \_\_\_\_\_ Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_  
 Cirurgião: \_\_\_\_\_ Auxiliar \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES USADAS NO CENTRO CIRURGICO:  
 ( ) Diazepam ( ) Atracurio ( ) Cefazolina  
 ( ) Midazolam ( ) Quelicim ( ) Dimorf  
 ( ) Ketalar ( ) Isoflurano ( ) Neocaina pesada  
 ( ) Fentanil ( ) Halothano ( ) Thiopental  
 ( ) Propofol ( ) Selokem ( ) Pancuron ( ) Outros

MONITORADO: ( ) sim ( ) não INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

PARAMETROS:		FC:	FR:
HORA: _____	PA: _____	FC: _____	FR: _____
HORA: _____	PA: _____	FC: _____	FR: _____
HORA: _____	PA: _____	FC: _____	FR: _____
HORA: _____	PA: _____	FC: _____	FR: _____
HORA: _____	PA: _____	FC: _____	FR: _____
HORA: _____	PA: _____	FC: _____	FR: _____

*[Handwritten signature]*

VENTILAÇÃO: ( ) INVASIVA ( ) NÃO INVASIVA HORA: \_\_\_\_\_ OBS: \_\_\_\_\_

ALTERAÇÕES DURANTE O ATO CIRURGICO: ( ) SIM ( ) NÃO OBS: \_\_\_\_\_

CATETER VENOSO: ( ) SIM ( ) NÃO LOCAL: \_\_\_\_\_

VOLUME ADMINISTRADO: \_\_\_\_\_ ml ( ) SF 0,9% ( ) S. Ringe ( ) outros

CATETER VERSIVAL: ( ) SIM ( ) NÃO VOLUME ELIMINADO \_\_\_\_\_ ml

CURATIVO: ( ) SIM ( ) NÃO VOLUME ELIMINADO \_\_\_\_\_ ml

EXTUBAÇÃO: ( ) SIM ( ) NÃO HORA: \_\_\_\_\_

**DESTINO:**

( ) TRAUMA ( ) C. CIRURGICA ( ) C. MÉDICA ( ) MATERNIDADE ( ) PEDIATRIA (  ) OUTROS

**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA AO SAIR DO C.C.:**

(  ) CONSCIENTE ( ) RESPONSIVO ( ) TORPOROSO ( ) INCONCIENTE ( ) OBS: \_\_\_\_\_

SAÍDA DO CENTRO CIRÚRGICO HORA: \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RN HORA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ ESTATURA: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_ PT: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_

**ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:**

\_\_\_\_\_  




CONTROLE DE GASTOS DO CENTRO CIRÚRGICO

Data:	Anestesia:	Cirurgia:
Sala:	Início:	Início:
Cirurgião:	Término:	Término:
1º Auxiliar:	Anestesista:	Instrum. (a):
2º Auxiliar:	Tempo de Anestesia:	1º Circul.:
3º Auxiliar:	Aux. Anest.:	2º Circul.:
Nome do Paciente		3º Circul.:

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAIS MÉD. CIR.	UNID.	QUANT.	OUTROS	UNID.	QUANT.
Adrenalina		Agulha N°			Atadura crepon	10 em	
Cedilaníde		Agulha N°			Atadura crepon	20 em	
Atropina 0,25mg/ml		Agulha N°			Atadura crepon	30 em	
Cl. Morfina		Agulha Gengival			Atadura Algodão		
Decadron		Canula Endotraq.			Atadura de gesso		
Demerol		Canula Guedel			Algodão		
Dipirona		Cateter Epidural			Cal. Sodada		
Efortil		Cat. Nasal Óculos			Compressa de gase		
Fenergan 50mg		Cateter subclávia			Compressas		
Fentanil		Coletor de Urina			Esparadrapo		
Flagil		Col. Dreno Tórax			Gillete		
Flaxedil		Col. de Colostomia			Máscaras		
Garamicina		Dreno de Kerr			Sapatilhas		
Glic. Hipertônica		Dreno Penrose			Toucas		
Haemacel		Equipo			Micropore		
Kanakiom		Dreno Hemovac			PROCEDIMENTOS		
Ketalar		Equipo mgts c/ Lat.			Cateterismo vesical		
Lasix		Equipo de PVC			Debridamento		
Manitol		Jelco			Dissecção Venosa		
Marcaína 0,5%		Jelco			Punção Abdominal		
Mothergin		Gelfoan			punção de Lombar		
Mipride		Lâmina de bisturi			Punção Subclávia		
Oxacilina		Luva N°			FIOS		
Prostigmine 0,5mg		Scalps			Algodão		
Quecilin		Sonda de Aspiração			Algodão		
Quemeticina		Sonda Levine (sng)			Catgut Crom		
Revivan		Sonda de Foley 2v			Catgut Crom		
Rifocina		Sonda de Foley 3v			Catgut Simples		
Oxitocina 5U/ml		VEICULOS/SOLUÇÕES			Catgut Simples		
Thionembutoi		H.O. Destilada			Linho Cirurgico		
Diazepan		Bicarb. Sódio 8,4			Mononylon		
Xylocaina 2%		Sol. Clor. Sódio 0,9			Mononylon		
Xylocaina Geléia		Sol. Potássio 100%			Mononylon		
Xylocaina Pesada		Sol. Glicosada 5%			Prolene		
Zilium		Sol. Gluc. Cálcio 10%			Seda		
Tracur		Sol. Manitol 20%			Sutupak Algodão		
Pavilon		Sol. Ringer Lactato			Sutupak Algodão		
ANESTÉSICOS		Narcan			Sutupak Linho		
Isoflurano		Midazolam			Sutupak Linho		
Halotano		Hetomidato			Vicryl		
Enfurano		Suyametonio			Alfentanil		
Propofol		Lanexate			Protenide		
MATERIAL ESTERILIZADO		MÉDICO RESPONSÁVEL		Tempo de O2	OBSERVAÇÕES		
				Tempo de NO2			



ESTADO DO RIO DE JANEIRO \*  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SAÚDE COM  
**AMOR**  
SECRETARIA DE SAÚDE DE BÚZIOS

## DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

PROCESSO Nº 62511  
rubrica M fis 18

Declaro que o segurado \_\_\_\_\_

portador da carteira profissional nº \_\_\_\_\_

série \_\_\_\_\_ permaneceu nesta unidade no dia \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas para o fim de:

**P S F**

**II A VERDE**

\_\_\_\_\_  
Unidade de Saúde

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Localidade e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura e nº do Servidor



					Data / /	
Nome:					Categ.	
Idade	Sexo	Cor	Altura	Cm	Peso	
História Clínica:						
					Jejum:	
Cirurgias/anestésias anteriores:						
Doenças anteriores: <span style="float: right;">DUM</span>						
Diabetes			Hipertensão arterial			
Pulmonares			Asma última crise			
Cardíacas			IAM			
Hepáticas			Renais			
Neurológicas			Outras			
Alergia						
Hábitos						
Uso de drogas: Hipoglicemiantes			Anti-coagulantes			
Anti-hipertensivos			A.A.S.			
Outras:						
PA	mmHg	Pulso	bpm	F. Resp.	bpm	Temp. axilar
MALLAMPATTI						
Cabeça-pescoço:						
Ap. respiratório:						
Ap. cardiovascular:						
Outros:						
Ex complementares	Hemácias /mm <sup>2</sup>		Hb g%		Plaquetas	
	Uréia mg%		Creatina mg%		Na+ K+	
Data: / /	TS	TC	RNI	TP	AP	%TTPA
Urina I						
Outros:						
Avaliação Clínica:						
Obs:					Estado Físico	
					ASA	





ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
 PREFEITURA DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 HOSPITAL MUNICIPAL RODOLPHO PERISSÉ



## ENCAMINHAMENTO AO ESPECIALISTA

Usuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Nº BAM: \_\_\_\_\_

Endereço: (Rua/Av.) \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

### ENCAMINHAMENTO

( ) Cardiológico ( ) Vascular ( ) Cirúrgico ( ) Urológico ( ) Neurológico ( ) Oftalmológico  
 ( ) Psiquiátrico ( ) Ortopédico ( ) Gineco-Obstétrico ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Motivo do encaminhamento: \_\_\_\_\_

Exame físico: \_\_\_\_\_

### SOLICITAÇÕES DE EXAMES COMPLEMENTARES

( ) NÃO

( ) SIM

- ( ) US
- ( ) TC
- ( ) RX
- ( ) EX. LABORATORIAL
- ( ) ECG
- ( ) OUTROS

Médico Solicitante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### PARA USO DA POLICLÍNICA

Especialidade: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### AVALIAÇÃO

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_





ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 HOSPITAL MUNICIPAL DR RODOLPHO PÉRISSÉ

**EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO**

PACIENTE: \_\_\_\_\_  
 SETOR: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 DATA DA INTERNAÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ TEMPO DE INTERNAÇÃO: \_\_\_\_\_ Dias  
 DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_  
 PRECAUÇÃO : QUAL? \_\_\_\_\_

• **CONTROLE DE PROCEDIMENTOS INVASIVOS:**

D\_\_ TOT/TQT - Tipo: ( ) Descartável/Portex ( ) Metálica  
 D\_\_ SNG/SNE/GTT  
 D\_\_ CIV Periférico Local: \_\_\_\_\_  
 D\_\_ CIV Profundo Local: \_\_\_\_\_  
 D\_\_ Dreno - Tipo: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_  
 D\_\_ CVD/Cistostomia  
 D\_\_ ATB D\_\_ ATB  
 D\_\_ ATB D\_\_ ATB

• **EXAME FÍSICO**

( ) Lúcido ( ) Desorientado ( ) Períodos de Desorientação ( ) Torporoso ( ) Sonolento ( ) Agitado ( ) Acordado ( ) Abertura ocular espontânea	( ) Coradas ( ) Hipocoradas ____/+4 ( ) Ictérica ____/+4	( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Íntegra ( ) Cianose ____/+4 ( ) _____
( ) Eupnéico ( ) Dispnéico ( ) Taquipnéico ____ ipm ( ) Bradpnéico ____ ipm ( ) Oxigenoterapia ____ l/min ( ) Espontânea FR: ____ ipm	( ) Eucárdico ( ) Taquicárdico ____ rpm ( ) Bradicárdico ____ rpm ( ) Rítmico ( ) Arrítmico FC: _____	( ) Indolor ( ) Plano ( ) Globoso ( ) Colostomia ( ) Distendido ( ) Peristalse ( ) Doloroso _____ ( ) Incisão _____
( ) Presente ( ) Fezes ausentes ____ dias ( ) Diarréia ____ episódios	( ) Espontânea ( ) Anúrica ( ) Fralda ( ) Sonda Vesical ( ) Sonda de alívio	( ) Total ( ) Parcial ( ) Zero ( ) VO ( ) GTT ( ) SNE/SNG _____ ml
( ) Edema ( ) Íntegra ( ) Amputação _____ ( ) Plegia _____ ( ) Flebite _____ ( ) Lesões _____	( ) Edema ( ) Íntegra ( ) Amputação _____ ( ) Plegia _____ ( ) Lesões _____	( ) Deambula ( ) Auxílio ( ) Repouso ( ) Restrito ( ) Acamado









PROCESSO Nº 6255/11  
Clínica J R S

ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL DR RODOLPHO PÉRISSÉ

---

# FICHA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

NOME: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_

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

MÉDICO: \_\_\_\_\_





ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL



FICHA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL

Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Antes

18 17 16 15 14 13 12 11  
 21 22 23 24 25 26 27 28

55 54 53 52 51  
 61 62 63 64 65

85 84 83 82 81  
 71 72 73 74 75

48 47 46 45 44 43 42 41  
 31 32 33 34 35 36 37 38

Depois

18 17 16 15 14 13 12 11  
 21 22 23 24 25 26 27 28

55 54 53 52 51  
 61 62 63 64 65

85 84 83 82 81  
 71 72 73 74 75

48 47 46 45 44 43 42 41  
 31 32 33 34 35 36 37 38

Queixa Principal e evolução da doença: \_\_\_\_\_

Faz algum tratamento médico / toma algum medicamento: \_\_\_\_\_

	SIM	NÃO	NÃO SEI		SIM	NÃO	NÃO SEI
Alergia				Desmãos			
Problema cardíaco				Internação Hospitalar			
Problema hepático				Epilepsia			
Problema renal				Fumante			
Problema clatização				Alcoolista			
Problema de anestesia				DST			
Problema de hemorragia				Tireóide			
Febre reumática				Gravidez			

ARMAÇÃO DOS BÚZIOS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente ou responsável \_\_\_\_\_ Cirurgião dentista \_\_\_\_\_







**SECRETARIA DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SUBSECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO, INTEGRAÇÃO E REGULAÇÃO**

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE**

Unidade Solicitante:	Cód.CNES:	Tel. Do Solic.:
Data da Solicitação: / /	Prestador:	
Nome do Paciente:	CADSUS:	
CPF:	Sexo: ( ) M ( ) F	D/n: / /
Endereço:		Idade:
Bairro:	Município: Armação dos Búzios	Cód. IBGE: 330023
Nome da Mãe:		Tel:

Hipótese Diagnóstica:

Sinais e Sintomas:

Exames realizados:

Enzimas Cardíacas: ( ) CK ( ) CK-MB ( ) Troponina ( ) Eco. Trastorácico

( ) Eletrofisiologia ( ) Eletrocardiograma ( ) Doppler art.e/ou venoso ( ) Outros Relevantes

( ) Edodoppler Transesofágico ( ) Cintilografia ( ) Cateterismo

Resultado dos exames complementares que justifiquem a solicitação do procedimento:

Procedimentos Solicitados:

( ) Cirurgia cardiovascular adulto ( ) Cirurgia Cardiovascular Pediátrica ( ) Cardio. Intervencionista

( ) Estudo Eletrofisiológico terapêutico ( ) Cirurgia Vascular... ( ) Cirurgia Endovascular

Cód. Procedimento: \_\_\_\_\_ Cód. CID.: \_\_\_\_\_

Descrição do Procedimento Solicitado:

Data e Identificação do solicitante: _____/_____/2013	**Data e Identificação do Regulador/Autorizador: _____/_____/2013
Nome e Carimbo do Médico	
Cadastro efetuado: ( ) Sem Pendências ( ) Com Pendências	**Nº. Da AIH - APAC: _____
	** Data de Emissão: _____/_____/2013
	** Regulador Autorizador: _____

Preencher todos os campos. Exeto os marcados com \*\*, que são de uso da CENTRAL DE REGULAÇÃO

Data do procedimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2013 - Data Internação: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2013 - Hora: \_\_\_\_\_

F.S.P.A.C.

2



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA DE ARMAÇÃO DOS BUZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL RODOLPHO PERISSÉ

PROCESSO Nº 62541  
MUNICIPA 11/11

## FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

Nº DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

PESSOA RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

LOCAL DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_

CARTÃO SUS Nº: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_

DATA DA INTERNAÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA DA INTERNAÇÃO: \_\_\_\_:\_\_\_\_

### AVALIAÇÃO DAS COMISSÕES PERMANENTES

COMISSÃO DE REVISÃO  
DE PRONTUÁRIO  
(CRP)

COMISSÃO DE CONTROLE  
DE INFECÇÃO HOSPITALAR  
(CCIH)

COMISSÃO DE ANÁLISE  
DE ÓBITO  
(CRO)





# FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTO HOSPITALAR

## INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome do Paciente		Data de Nascimento	
Endereço		Número	Bairro
Cidade		Telefones	

## INFORMAÇÕES DO REQUERENTE

PRÓPRIO PACIENTE       OUTROS: \_\_\_\_\_

### Preenchimento para terceiros

Nome do Requerente		Data de Nascimento	
Tipo de Documento: <input type="checkbox"/> Registro de Identidade <input type="checkbox"/> Carteira Nacional de Habilitação (CNH)		<input type="checkbox"/> Cadastro de Pessoa Física (CPF) <input type="checkbox"/> Carteira de Trabalho	
Nº do Documento		Órgão Expeditor	

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

INSS     DPVAT     IML     TRABALHO     DELEGACIA     JUDICIÁRIO  
 Outros: \_\_\_\_\_

## DOCUMENTAÇÃO SOLICITADA

BAM     PRONTUÁRIO     RADIOGRAFIA     TOMOGRAFIA     EXAMES LABORATORIAIS  
 Outros: \_\_\_\_\_

## PARA USO DO S.A.M.E.

DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE		
<input type="checkbox"/> BAM (XEROX)	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA	<input type="checkbox"/> LAUDO DO MÉDICO ESPECIALISTA
<input type="checkbox"/> PRONTUÁRIO (XEROX)	<input type="checkbox"/> EXAMES LABORATORIAIS (XEROX)	<input type="checkbox"/> DECL. DE NASCIDO VIVO (XEROX)
<input type="checkbox"/> RADIOGRAFIA	<input type="checkbox"/> LAUDO DE INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE ÓBITO (XEROX)

- Não há registro(s) de entrada(s) deste paciente na(s) referida(s) data(s) - BAM
- Há registro(s) de entrada(s) deste paciente na(s) referida(s) data(s), porém não encontra(m)-se em nossos arquivos.
- O prontuário deste paciente não encontra-se em nossos arquivos
- O(s) documento(s) solicitado(s) não foi (foram) localizado(s) em nossos arquivos

Data de Solicitação

Data do atendimento

Assinatura do Solicitante

Data de Retirada	Assinatura	Nº de Protocolo
------------------	------------	-----------------

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA  
(ADULTO PEDIÁTRICO E QUEIMADO)**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

**DADOS DA UNIDADE SOLICITANTE**

Unidade de Saúde Solicitante: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
Referência para contato: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_

**DADOS DO PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( )Potencial Doador

**INFORMAÇÕES OPERACIONAIS (CONDIÇÕES DA INTERNAÇÃO)**

Tipo de Acomodação: ( )RPA/UPG/UI ( )Emergência ou Sala Vermelha ( )Sala Amarela ou Enfermaria

Tempo de Permanência(horas): ( )0a1dia ( )2dias ( )3dias ( )4dias ( )5dias ( )6dias ( )7dias ( )mais que7dias

**INFORMAÇÕES CLÍNICAS**

Hipótese Diagnóstica (CID): \_\_\_\_\_

Código do Procedimento: \_\_\_\_\_

Modo Ventilatório: ( ) Ar Ambiente ( ) Cateter Nasal ( ) Macronebulização  
( ) CPAP/BIPAP ( ) Ventilação Mecânica Invasiva

Aminas Vasoativas e/ou Vasodilatadores: ( ) Dopamina ( ) Noradrenalina ( ) Dobutamina ( ) Adrenalina  
( ) Vasopressina ( ) Nitroprussiato de Sódio ( ) Nitroglicerina ( ) Nenhum

**SINAIS VITAIS**

FC(bpm): ( ) < 40 ( ) 40 a 54 ( ) 55 a 69 ( ) 70 a 109 ( ) 110 a 139 ( ) 140 a 179 ( ) 180 ou mais

FR(irpm): ( ) < 5 ( ) 6 a 9 ( ) 10 a 11 ( ) 12 a 24 ( ) 25 a 34 ( ) 35 a 49 ( ) 50 ou mais

PA média (mmHg): ( ) < 49 ( ) 50 a 69 ( ) 70 a 109 ( ) 110 a 129 ( ) 130 a 159 ( ) 160 ou mais

Temperatura (°C): ( ) < 29,9 ( ) 30 a 31,9 ( ) 32 a 33,9 ( ) 34 a 35,9 ( ) 36 a 38,4 ( ) 38,5 a 38,9 ( ) 39 a 40,9 ( ) 41 ou mais

**ESCALA DE COMA DE GLASGOW**

Abertura Ocular: ( ) Espontânea ( ) Ao estímulo verbal ( ) Ao estímulo doloroso ( ) Ausente

Resposta Verbal: ( ) Consciente e Orientado ( ) Confuso ( ) Palavras Desconexas ( ) Sons ( ) Ausente

Resposta Motora: ( ) Obedece aos comandos ( ) Localiza estímulos dolorosos ( ) Retira aos estímulos dolorosos  
( ) Reage com flexão anormal (decorticação) ( ) Reage com extensão anormal (descerebração) ( ) Sem resposta motora



### EXAMES COMPLEMENTARES

Hb: \_\_\_\_\_ Eletrólitos: \_\_\_\_\_  
Ht (%): ( ) < 20 ( ) 20 a 29,9 ( ) 30 a 45,9 ( ) 46 a 49,9 ( ) 50 a 59,9 ( ) 60 ou mais  
Plaquetas \_\_\_\_\_ Ureia: \_\_\_\_\_  
Creatinina (mg/dL): ( ) < 0,5 ( ) 0,6 a 1,4 ( ) 1,5 a 1,9 ( ) 2,0 a 3,4 ( ) 3,5 ou mais  
Glicemia: \_\_\_\_\_ Lactato: \_\_\_\_\_  
Leucograma (total/mm<sup>3</sup>) (1000s): ( ) < 1 ( ) 1 a 2,9 ( ) 3,0 a 14,9 ( ) 15 a 19,9 ( ) 20 a 39,9 ( ) 40 ou mais  
Troponina: \_\_\_\_\_ CKMB: \_\_\_\_\_  
Ph da Gasometria Arterial: ( ) < 7,15 ( ) 7,15 a 7,24 ( ) 7,25 a 7,32 ( ) 7,33 a 7,49 ( ) 7,5 a 7,59 ( ) 7,6 a 7,69 ( ) 7,7 ou mais  
Gasometria Arterial (demais parâmetros): \_\_\_\_\_  
Tomografia: \_\_\_\_\_  
ECG: \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_

### ALTERAÇÕES CLÍNICAS

1. Alteração de consciência mantida após correção de hipotensão, disfunção respiratória ou hipoglicemia: ( ) Sim ( ) Não
2. Crise convulsiva mantida após o tratamento medicamentoso inicial: ( ) Sim ( ) Não
3. Déficit súbito de força em um ou mais membros: ( ) Sim ( ) Não
4. Febre associada à rigidez de nuca: ( ) Sim ( ) Não
5. Cefaleia intensa súbita seguida de déficit neurológico qualquer: ( ) Sim ( ) Não
6. Infarto agudo do miocárdio com complicação mecânica: ( ) Sim ( ) Não
7. Dissecção Aguda da Aorta: ( ) Sim ( ) Não
8. Tromboembolismo pulmonar com instabilidade: ( ) Sim ( ) Não
9. Taquicardia Ventricular com Instabilidade Hemodinâmica: ( ) Sim ( ) Não
10. Ressuscitação de parada cardiorrespiratória em fibrilação ventricular: ( ) Sim ( ) Não
11. Sepsis grave/choque séptico: ( ) Sim ( ) Não
12. Politraumatismo: ( ) Sim ( ) Não
13. Complicações relacionadas à gravidez/parto/puerpério? ( ) Sim ( ) Não
14. Outros: \_\_\_\_\_

### COEXISTÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS

( ) Diabetes Mellitus ( ) Doença Renal Crônica ( ) Hipertensão Arterial ( ) DPOC ( ) Doença Hematológica ( ) Doença Cardiovascular ( ) Doença Gástrica ( ) Doença Auto Imune ( ) Doença Infecciosa ( ) Indicação para Palição ( ) Nenhuma

### AValiação

Outros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### REGULAÇÃO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Autorização: \_\_\_\_\_  
( ) Desistência por: \_\_\_\_\_ ( ) Óbito: \_\_\_\_\_  
( ) Transferência para: \_\_\_\_\_ Ocupação de leito: ( ) Autorizada ( ) Não Autorizada





**ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



Formulário de Autorização para 1ª Consulta de Oncologia - ONKO SOL

\*REGISTRO Nº:

Unidade de Origem/ Município:		
Nome do Paciente:		
Data de Nasc.:	Idade	Sexo: ( ) F ( ) M
Cartão SUS:	Tel.:	
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	
Exames Complementares:		
Hipótese Diagnóstica:		
Médico Solicitante: _____/_____/_____  _____ Assinatura e Carimbo	*Autorização: _____/_____/_____  _____ Edson Pereira dos Santos Gerente de Saúde Mat. 34509	

\*Preenchimento da SMS Cabo Frio



ITEM	DATA	QUANTIDADE FORNECIDA	FUNCIONÁRIO SOLICITANTE	HORÁRIO DA DISPENSAÇÃO	OBS:
01	/ /			:	
02	/ /			:	
03	/ /			:	
04	/ /			:	
05	/ /			:	
06	/ /			:	
07	/ /			:	
08	/ /			:	
09	/ /			:	
10	/ /			:	
11	/ /			:	
12	/ /			:	
13	/ /			:	
14	/ /			:	

*Funcionário Responsável*

---

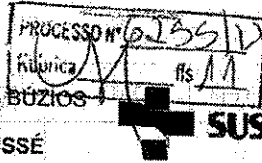
Obs: 

---

---



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL RODOLPHO PERISSÉ



### FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANO

OME  D.N.

SETOR  ENFERMARIA  PRONTUÁRIO

ANTIMICROBIANO

POSOLOGIA  VIA DE ADM.  TEMPO DE USO

EXAME BACTERIOLÓGICO? ( ) SIM ( ) NÃO MATERIAL

RESULTADO: ( ) POSITIVO ( ) NEGATIVO ( ) AGUARDANDO

SE POSSÍVEL, QUAL O MICROORGANISMO ISOLADO?

ALTERAÇÃO DE FUNÇÃO RENAL? ( ) SIM ( ) NÃO FUNÇÃO HEPÁTICA? ( ) SIM ( ) NÃO

JUSTIFICATIVA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MÉDICO SOLICITANTE \_\_\_\_\_ DATA: / /

AUTORIZAÇÃO DA C.C.I.H. \_\_\_\_\_ DATA: / /





**GUIA DE REFERÊNCIA**  
 SUS - Município de Armação dos Búzios



01	ORIGEM	UNIDADE
02	DA REF.	SETOR
03	DESTINO	UNIDADE
04	DA REF.	SETOR

*A REFERÊNCIA E A CONTRA-REFERÊNCIA SÃO REQUISITOS FUNDAMENTAIS DE RESOLUTIVIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE*

Nome: \_\_\_\_\_ SEXO  
 idade: \_\_\_\_\_ MAS FEM  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Nº do Prontuário: \_\_\_\_\_ Bairro Município

**MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:**

Consulta ambulatorial de \_\_\_\_\_  
 Exames complementares (especificar) \_\_\_\_\_  
 Outros (especificar) \_\_\_\_\_

**RELATO DO SETOR DE ORIGEM:**

História sumária: \_\_\_\_\_  
 Exames complementares e tratamento: \_\_\_\_\_  
 Hipótese diagnóstica (CID): \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo

**GUIA DE REFERÊNCIA**  
 SUS - Município do Rio de Janeiro

01	ORIGEM	UNIDADE
02	DA REF.	SETOR
03	DESTINO	UNIDADE
04	DA REF.	SETOR

*A REFERÊNCIA E A CONTRA-REFERÊNCIA SÃO REQUISITOS FUNDAMENTAIS DE RESOLUTIVIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
 DEVOLVA ATRAVÉS DO PACIENTE ESTA GUIA PREENCHIDA À UNIDADE/SETOR QUE LHE ENCAMINHOU A REFERÊNCIA*

Nome: \_\_\_\_\_ SEXO  
 idade: \_\_\_\_\_ MAS FEM  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Nº do Prontuário: \_\_\_\_\_ Bairro Município

**RELATO DO SETOR DE DESTINO**

Exames complementares e tratamento: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Orientações: \_\_\_\_\_

Data da Referência: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_





## LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

FAVOR PREENCHER  
COM LETRA LEGÍVEL

UNIDADE

NOME:

CÓDIGO/CGC:

ÓRGÃO EMISSOR

PACIENTE

NOME DO CLIENTE:

ENDEREÇO ( RUA, Nº, BAIRRO ):

MUNICÍPIO:

UF:

CEP:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

1 - MASCULINO  3 - FEMININO

CONDIÇÃO:

2 - SEGURADO  4 - CÔNJUGE  6 - FILHO  8 - OUTRO DEP.

SEGURADO

NOME DO SEGURADO:

PIS / PASEP / Nº INDIVIDUAL: VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

1 - EMPREGADO  2 - EMPREGADOR  3 - AUTÔNOMO  5 - DESEMPREGAO  7 - APOSENTADO  9 - NÃO SEGURADO

CGC DA EMPRESA:

CPF DO MÉDICO SOLICITANTE:

PROCED. SOLICITADO:

CART./ INT.:

DATA DE EMISSÃO:

CPF DO MÉDICO RESPONSÁVEL:

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

PREENCHER EM CASO DE  
ACIDENTE DE TRÂNSITO →

CAUSA EXTERNA:

CGC DA SEGURADORA:

Nº DO BILHETE:

SÉRIE:

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO INICIAL

CLÍNICA

- 1 - CIRURGICA  5 - PSIQUIÁTRICA  
 2 - OBSTÉTRICA  7 - PEDIÁTRICA  
 3 - CLÍNICA MÉDICA  9 - OUTRAS  
 4 - TISIOPNEUMOLOGIA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE (EXAMINADOR):

CRM

DATA



Ministério  
da  
Saúde

**LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA  
COMPLEXIDADE - APAC**

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)**

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

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

3 - NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_ 4 - Nº DO PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ 6 - DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ 7 - SEXO  Masc  Fem  8 - RAÇA/COR \_\_\_\_\_

9 - NOME DA MÃE \_\_\_\_\_ 10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_

11 - NOME DO RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) \_\_\_\_\_

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ 15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ 16 - UF \_\_\_\_\_ 17 - CEP \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____	NOME DO PROCEDIMENTO _____	QTDE _____
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____	NOME DO PROCEDIMENTO _____	QTDE _____
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____	NOME DO PROCEDIMENTO _____	QTDE _____

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

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_ CID 10 PRINCIPAL \_\_\_\_\_ CID 10 SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS \_\_\_\_\_

RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO \_\_\_\_\_

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS \_\_\_\_\_

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_

**SOLICITAÇÃO**

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ DATA DA SOLICITAÇÃO \_\_\_\_\_ ASSINATURA E CARIMBO \_\_\_\_\_

DOCUMENTO \_\_\_\_\_ NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF) \_\_\_\_\_

( ) CNS ( ) CPF \_\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO**

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_ COD ORGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC) \_\_\_\_\_

DOCUMENTO \_\_\_\_\_ NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF) \_\_\_\_\_

( ) CNS ( ) CPF \_\_\_\_\_

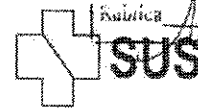
DATA DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_ ASSINATURA E CARIMBO \_\_\_\_\_ PERÍODO DE VALIDADE DA APAC \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)**

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE \_\_\_\_\_ CNES \_\_\_\_\_

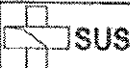


ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE



PROCESSO Nº 2.557/17  
 Clínica  
 fls 5/14

CUIDANDO DA NOSSA GENTE



Sistema Único de Saúde  
 Ministério da Saúde

### LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

#### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	

#### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO MASC. <input type="checkbox"/> 1 FEM. <input type="checkbox"/> 3	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO PR TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO - 15 - UF - 16 - CEP	

#### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
32 - ASSINATURA E GARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)			

#### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	35 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ DA EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
<input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO				

#### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO		44 - Cód. DO ÓRGÃO EMISSOR		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E GARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			



Sistema Único de Saúde  
 Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL**

fls. 1/2

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)**

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

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

3 - NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_ 4 - Nº PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (SNS) \_\_\_\_\_ 6 - DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ 7 - SEXO \_\_\_\_\_  
 MASC.  FEM.

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ 9 - TELEFONE DE CONTATO Nº TELEFONE \_\_\_\_\_  
 DDD \_\_\_\_\_

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) \_\_\_\_\_

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ 12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ 13 - UF \_\_\_\_\_ 14 - CEP \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 17 - QTDE \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)**

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 20 - QTDE \_\_\_\_\_

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 23 - QTDE \_\_\_\_\_

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 26 - QTDE \_\_\_\_\_

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 29 - QTDE \_\_\_\_\_

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 32 - QTDE \_\_\_\_\_

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

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_ 34 - CID10 PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 35 - CID10 SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS \_\_\_\_\_

37 - OBSERVAÇÕES \_\_\_\_\_

**SOLICITAÇÃO**

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 39 - DATA DA SOLICITAÇÃO \_\_\_\_\_ 42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_

40 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF \_\_\_\_\_ 41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO \_\_\_\_\_ 44 - Cód. DO ÓRGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) \_\_\_\_\_

45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF \_\_\_\_\_ 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_ 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_ 50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)**

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE \_\_\_\_\_ 52 - CNES \_\_\_\_\_





Sistema Único de Saúde  
 Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL - DADOS COMPLEMENTARES**

fls. 2/2

**1 - ONCOLOGIA**

IDENTIFICAÇÃO PATOLÓGICA DO CASO

53 - LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO \_\_\_\_\_ 54 - CID-10 TOPOGRAFIA \_\_\_\_\_

55 - LINFONÓDOS  SIM  NÃO NÃO \_\_\_\_\_ 56 - LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE(S) \_\_\_\_\_

57 - ESTÁDIO (UICC) \_\_\_\_\_ 58 - ESTÁDIO (OUTRO SISTEMA) \_\_\_\_\_ 59 - GRAU HISTOPATOLÓGICO \_\_\_\_\_

60 - DIAGNÓSTICO CITO/HISTOPATOLÓGICO \_\_\_\_\_ 61 - DATA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**1.1 - QUIMIOTERAPIA**

62 - TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES)  SIM  NÃO

TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES)	63 - DESCRIÇÃO	64 - DATA DE INÍCIO
1º		/ /
2º		/ /
3º		/ /

TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global

65 - CONTINUIDADE DO TRATAMENTO  SIM  NÃO 66 - DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO SOLICITADO \_\_\_\_\_ 67 - ESQUEMA(SIGLA OU ABERVIATURA) \_\_\_\_\_ 68 - TOTAL DE MESES PLANEJADOS \_\_\_\_\_ 69 - Nº DE MESES AUTORIZADOS \_\_\_\_\_

**1.2 - RADIOTERAPIA**

70 - TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES)  SIM  NÃO

TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES)	71 - DESCRIÇÃO	72 - DATA DE INÍCIO
1º		/ /
2º		/ /
3º		/ /

TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global

73 - CONTINUIDADE DE TRATAMENTO  SIM  NÃO 74 - DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO SOLICITADO \_\_\_\_\_

75 - FINALIDADE  RADICAL  ADJUVANTE  ANTÁLGICA  
 PALIATIVA  PRÉVIA  ANTIHEMORRÁGICA

76 - CID TOPOGRÁFICO	77 - DESCRIÇÃO	ÁREA IRRADIADA	78 - Nº CAMPOS/NCERÇÕES	79 - DATA DE INÍCIO	80 - DATA DE TÉRMINO
	1			/ /	/ /
	2			/ /	/ /
	3			/ /	/ /

**2 - NEFROLOGIA**

81 - PRIMEIRO ATENDIMENTO

DATA DA 1ª DIÁLISE REALIZADA \_\_\_\_\_

ALTURA \_\_\_\_\_ M ACESSO VASCULAR  SIM  NÃO

IMC(Kg/m<sup>2</sup>) \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ Kg aa HIV  POSITIVO  NEGATIVO

DIURESE \_\_\_\_\_ ml aa HCV  POSITIVO  NEGATIVO

GLICOSE \_\_\_\_\_ mg/dl Hbs Ag  POSITIVO  NEGATIVO

ALBUMINA \_\_\_\_\_ % ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL  SIM  NÃO

Hb \_\_\_\_\_ g%

82 - SEGUIMENTO

TRU \_\_\_\_\_ INSCRITO NA LISTA DA CNCDO  SIM  NÃO

Hb \_\_\_\_\_ g% aa HIV  POSITIVO  NEGATIVO

ALBUMINA \_\_\_\_\_ g% aa HCV  POSITIVO  NEGATIVO

INTERVENÇÃO \_\_\_\_\_ QTD Hbs Ag  POSITIVO  NEGATIVO

**SOLICITAÇÃO**

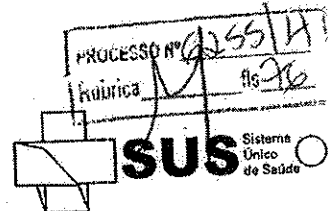
**AUTORIZAÇÃO**

83 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL SOLICITANTE

84 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL AUTORIZADOR



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Nº 1617

## LAUDO TÉCNICO DE INSPEÇÃO

1ª Via - Processo  
2ª Via - Estabelecimento  
3ª Via - Bloco / Arquiv.

Aos \_\_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
com fundamento na(s) disposição(ões) do(s) \_\_\_\_\_

apreendi na firma \_\_\_\_\_  
estabelecida: \_\_\_\_\_  
e procedi à inutilização dos alimentos relacionados e considerados **IMPRÓPRIOS PARA O CONSUMO**:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

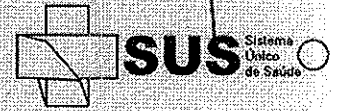
por apresentarem os seguintes caracteres organoléticos e físicos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CHEFE DA SEÇÃO DE FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA





ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PROCESSO Nº 251/11  
MUNICIPA Nº 28  
Nº 1617

## LAUDO TÉCNICO DE INSPEÇÃO

1ª Via - Processo  
2ª Via - Estabelecimento  
3ª Via - Bloco / Arquiv.

Aos \_\_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
com fundamento na(s) disposição(ões) do(s) \_\_\_\_\_

apreendi na firma \_\_\_\_\_  
estabelecida \_\_\_\_\_

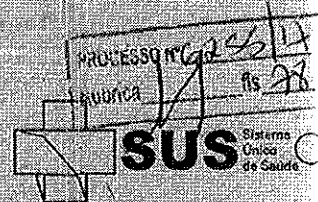
e procedi à inutilização dos alimentos relacionados e considerados **IMPRÓPRIOS PARA O CONSUMO**:

por apresentarem os seguintes caracteres organoléticos e físicos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CHEFE DA SEÇÃO DE FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



## LAUDO TÉCNICO DE INSPEÇÃO

Nº 1617

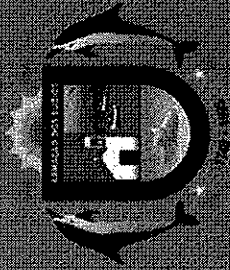
1ª Via - Processo  
2ª Via - Estabelecimento  
3ª Via - Bloco / Arquiv.

Aos \_\_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
com fundamento na(s) disposição(ões) do(s) \_\_\_\_\_

apreendi na firma \_\_\_\_\_  
estabelecida \_\_\_\_\_  
e procedi à inutilização dos alimentos relacionados e considerados **IMPRÓPRIOS PARA O CONSUMO**.

por apresentarem os seguintes caracteres organoléticos e físicos: \_\_\_\_\_

CHEFE DA SEÇÃO DE FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS Búzios

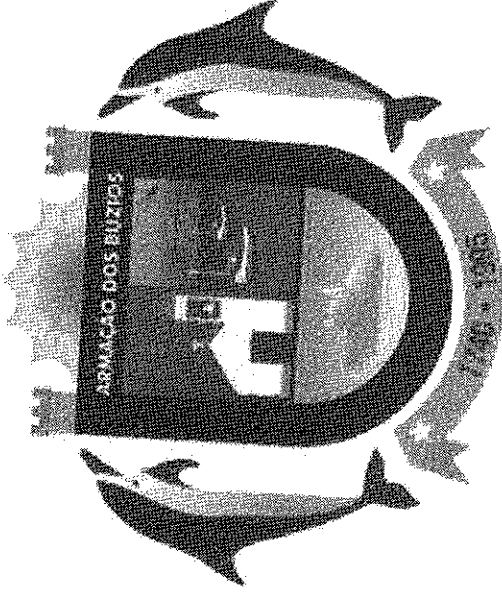
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

# MANUAL DE BOAS PRÁTICAS



2016



# **Manipulador de Alimentos**

PERIGOS, DTA'S, HIGIENE AMBIENTAL E DE UTENSÍLIOS.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária- Resolução RDC 259, de 20 de setembro de 2002- Regulamento Técnico para Rotulagem de Alimentos Embalados.
- Brasil: Ministério da Saúde- Rotulagem nutricional obrigatória: Manual de Orientação às Indústrias de Alimentos- 2ª Versão / Agência Nacional de Vigilância Sanitária- Universidade de Brasília- Brasília: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária / Universidade de Brasília, 2005, 44p.
- Brasil: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária — Cartilha sobre Boas Práticas para Serviço de Alimentação: Resolução RDC 216, de 15 de setembro de 2004.
- Brasil: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária — Orientações para os consumidores de saneantes, 2007.
- Brasil: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde - Guia para uma alimentação segura para viajantes, 2007.
- Brasil: Secretaria Especial de Agricultura e Pesca e Agência Nacional de Vigilância Sanitária — Escolha Bem o seu Pescado: Cartilha orientativa, 2008.
- Brasil: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde - O agente comunitário de saúde no controle da dengue, 2009. Série F. Comunicação e Educação em Saúde, 36p.
- São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo — Secretaria Municipal de Saúde — Portaria 2.619, de 06 de dezembro de 2011.
- São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo - Lei 13.725 de 09 de janeiro de 2004 — Código Sanitário do Município de São Paulo.
- São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo - Lei 14.264, de 06 de fevereiro de 2007 - Normas para utilização de caixas descartáveis e retornáveis no acondicionamento, transporte, distribuição e venda de alimentos hortifrutícolas "in natura" no âmbito do Município de São Paulo.
- Estado de São Paulo: Lei 14.592, de 19 de outubro de 2011 - Proíbe vender, ofertar, fornecer, entregar e permitir o consumo de bebida alcoólica, ainda que gratuitamente, aos menores de 18 (dezoito) anos de idade, e dá providências correlatas.
- LEITURA COMPLEMENTAR**
- ANVISA — Legislação  
[www.anvisa.gov.br/e-legis](http://www.anvisa.gov.br/e-legis)
- COVISA — Coordenação de Vigilância em Saúde  
[www.prefeitura.sp.gov.br/covisa](http://www.prefeitura.sp.gov.br/covisa)
- Lei Antifumo  
[www.leiantifumo.sp.gov.br](http://www.leiantifumo.sp.gov.br)
- Elaboração, distribuição e informações:  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
Coordenação de Vigilância em Saúde  
Gerência de Vigilância de Produtos e Serviços de Interesse da Saúde.  
Subgerência de Alimentos

**Dr. André Granado Nogueira da Gama**

Prefeito Municipal

**FÁBIO HENRIQUE PASSOS WAKNIN**

Secretário Municipal de Saúde

**Edem Souza da Silva Filho**

Gerente de Vigilância em Saúde

**Celymar Sales Rabêlo**

Supervisora da Vigilância Sanitária



## PLANILHA DE RECEBIMENTO DE PRODUTOS

**Responsável**

**Frequência: A cada recebimento**

Data	Nome do produto	Tipo de alimento		Características do produto estão adequadas?		Condições da embalagem estão adequadas?		Condições do transporte estão adequadas?		Ações efetuadas <sup>2</sup>	
		Seco	Refrigerado (°C)	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Recebimento de produto	Devolução do produto

<sup>1</sup> Marcar um X se for alimento seco ou anotar a temperatura no caso de alimento refrigerado.

<sup>2</sup> Marcar um X na ação que está sendo efetuada (recebimento ou devolução do produto).

## Anexo 2 - Modelos de planilhas

### Planilhas de temperatura

Devem ser utilizadas para:

- O controle da temperatura de equipamentos de refrigeração/congelamento e de produtos armazenados neles;
- Para a conservação de alimentos prontos que serão servidos quentes ou frios.

#### Controle de temperatura de alimentos/equipamentos

Responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Produto alimentício/Equipamento: \_\_\_\_\_

Hora	Temperatura do equipamento (°C)	Temperatura do produto (°C)

Especificação - Temperatura máxima do equipamento: \_\_\_\_\_ °C

Temperatura máxima do produto: \_\_\_\_\_ °C

## Apresentação

A coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA) elaborou este manual de acordo com o novo Regulamento Técnico de Boas Práticas de Manipulação de Alimentos (Portaria SMS-G nº 2619/11), visando orientar os profissionais da área quanto às condições que devem ser observadas para garantir a segurança alimentar.

A revisão do Regulamento contou com a participação da Fiscalização Sanitária, bem como foi submetida à consulta pública, possibilitando a colaboração dos cidadãos e do setor regulado pela vigilância.

O conhecimento quanto às boas práticas de manipulação de alimentos é essencial para reduzir o risco de contaminação destes produtos e prevenir a transmissão de doenças aos consumidores.

Este manual busca facilitar o acesso à informação àqueles que trabalham na cadeia produtiva de alimentos, demonstrando-lhes a relevância de seu trabalho frente a população.

Celymar Sales Rabêlo

## MISSÃO

PROMOVER E PROTEGER A SAÚDE DA POPULAÇÃO POR MEIO DE AÇÕES INTEGRADAS E ARTICULADAS DE COORDENAÇÃO, NORMATIZAÇÃO, CAPACITAÇÃO, EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO, APOIO TÉCNICO, FISCALIZAÇÃO E AVALIAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA.

## VISÃO

SER UM CENTRO DE REFERÊNCIA, COORDENADOR DA REDE MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, GARANTINDO A INCLUSÃO SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA PARA PROTEÇÃO DA VIDA.

## VALORES

ÉTICA, RESPONSABILIDADE, COMPROMISSO SOCIAL, CONHECIMENTO TÉCNICO DA INFORMAÇÃO, AGILIDADE E TRANSPARÊNCIA.

## Anexo 1 - Modelos de POPs

Estes são alguns modelos de Procedimentos Operacionais Padrões (POPs) que devem permanecer afixados em local visível, próximos dos locais onde serão realizados os procedimentos. **Não se esqueça! Os POPs devem ser específicos, elaborados para cada estabelecimento.**

**POP de Higienização do Ambiente de Trabalho (pisos, paredes, sanitários, estrados, luminárias etc.)**

Responsável pela tarefa: Rebeca e Antenor

Frequência: Verificar frequências no capítulo 7.2

1. Efetuar a remoção dos resíduos secos;
2. Molhar com água a área que será limpa;
3. Aplicar detergente e esfregar com vassoura, escova ou esponja, de acordo com o local que está sendo limpo;
4. Efetuar o enxague para retirar por completo o detergente;
5. Em um balde, adicionar uma colher de sopa de água sanitária a 2,5% de cloro, para cada litro de água;
6. Efetuar a aplicação da solução acima no local que está sendo limpo, deixando agir por 10 minutos.

**POP de Higiene Pessoal do Trabalhador ao Iniciar o Serviço**

1. Ao chegar no sanitário ou vestiário, lavar as mãos;
2. Colocar o uniforme limpo, gorro ou rede prendendo todo o cabelo e sapato fechado;
3. Tirar brincos, pulseiras, anéis, relógio e outros adornos;
4. Escovar os dentes;
5. Lavar as mãos.

## 9 MANUAL DE BOAS PRÁTICAS E PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRONIZADOS

O Manual de Boas Práticas é o documento que descreve as operações realizadas pela pessoa física ou jurídica, e que inclui, no mínimo, os requisitos sanitários dos edifícios, a manutenção da higienização das instalações, dos equipamentos e dos utensílios, o controle de qualidade da água para consumo humano, o controle integrado de pragas urbanas, controle da higiene e saúde dos manipuladores e o controle e garantia de qualidade do produto final. Os estabelecimentos devem possuir os Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs), que são procedimentos escritos de forma objetiva que estabelece instruções sequenciais para a realização de operações rotineiras e específicas na produção, armazenamento e transporte de alimentos.

Os POPs referentes às operações de higienização de instalações, equipamentos, móveis e utensílios, por exemplo, devem conter informações sobre: natureza da superfície a ser higienizada, método de higienização, princípio ativo selecionado e sua concentração, tempo de contato dos agentes químicos e ou físicos utilizados na operação de higienização, temperatura e outras informações que se fizerem necessárias.

O POP é o passo a passo de como realizar todas as atividades do estabelecimento, como a limpeza e desinfecção de utensílios, por exemplo. Nesse passo a passo deve estar contemplado quando, como e onde realizar os procedimentos.

O POP deve permanecer afixado em local visível para que o trabalhador responsável pela tarefa possa executá-la corretamente.

## Sumário

### APRESENTAÇÃO

### PREFÁCIO

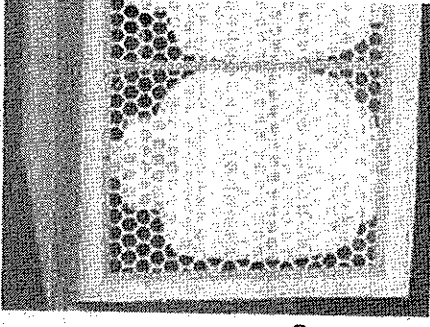
1. IMPORTÂNCIA DAS BOAS PRÁTICAS NA MANIPULAÇÃO DE ALIMENTOS SEGUROS
2. CONTAMINAÇÃO DOS ALIMENTOS
3. MICROORGANISMOS EM ALIMENTO
4. CUIDADOS COM O FUNCIONÁRIO
5. USANDO O TERMÔMETRO
6. BOAS PRÁTICAS DAS COMPRAS AO CONSUMO
7. BOAS PRÁTICAS DE HIGIENE NO LOCAL DE TRABALHO
8. EDIFICAÇÕES E INSTALAÇÕES

### MANUAL DE BOAS PRÁTICAS E PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRONIZADOS

### 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Quais outros itens são importantes nas instalações?

- O botijão de gás deve ser instalado em local arejado, longe de fonte de calor.
- Os ralos devem ser sifonados e as grelhas devem possuir dispositivos de proteção que impeçam o acesso de pragas e vetores;
- Os encanamentos devem estar bem conservados e sem vazamento;
- Não deve existir caixa de esgoto dentro das áreas de pré-preparo, preparo e armazenamento de alimentos. No local onde estiverem instaladas, as caixas de esgoto devem ser mantidas bem vedadas;



- É obrigatória a presença de caixa de gordura, mantida bem vedada, próxima à área de geração do resíduo. A caixa de gordura deve estar localizada fora das áreas de manipulação e armazenamento de alimentos. A mesma deve ser limpa com frequência de forma a evitar atrativo para pragas e vetores.

Quais cuidados devem ser tomados com as instalações elétricas no estabelecimento?

As instalações elétricas devem ser embutidas ou, caso não seja possível, revestidas por tubulação de fácil limpeza. As luminárias devem estar protegidas contra explosões e quedas nos locais onde alimentos não estiverem embalados. A iluminação deve ser uniforme de modo a não alterar as características visuais dos alimentos.

A handwritten signature or mark in the bottom right corner of the page.

- Paredes, pisos e teto de material liso, resistente e impermeável, em bom estado de conservação;
- Ventilação e iluminação adequadas. As janelas também devem estar protegidas com telas milimétricas;
- O banheiro não deve ter comunicação direta com áreas de manipulação e armazenamento do alimento;
- Portas com molas e proteção na parte inferior contra a entrada de animais;
- Boas condições de higiene e manutenção.

#### Todo estabelecimento deve possuir vestiário?

Os estabelecimentos comerciais classificados como Micro Empresa (ME), Empresa de Pequeno Porte (EPP) ou Empresa registrada como sociedade limitada - Ltda, optante pelo Sistema Tributário Simples estão dispensados da exigência de vestiário, desde que no sanitário tenha chuveiro e que os funcionários possam guardar seus pertences de forma organizada.

#### Como deve ser o vestiário?

Separados por sexo, com armários individuais bem conservados e limpos, com ventilação e iluminação adequadas;



## 1. IMPORTÂNCIA DAS BOAS PRÁTICAS NA MANIPULAÇÃO DE ALIMENTOS SEGUROS

As Boas Práticas de Manipulação de Alimentos são as práticas de organização e higiene necessárias para garantir alimentos seguros envolvendo todas as etapas: seleção dos fornecedores, compras, recebimento, pré-preparo, preparo, embalagem, armazenamento, transporte, distribuição e exposição à venda para o consumidor final.

## 2. CONTAMINAÇÃO DOS ALIMENTOS

### O que é contaminação?

É a presença de qualquer matéria estranha que não pertença ao alimento.

### Tipos de contaminação:

#### FÍSICA

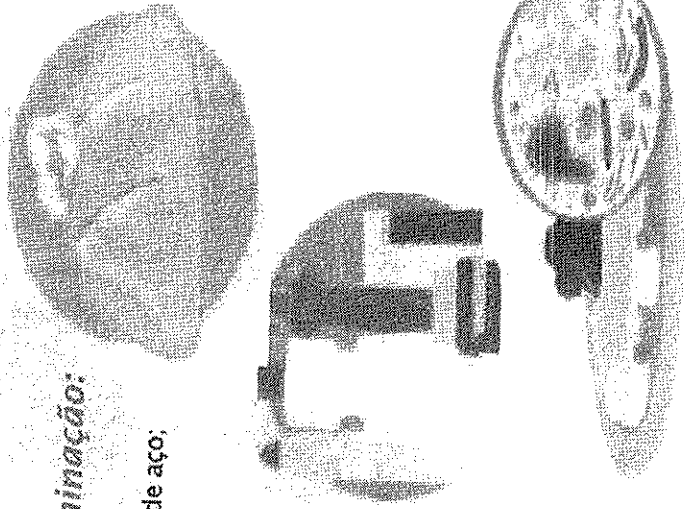
- Fragmentos de palha de aço;
- Cabelo, fios de barba;
- Pedações de unha;
- Pedra no feijão;
- Caco de Vidro.

#### QUÍMICA

- Produtos de limpeza;
- Inseticida.

#### BIOLÓGICA

- Fungos;
- Bactérias;
- Protozoários;
- Vírus;
- Vermes

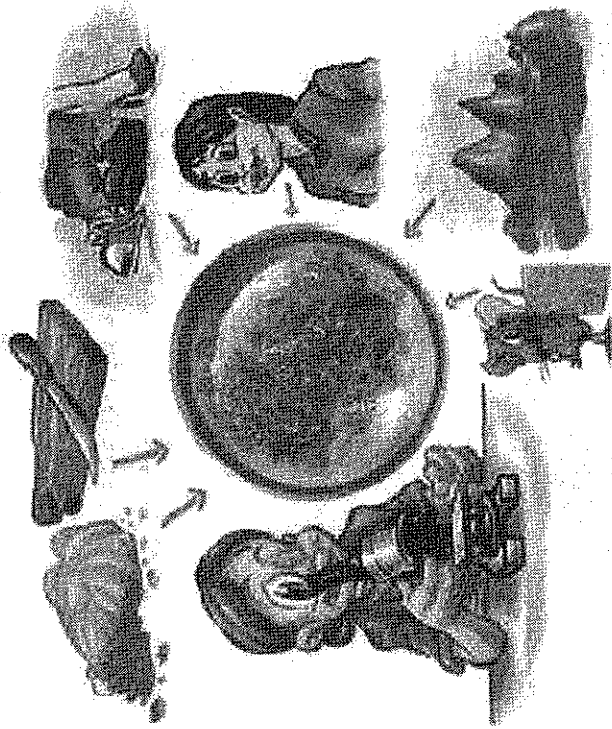


Handwritten signature or initials.

### 3. MICRO-ORGANISMOS EM ALIMENTO

#### O que são micro-organismos?

São seres vivos tão pequenos que só podemos enxergá-los com microscópio e, muitos dos quais, podem causar doenças.



#### Todos os micro-organismos causam doença.

Não. Existem vários tipos:

**Os úteis:** utilizados na produção de queijos, iogurtes, leites fermentados;

**Os deteriorantes:** são os que estragam os alimentos, mudando o aspecto, cheiro e sabor, o que impede o consumo do produto;

### 8. EDIFICAÇÕES E INSTALAÇÕES

#### Como deve ser a área externa do estabelecimento?

Deve ser limpa, com ausência de lixo, objetos em desuso, animais domésticos, insetos e roedores. O estabelecimento não deve ter comunicação direta com dependências residenciais.

#### Como deve ser a área interna do estabelecimento?

A área interna deve permitir um bom desenvolvimento das atividades e uma adequada manipulação dos alimentos. A área física deve ser compatível com o volume de produção de modo a garantir a qualidade e a segurança do alimento.

#### A Vigilância Sanitária exige algum material específico no revestimento das instalações?

O material utilizado deve favorecer a higienização e manutenção das instalações. Pisos, paredes, tetos, portas e janelas devem ser de material liso, resistente, impermeável e lavável, sempre em bom estado de conservação e higiene.

#### Em quais circunstâncias é necessária a existência de banheiros para o público?

No estabelecimento onde há consumação é exigido sanitário para o público.

#### As instalações sanitárias para funcionários devem possuir quais condições?

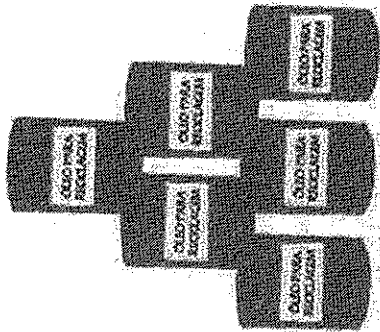
- Pia para a higienização das mãos com um sabonete líquido e um antisséptico ou um sabonete líquido antisséptico e toalha de papel de cor clara não reciclado;
- Descarga automática;
- Bacia sifonada com tampa;
- Lixeira com tampa e pedal em sanitários;

Que procedimentos devem ser feitos periodicamente com respeito ao lixo?

1. Lavar diariamente os recipientes e a área reservada para o lixo;
2. Troque o saco de lixo com frequência e antes que fique cheio para que possa ser fechado com facilidade, evitando o mau cheiro e as pragas;
3. Sempre lave as mãos após a remoção do lixo.

O que deve ser feito com resíduos de produção como óleos?

Existem empresas especializadas no reprocessamento que fazem a coleta desse material. Os resíduos devem ser acondicionados em recipientes rígidos, fechados, identificados e fora de manipulação de alimentos. Com estes cuidados, se evita a presença de roedores e insetos. Estes resíduos não devem ser descartados diretamente no esgoto e muito menos no sistema de coleta de água de chuva.



#### FIQUE ATENTO!

O trajeto de remoção do lixo deve ser por local diferente de onde entram os alimentos, para que ambos não entrem em contato, evitando a contaminação. Na impossibilidade, utilize horários diferentes! Se o lixo for coletado por empresas especializadas, o contrato deve indicar o destino dos resíduos e as notas fiscais deverão permanecer no próprio estabelecimento.

Os patógenos: são os que causam doenças sem alterar aspecto, cheiro ou sabor do alimento.

### Quais os sintomas das doenças de origem alimentar?

Os sintomas mais frequentes são:

- Diarréia;
- Dores de estômago;
- Vômitos;
- Cólica abdominal.

Os sintomas dependem da causa da doença. Podem ocorrer muito depressa, logo após a ingestão do alimento, ou podem levar dias ou semanas a aparecerem.

Na maioria dos casos de doenças de origem alimentar os sintomas aparecem 24-72 horas após a ingestão do alimento e pode levar a problemas de saúde durante um longo período de tempo.

### Onde são encontrados os micro-organismos?

Em todos os lugares!

No ar, água, terra, pessoas, animais, utensílios e no próprio alimento.

Apesar dos micro-organismos estarem em todos os lugares, encontra-se com mais facilidade em:

- Fezes;
  - Água e solo;
  - Fatos, insetos e outras pragas;
  - Animais domésticos e marinhos (cães, peixes, vacas, galinhas, porcos etc.);
  - Pessoas (intestinos, boca, nariz, mãos, unhas e pele).
- Todo alimento possui certa quantidade de micro-organismos. É a contaminação de origem.

Exemplos: verduras, frutas, grãos, ovos crus, carnes cruas, água não tratada.



Além da contaminação de origem, existe a contaminação cruzada.

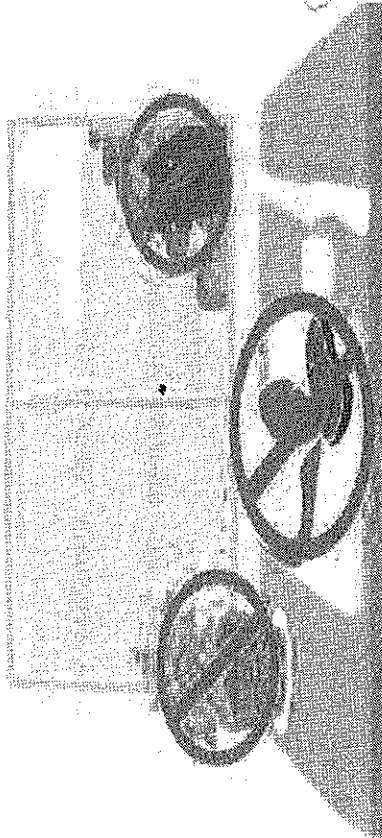
### O que significa contaminação cruzada?

É a contaminação que acontece quando micro-organismos são transferidos de um alimento ou superfície para outro alimento por meio de utensílios, equipamentos ou do próprio manipulador. Exemplo: cortar com a mesma faca e na mesma tábua carne crua e cozida sem antes higienizá-las.

Se os micro-organismos estão presentes em todos os lugares e alguns são capazes de nos causar doenças, por que não ficam sempre doentes?

Porque os seres humanos têm uma resistência natural aos micro-organismos.

Por causa desta resistência, a maioria dos micro-organismos, quando em quantidades pequenas, não é capaz de produzir doenças. Para que causem doenças é necessário que estejam presentes em quantidades maiores.



A falta de cuidados de higiene durante a manipulação de alimentos aumenta o risco de contaminação por micro-organismos causadores de doenças. Alguns micro-organismos, comumente encontrados em alimentos, como a bactéria salmonela em carne de frango e ovos, podem causar sérios danos, especialmente em crianças, idosos, gestantes e em pessoas doentes. Outra bactéria muito conhecida porque pode levar a morte é o *Clostridium botulinum*, causador do botulismo.

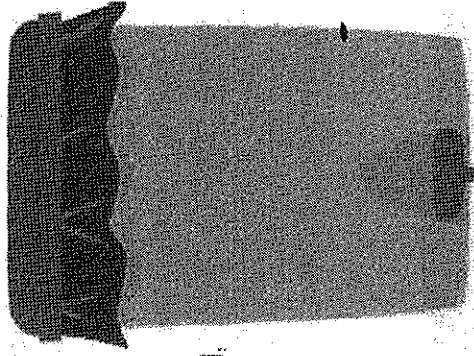
### OUHEA DICA

- A melhor forma de evitar a presença de pragas e vetores são **MEDIDAS PREVENTIVAS**. Além de mais saudáveis, também são mais econômicas!

### 3.4 ADICIONAMENTO E DESTINO DO LIXO

Como deve ser armazenado o lixo na área de manipulação?

1. Acondicione o lixo em sacos plásticos resistentes;
2. Conserve os sacos de lixo em recipientes de plástico ou de metal (de fácil limpeza);
3. O recipiente deve ter tampa e pedal, permanecendo sempre fechado;
4. Deixe o recipiente do lixo afastado das mesas, pias, utensílios e do armazenamento de alimentos para evitar a contaminação cruzada.



Como armazenar o lixo em áreas externas?

1. Protegido da chuva e do sol;
2. Em recipientes bem fechados, de fácil limpeza;
3. Em recipientes separados por tipo: lixo orgânico (restos de alimentos) e lixo reciclável (papel, vidro, plástico e metal).

O que deve ser observado para a contratação de uma boa Empresa Controladora de Pragas Urbanas?

Toda Empresa Controladora de Pragas Urbanas deve possuir cadastro/ licença na Vigilância Sanitária e ter um responsável técnico.

Este responsável técnico deve elaborar um relatório técnico de visita e disponibilizá-lo ao estabelecimento. Quando da aplicação de produtos químicos, o Comprovante de Execução do Serviço, emitido pela empresa Controladora de Pragas, deve conter as seguintes informações:

- A. Identificação da contratante: razão social e endereço completo;
- B. Identificação da empresa especializada prestadora do serviço com razão social, nome fantasia, número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica, endereço completo, telefone e números das licenças sanitária e ambiental com seus respectivos prazos de validade;
- C. Descrição dos serviços executados, incluída a indicação das pragas e vetores alvos, o mapeamento das iscas e armadilhas, caso as mesmas sejam utilizadas;
- D. Nome dos saneantes desinfestantes utilizados com a indicação do ingrediente ativo e da formulação, das quantidades e das concentrações aplicadas, além dos números dos registros desses produtos na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- E. Indicação dos procedimentos que devem ser adotados antes e depois da aplicação de saneantes desinfestantes visando a prevenção da contaminação dos alimentos, equipamentos e utensílios, e da intoxicação de funcionários e usuários;
- F. Informações sobre os saneantes desinfestantes utilizados para uso médico: grupo químico, ingrediente ativo, formulação, ação tóxica, antídoto e tratamento adequado;
- G. Número do telefone de centro de informação toxicológica localizado no município de São Paulo;
- H. Assinatura, identificação legível e número de inscrição do Responsável Técnico no Conselho Regional de Classe.

## Como um alimento se torna inseguro?

Um alimento se torna inseguro quando os micro-organismos presentes nele atingem a dose infectante, podendo causar doença na pessoa que o consome. Esta dose infectante pode ser alcançada quando se permite a multiplicação dos micro-organismos no alimento.

O cheiro e o sabor e a aparência dos alimentos não são os fatores indicados para reconhecer se o alimento vai provocar uma doença de origem alimentar. Mesmo um alimento bonito, gostoso e cheiroso pode conter muito micro-organismos causadores de doenças!

Para que os micro-organismos se multipliquem eles precisam encontrar certas condições favoráveis, como:

**Água:** quanto mais água livre um alimento tiver, maior é a multiplicação dos micro-organismos. Carne bovina, suína, aves, pescados, leite e queijos são alimentos ricos em água.

Alimentos secos como pão, bolacha, cereais matinais e goiabada, duram mais que outros porque têm menor quantidade de água.

**Nutrientes:** os micro-organismos necessitam de nutrientes como proteínas e carboidratos.

**Ar:** Os micro-organismos, diferentemente de outros seres vivos, podem ou não precisar de ar para se multiplicar.

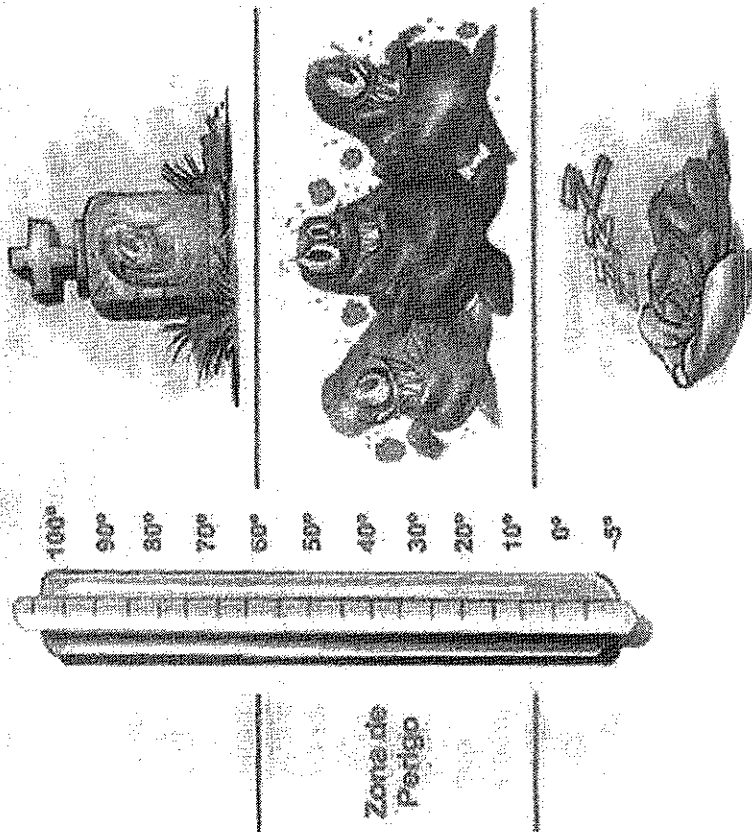
**Acidez:** A maioria dos micro-organismos não se multiplicam quando o alimento é muito ácido. A indústria de alimentos utiliza de tecnologia para acidificar os produtos. Os alimentos pouco ácidos como o palmito, milho, manga, melão, melancia, mamão, queijos, carnes, pescados, entre outros, favorecem a multiplicação de micro-organismos.

**Tempo:** Os micro-organismos precisam de tempo suficiente para multiplicarem-se. As bactérias, por exemplo, podem se multiplicar de 20 em 20 minutos. Em pouco tempo o alimento pode apresentar

a quantidade de bactérias que atinja a dose infectante capaz de causar doença.

Portanto, é preciso estar atento ao tempo de preparo, armazenamento e Portanto, é preciso estar atento ao tempo de preparo, armazenamento e distribuição do alimento.

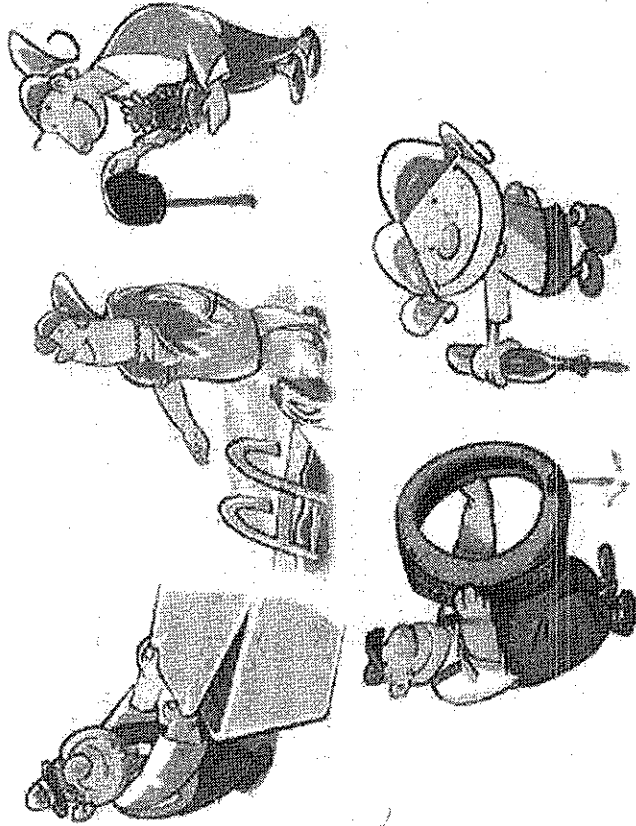
**Temperatura:** Temperaturas entre 5° e 60°C favorecem a multiplicação de micro-organismos. Temperaturas muito altas ou muito baixas dificultam a multiplicação dos micro-organismos. Observe o termômetro:



Observando a informação da figura do termômetro, percebemos que a zona de temperatura perigosa para a segurança dos alimentos

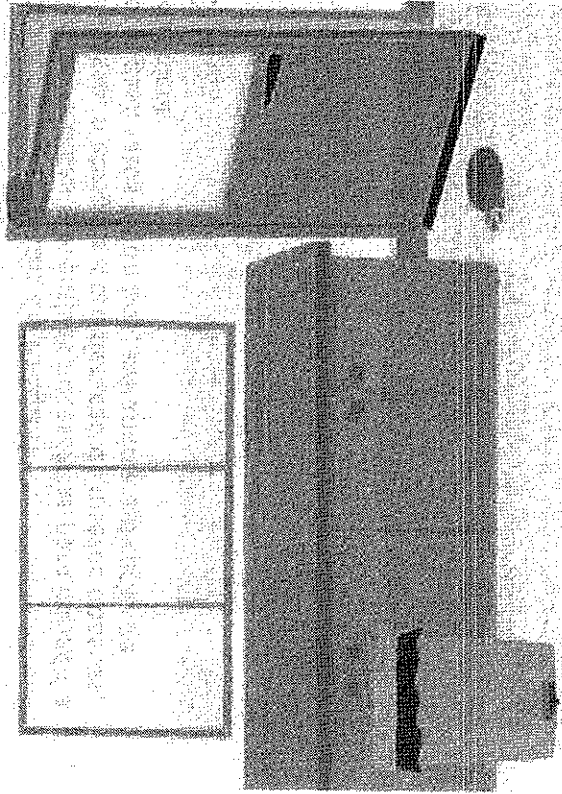
Quais as medidas para prevenção da dengue?

- Limpar as calhas e as lajes das edificações;
- Manter recipientes e locais de armazenamento de água, como caixas d'água, poços, latões e tambores, bem fechados;
- Guardar garrafas vazias de boca para baixo e protegê-las até o momento da coleta;
- Retirar todo e qualquer material em desuso da área externa, verificar se existem pneus, latas ou qualquer outro objeto que possa acumular água;
- Manter o lixo tampado e seco até seu recolhimento;
- Separar copos descartáveis, tampas de garrafas, latas, embalagens plásticas, enfim, tudo que possa acumular água. Fechar bem em sacos plásticos e colocar no lixo;
- Identificar, na vizinhança, a existência de casas desocupadas e terrenos vazios, e localizar os donos para verificar se existem criadouros do *Aedes aegypti*.



Quais são as práticas preventivas para que as pragas não sejam um problema em seu estabelecimento?

1. Evite buracos e fendas nas portas, nas janelas, no teto, pisos, paredes e entre os azulejos. Feche todas as aberturas para o ambiente externo utilizando telas milimétricas nas janelas e nos exaustores, proteção nos rodapés das portas, vedação nas aberturas de vãos de telhado e proteção nos ralos e grelhas. Verifique todos os produtos recebidos, caixas podem vir com insetos e roedores. As pragas se instalam em seu estabelecimento se encontrarem facilidades de acesso, abrigo e alimento;
2. Mantenha a vegetação aparada e o lixo acondicionado corretamente. Não deve haver acúmulo de água no ambiente externo ou água parada em objetos e materiais em desuso, de forma a prevenir a proliferação de mosquitos e evitar a dengue;
3. Havendo necessidade de aplicar produtos químicos, deve ser contratada uma empresa especializada no controle de pragas que apresente licença de funcionamento expedida pela Vigilância Sanitária.



fica entre 5°C e 60°C. Portanto, os alimentos quentes devem ser mantidos bem quentes e os frios bem frios.

### Por que manter sob refrigeração ou congelamento alimentos perecíveis?

Alimentos perecíveis têm características favoráveis à multiplicação de micro-organismos deteriorantes e também de patogênicos. A temperatura de refrigeração retarda esta multiplicação. Determinadas bactérias patogênicas, ao se multiplicarem no alimento, podem produzir toxinas. Algumas destas toxinas não são destruídas pelo cozimento, fritura ou ao assar um alimento. Mesmo os alimentos que foram cozidos podem conter bactérias resistentes na forma de esporos. Os esporos dão origem a novas bactérias quando o alimento fica na zona de temperatura perigosa (5° a 60°C).

### Existem substâncias químicas que podem ser utilizadas para conservar os alimentos?

As indústrias utilizam substâncias conservantes para impedir ou retardar a multiplicação de bactérias, mas somente técnicos legalmente habilitados podem utilizá-las, pois quando utilizadas em doses erradas podem ser tóxicas para o homem (contaminação química).



Impeça que os micro-organismos causem a si e aos outros doenças, seguindo as "cinco chaves para uma alimentação mais segura" recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS):

1. Mantenha a limpeza;
2. Separe alimentos crus de alimentos cozidos;
3. Cozinhe bem os alimentos;
4. Mantenha os alimentos a temperaturas seguras;
5. Utilize água e matérias-primas seguras

### Existem substâncias químicas que podem ser utilizadas para conservar os alimentos?

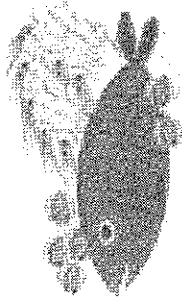
As indústrias utilizam substâncias conservantes para impedir ou retardar a multiplicação de bactérias, mas somente técnicos

legalmente habilitados podem utilizá-las, pois quando utilizadas em doses erradas podem ser tóxicas para o homem (contaminação química).

**Exemplos:**

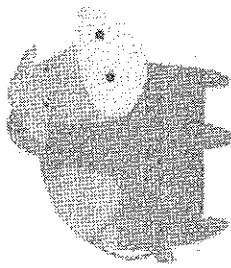
- Ácidos em conservas de vegetais;
- Nitritos e nitratos em produtos cárneos.

Após considerar todos esses conceitos, conheça os alimentos que devem ser manipulados com mais cuidado:



**PESCADOS**

(peixes, mariscos e crustáceos)



**CARNE BOVINA**



**CARNE SUÍNA**



**OVOS IN NATURA (crus)**



19. A desinfecção pode ser feita com água quente? Sim, desde que a temperatura da água esteja, no mínimo, a 80°C, devendo os utensílios e equipamentos ficar imersos durante 1 (um) minuto.

20. Pode-se utilizar máquina de lavar louças?

Sim, desde que atinjam temperaturas de 55° a 65°C na lavagem e de 80° a 90°C no enxágue, ou conforme recomendação do fabricante.

21. É necessário desmontar os equipamentos para realizar sua higienização?

Sim, os equipamentos devem ser desmontados, sempre que possível, para facilitar a limpeza. A remoção das sujidades aderidas deve ser feita utilizando-se escovas de cerdas sintéticas, de dureza adequada à superfície ou de acordo com a recomendação do fabricante.

### 7.3 CONTROLE INTEGRADO DE PRAGAS

O que é Controle Integrado de Pragas?

É o conjunto de medidas preventivas necessárias para impedir a atração, o acesso, o abrigo e a proliferação de insetos (moscas, baratas, formigas), ratos e pombos, evitando a aplicação de produtos químicos.



#### É IMPORTANTE LEMBRAR QUE

Os restos de alimento e o lixo são focos de contaminação. Quando acumulados e não acondicionados corretamente, atraem insetos, ratos e pombos que provocam doenças por carregarem micro-organismos nocivos. É no lixo que se encontram os produtos e as substâncias

15. Como deve ser o processo para higienização dos equipamentos, móveis e utensílios?

Realizar a limpeza para remoção de sujidades e a lavagem com água e sabão ou detergente;

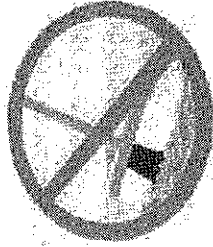
1. Enxaguar e efetuar a desinfecção química deixando o produto em contato com a superfície que será desinfetada, conforme recomendação do fabricante;

2. Deixar secar naturalmente ou usar pano descartável.

Os funcionários que realizarem esta tarefa devem utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI): bota de borracha ou sapato fechado e luvas.

16. Por que não é permitido varrer a seco?

Quando se varre a seco, a sujeira que estava depositada no chão ficará em suspensão no ar, podendo contaminar os alimentos, os equipamentos e os utensílios.



17. É correto higienizar as instalações e equipamentos durante a manipulação dos alimentos?

Não, é proibido proceder à limpeza e desinfecção das instalações e equipamentos durante as etapas de manipulação dos alimentos. A higienização dos mesmos só deve ser feita quando terminada essas etapas.

18. O que significa sistema de limpeza a seco? Como ele é realizado?

O sistema de limpeza a seco consiste na retirada de partículas, de sujidades ou resto de produtos através de métodos físicos. Deve-se desmontar o equipamento sempre que possível para facilitar a limpeza. A remoção de sujidade aderida deve ser feita com escovas de cerdas sintéticas, de dureza adequada à superfície. A sujeira deve ser retirada pelo sistema de aspiração ou outro compatível com o processo. No sistema de limpeza a seco, a higienização só deve ser empregada quando o nível de contaminação ambiental exigir.

## SALADAS QUE CONTÊM CARNES LEITE E DERIVADOS 4. CUIDADOS COM O FUNCIONÁRIO

Que cuidados devem ser tomados com todos os funcionários para a produção de alimentos seguros?

Todos os funcionários devem manter bons hábitos de higiene, boas condições de saúde e ser, continuamente, treinados em boas práticas de manipulação de alimentos.

O que os funcionários devem fazer para manter a higiene pessoal?

1. Tomar banho diariamente;

2. Lavar a cabeça com frequência e escovar bem os cabelos;

3. Escovar os dentes após cada refeição;

4. Conservar as unhas curtas, limpas e sem esmaltes ou bases;

5. Retirar todos os adornos, como anéis,

pulseiras, relógio, antes de higienizar

as mãos e vestir os uniformes;



6. Usar uniformes limpos e bem conservados;

7. Utilizar papel toalha para secar as mãos e o suor.

#### 4.1 HIGIENE PESSOAL

Por que a Higiene Pessoal adequada é importante?

Nós todos trazemos em nossa boca, mãos, nariz ou sobre a pele as bactérias causadoras de doenças que podem ser levadas ao alimento.

Mantendo-se saudável e limpo, o manipulador pode ajudar a evitar uma doença por consumo de alimento contaminado.

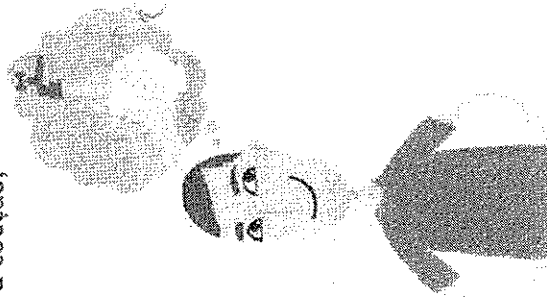
Quando as mãos devem ser higienizadas?

O funcionário deve higienizar as mãos sempre que:

- Chegar ao trabalho;
- Utilizar os sanitários ou vestiários;
- Iniciar, interromper ou trocar de atividade;
- Após manipular alimentos crus ou não higienizados;
- Antes de manipular alimentos submetidos à cocção, higienizados ou prontos para consumo;
- Tossir, espirrar, assoar o nariz, tocar no corpo ou cabelo;

- Usar utensílios e materiais de limpeza, como vassouras, rodos, pás, panos de limpeza, entre outros;
- Manipular lixo e outros resíduos;
- Tocar em sacarias, caixas, garrafas, maçanetas, sapatos ou outros objetos estranhos à atividade;

- Pegar em dinheiro;
- Antes de vestir e após retirar as luvas



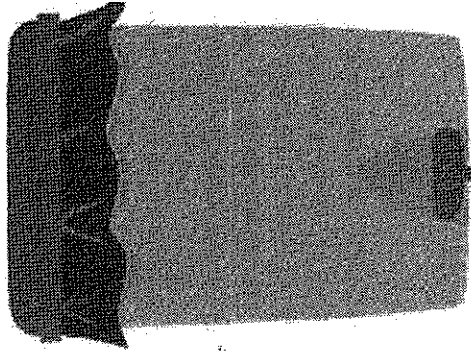
#### OLHEA DICA:

- A melhor forma de evitar a presença de pragas e vetores são MEDIDAS PREVENTIVAS! Além de mais saudáveis, também são mais econômicas.

#### 4.1 ACONDICIONAMENTO E DESEJO DO LIXO

Como deve ser armazenado o lixo na área de manipulação?

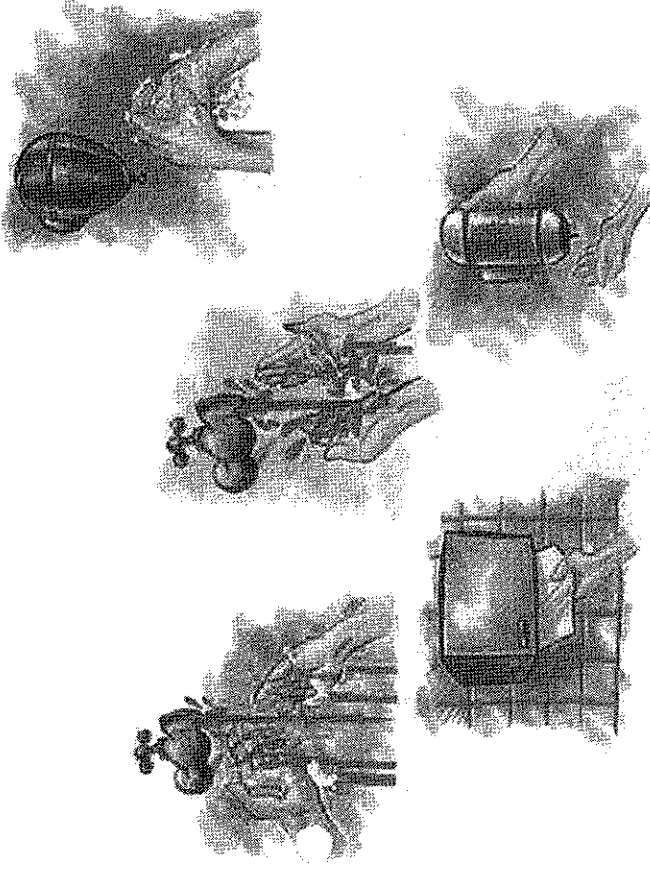
1. Acondicione o lixo em sacos plásticos resistentes;
2. Conserve os sacos de lixo em recipientes de plástico ou de metal (de fácil limpeza);
3. O recipiente deve ter tampa e pedal, permanecendo sempre fechado;
4. Deixe o recipiente do lixo afastado das mesas, pias, utensílios e do armazenamento de alimentos para evitar a contaminação cruzada.



Como armazenar o lixo em áreas externas?

1. Protegido da chuva e do sol;
2. Em recipientes bem fechados, de fácil limpeza;
3. Em recipientes separados por tipo: lixo orgânico (restos de alimentos) e lixo reciclável (papel, vidro, plástico e metal).

utilizadas na manipulação de alimentos.



## 4.2 HÁBITOS DESSOAL

Quais são os hábitos que devem ser evitados durante a manipulação para proteger os alimentos de contaminação?

1. Cantar, assobiar ou falar sobre os alimentos;
2. Espirrar, tossir, assoar o nariz ou cuspir;
3. Pentear-se, Coçar-se, pôr os dedos no nariz, boca ou ouvido ou passar as mãos nos cabelos;
4. Comer, beber, mascar chiclete, palitos, fósforos ou similares e/ou chupar balas;
5. Fazer uso de utensílios e equipamentos sujos;
6. Provar a comida nas mãos, dedos ou com utensílios sujos;

### NÃO COMPRE NEM USE:

- Produtos saneantes vendidos por ambulantes em carrões, pernas ou caminhões etc.
- Produtos saneantes vendidos em paradas de refrigerantes e outras bebidas.
- Produtos que não tenham data de fabricação, prazo de validade e número de lote do produto.
- Produtos cujas embalagens pareçam ter sido abertas, estejam amassadas, entufadas, estufadas, rasgadas ou furadas.
- Produtos que estão em grandes volumes (barris, bombonas ou tonéis) e que são passados para outra embalagem no momento em que se compra.

10. A higienização do ambiente deve ser feita de quanto em quanto tempo?

A periodicidade deve estar de acordo com o volume e condições de produção ou minimamente como descrito abaixo:

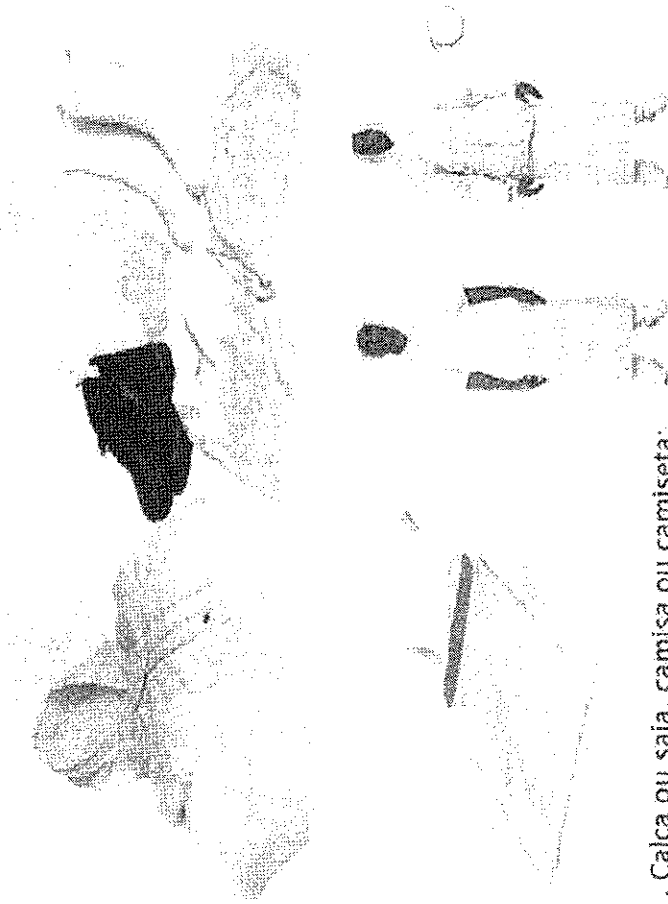
- **Todos os dias:** pisos, rodapés, ralos, as áreas de lavagem e produção, maçanetas, lavatórios, sanitários, cadeiras, mesas e recipiente de lixo;
- **Diariamente ou de acordo com o uso:** equipamentos, utensílios, bancadas, superfícies de manipulação, saboneteiras e borrifadores;
- **Toda semana:** paredes, portas, janelas, prateleiras, coifas, geladeiras e câmaras frigoríficas;
- **A cada 15 dias:** estrados ou similares e depósitos;
- **Todo mês:** luminárias, interruptores, tomadas e telas;
- **De acordo com a necessidade ou regulamentação específica:** teto ou forro, caixa de gordura, filtro de ar condicionado e canaleta de ar.



7. Provar alimentos em talheres e devolvê-los à panela sem prévia higienização;
8. Enxugar o suor com as mãos, panos ou qualquer peça da vestimenta;
9. Tocar maçanetas ou qualquer outro objeto alheio à atividade;
10. Manipular dinheiro, exceto quando os produtos estiverem embalados.

**É necessário que os funcionários utilizem uniformes dentro do estabelecimento?**

Sim. Os uniformes devem ser limpos e trocados diariamente, bem como usados somente dentro do estabelecimento. O uniforme completo é composto de:



1. Calça ou saia, camisa ou camiseta;
2. Avental, sem bolsos acima da cintura;
3. Protetor de cabelo (touca, rede) que proteja totalmente os cabelos;

No Rótulo, você lê informações sobre o produto. Todos os rótulos devem conter:

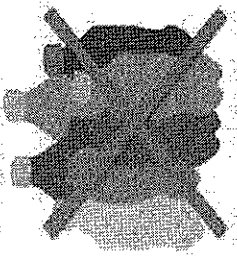
- O nome do fabricante ou importador, com endereço completo, telefone e também o nome do técnico responsável pelo produto;
- A frase "Produto notificado na Anvisa/MS" ou número do registro no Ministério da Saúde;

• A frase "Antes de usar leia as instruções do rótulo", para que você saiba como usá-lo;

- Avisos sobre os perigos e informações de primeiros socorros;
- O número de telefone do Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC);

• Caso esteja escrito no rótulo "PROIBIDA A VENDA DIRETA AO PÚBLICO" ou "USO PROFISSIONAL" este produto somente poderá ser utilizado por profissional habilitado.

O rótulo não pode estar rasgado, descolado da embalagem, manchado ou com letras que não dêem para ler.



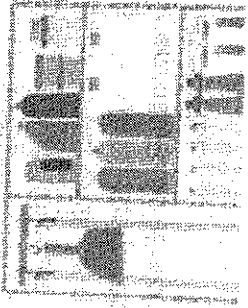
**ATENÇÃO!**

É proibido o uso de produto clandestino, sem identificação e sem regularização na ANVISA.

**MUITO CUIDADO!**

Os produtos sanitários clandestinos, geralmente, têm cores bonitas e atrativos principalmente para crianças e costumam ser vendidos em embalagens reaproveitadas de refrigerantes, sucos e outras bebidas. Esses produtos quando ingeridos (bebidos) podem causar sérios danos à saúde e até a morte.

6. Os utensílios de limpeza podem ser guardados com outros utensílios?



Todos os materiais utilizados na limpeza (panos, vassouras etc.) devem ser mantidos em bom estado de conservação e guardados em locais próprios, separados de acordo com o tipo de utilização.

7. É permitido o uso de esponja de aço?

Sim, desde que os utensílios sejam cuidadosamente enxaguados, de forma que não permaneçam resíduos da esponja.

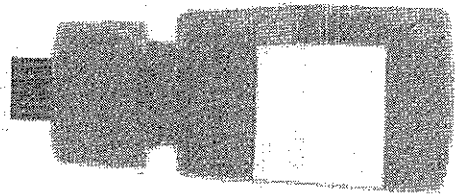
8. Posso utilizar panos convencionais?

Não é permitido o uso de panos convencionais para a limpeza de móveis, bancadas, utensílios, equipamentos, secagem de mãos. Devem ser utilizados aqueles constituídos de materiais descartáveis.

9. É permitida a utilização de produtos para higienização sem registro no órgão competente?

Os produtos para higienização devem ser regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

Observe sempre as instruções do rótulo e siga rigorosamente:



Fabricado por: xxxxxxxxxxxxxxxxx  
Endereço: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx  
CNPJ: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx  
Químico responsável: xxxxxxxxxxxxx  
Reg. Anvisa: 3 xxx.xxxx.xx  
SAC: (00) 0000-0000  
Indústria brasileira  
Finalidade: Desinfetante de alimentos  
Modo de uso: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

4. Sapato totalmente fechado, antiderrapante e em bom estado de conservação;

5. Uso de casaco de proteção para entrar em câmaras frias.

Atenção! Não é permitido:

- Utilizar avental plástico próximo a fontes de calor;
- Carregar no uniforme espelinhos, ferramentas, pentes, pinças, barões, cigarros, isqueiros e relógios;
- Usar adornos como brincos, anéis, pulseiras, relógios, alianças, piercings, colares, amuletos, fitas etc;
- Utilizar panos ou sacos plásticos para a proteção do uniforme.

#### LEMBRE-SE

É de responsabilidade da empresa o fornecimento e a higienização dos uniformes respeitando-se o exposto nas respectivas convenções coletivas de trabalho.

### Quando utilizar luvas? E quando trocá-las?

As luvas são indicadas somente para algumas situações específicas:

- Luvas de cano longo para lavagem e desinfecção de ambientes, equipamentos e utensílios;
- Luvas isolantes térmicas devem ser utilizadas na manipulação de utensílios quentes;
- Luvas de malha de aço devem ser utilizadas no corte de carnes para proteger as mãos.



No caso de utilização de luvas de plástico, elas devem ser descartadas sempre que houver mudança de atividade, não dispensando a lavagem das mãos a cada troca. Não é permitido o uso de luva descartável em procedimentos que envolvam calor, como cozimento ou fritura e quando do uso de máquinas de moagem, tritura, moldagem ou similares.

### 4.3 CONTROLE DE SAÚDE



2. Qual a importância de se realizar a higienização dos equipamentos, móveis e utensílios?

Porque as bactérias se multiplicam em resíduos que permanecem nos utensílios, equipamentos e no ambiente de trabalho, contaminando os alimentos ali produzidos. Portanto, higiene é fundamental.

3. A organização é importante para manter a higiene de um local?

Sim, pois a higiene começa na organização. É preciso reservar um lugar para cada coisa e evitar manter nas áreas de preparo ou de estoque de alimentos: plantas, enfeites, objetos estranhos à atividade, equipamentos e utensílios que não estão sendo utilizados.

4. O processo de higienização deve ser registrado?

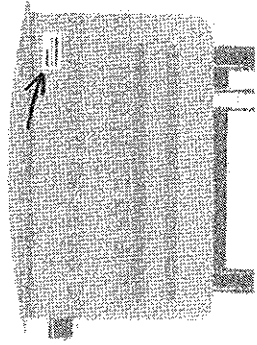
Sim, a higienização de instalações, equipamentos e utensílios deve estar descrita nos POPs (Procedimentos Operacionais Padronizados) e disponíveis para a autoridade sanitária. Nos procedimentos devem ser descritos o método utilizado, sua frequência, o responsável pelo procedimento, condições de uso, concentração do produto utilizado, temperatura, tempo, ação mecânica, especificação dos produtos e local da utilização.

5. Como deve ser a área destinada à higienização dos equipamentos, móveis e utensílios?

Higienização deve ocorrer em área própria, isolada, dotada de tanque ou pia com água corrente, fria ou quente. Não havendo possibilidade deste espaço físico próprio, os procedimentos de higienização devem garantir a segurança do processo para evitar a contaminação cruzada.



11. Anote a data da limpeza do lado de fora da própria caixa d'água



Quais os cuidados quanto ao gelo?

O gelo que entra em contato com os alimentos deve ser de água potável e estar embalado, qualquer que seja o seu formato ou tamanho. Deve também estar armazenado em local limpo e bem conservado.

## 7.2 HIGIENIZAÇÃO DE INSTALAÇÕES, EQUIPAMENTOS, MÓVEIS E UTENSÍLIOS

1. O que significa higienização?

A higienização compreende duas etapas: limpeza e desinfecção.

A limpeza consiste na remoção de terra, resíduos de alimentos,

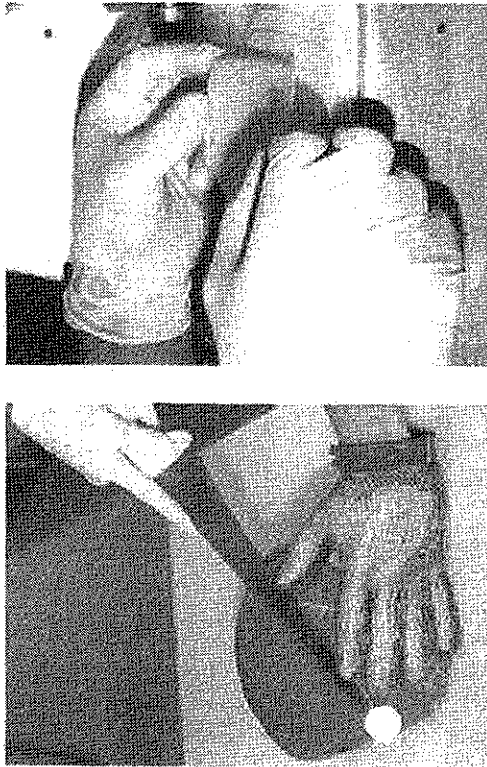
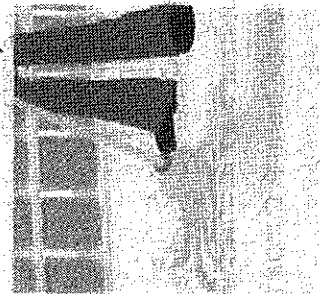
sujidades e/ou outras substâncias

indesejáveis. Já a desinfecção é a operação

de redução, por método físico ou químico,

do número de micro-organismos a um nível

comprometa a segurança do alimento.



Para alimentos prontos para o consumo tipo pães, biscoitos e salgados, entre usar as mãos, utilize: pegadores, garfos, pásas ou luvas descartáveis.

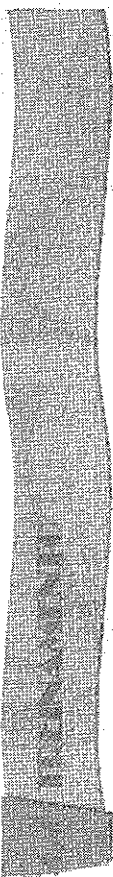
As pessoas transmitem, umas às outras, muitas doenças através dos alimentos. Assim, o cuidado e o controle com a saúde do funcionário são essenciais para garantir a segurança do alimento preparado.

O funcionário deve realizar exames médicos adicionais e periódicos, acompanhados de análises laboratoriais, a critério médico, de acordo com as atividades desenvolvidas pelo funcionário. Os exames de coprocultura e o coproparasitológico devem ser realizados semestralmente para aqueles que manipulam diretamente os alimentos ou participam diretamente da distribuição e oferta de refeições, e a...alimento, para aqueles envolvidos exclusivamente com atividades nas quais os alimentos encontrem-se totalmente embalados.

Os funcionários que apresentarem diarreia, assim como os que estiverem acometidos de infecções pulmonares ou faringites não podem manipular alimentos, devendo ser afastados para outras atividades de forma a evitar a contaminação dos alimentos. Esses funcionários devem ser encaminhados para avaliação e tratamento médico.

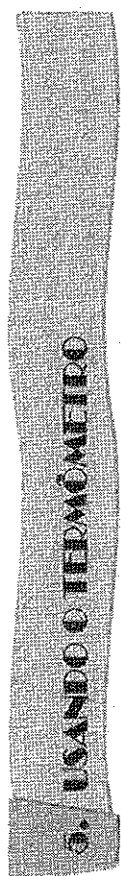
O manipulador que apresentar cortes ou lesões não deve manipular

alimentos ou superfícies que entrem em contato com os alimentos, a menos que as lesões estejam efetivamente protegidas por curativo e uma cobertura à prova d'água, como dedeiras ou luvas protetoras impermeáveis.



### Por que treinar?

Todo funcionário que trabalha na manipulação de alimentos deve ser treinado nas Boas Práticas de Manipulação de Alimentos. Para a Empresa de Pequeno Porte (EPP), a Microempresa (ME) e a empresa registrada como sociedade limitada - Ltda, optante pelo Sistema Tributário Simples, a Secretaria Municipal de Saúde oferece o Curso de Boas Práticas para o empresário ou para uma pessoa responsável indicada por ele.



### 3. USANDO O TERMÔMETRO

#### Por que as temperaturas dos alimentos devem ser medidas e registradas?

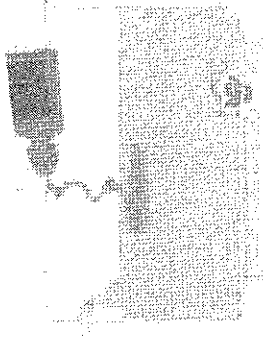
Utiliza-se o frio e o calor para destruir ou evitar a multiplicação dos micro-organismos nos alimentos, portanto devemos sempre controlar as temperaturas dos alimentos medindo-as e registrando-as.

#### Que tipos de termômetros podem ser utilizados?

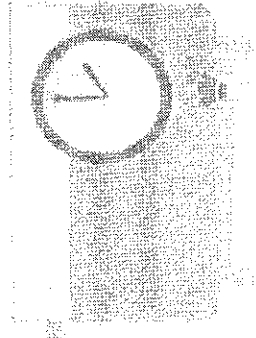
Devem ser utilizados termômetros que sejam capazes de indicar temperaturas de congelamento e temperaturas acima de 190° C. Termômetro de Equipamentos:



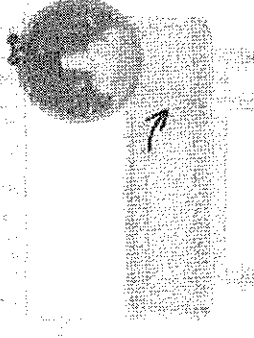
7. Encha a caixa e adicione 2 litros de hipoclorito de sódio para cada 1.000 litros de água;



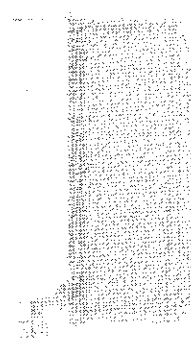
8. Aguarde 2 horas. Não use água neste tempo;



9. Passadas as 2 horas, abra a saída da caixa e a esvazie totalmente abrindo todas as torneiras e acionando as descargas para desinfetar todas as tubulações do estabelecimento;



10. Encher novamente a caixa e utilizar a água normalmente. Tampe bem. A tampa tem que ter sido lavada antes de ser colocada no lugar;



3. Esvazie toda a água da caixa;

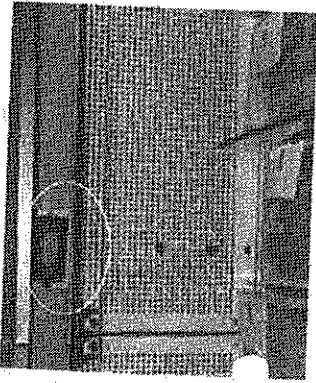
4. Tampe a saída para que a sujeira não desça pelo ralo;

5. Utilize um pano úmido e a água armazenada para lavar as paredes e o fundo da caixa. Se a caixa for de fibrocimento, substitua o pano úmido por uma escova de fibra vegetal ou de fio de plástico macio. Não use escova de aço, vassoura, sabão, detergente ou outros produtos químicos;

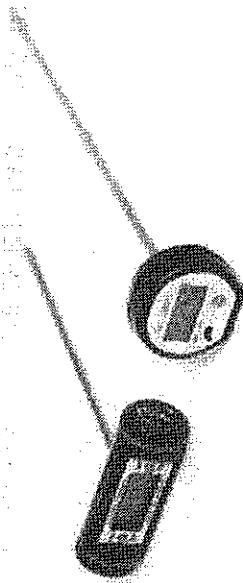
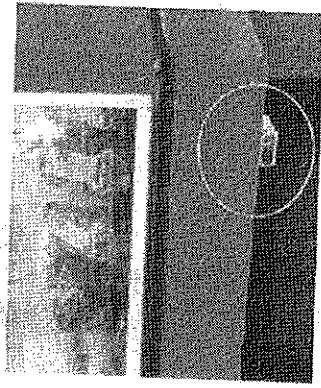
6. Retire a água da lavagem e a sujeira com uma pá de plástico, balde e panos. Seque o fundo com panos limpos;

13

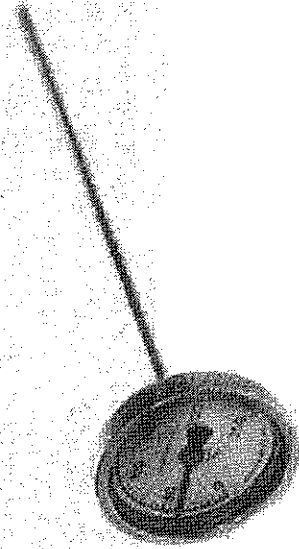
- Embutidos ou suspensos em refrigeradores ou congeladores;
- Embutidos em equipamentos de conservação de alimentos quentes e máquinas de lavar.



Termômetro Digital:



Termômetro Mecânico:



Termômetro a Laser:

Quando deve ser realizada a higienização da caixa d'água?

A higienização deve ser realizada quando:

- Quando for instalada;
- A caixa d'água estiver suja;
- Há suspeita ou confirmação de poluição da água da caixa;
- Algum objeto ou animal cair dentro da caixa;
- Periodicamente, com intervalo máximo de 6 meses entre as lavagens de limpeza, como medida preventiva.

Observe com atenção e corrija imediatamente os vazamentos, para evitar contaminação e desperdício.

Como se faz a higienização da caixa d'água?

### Como deve ser utilizado o termômetro?

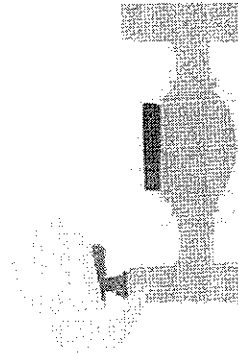
1. Espere que a temperatura do termômetro estabilize;
2. Insira a haste ou sensor do termômetro no centro do alimento;
3. Não deixe que o sensor toque os lados ou o fundo do recipiente (Este pode estar mais frio ou mais quente que o alimento e a leitura pode não ser correta);
4. Espere estabilizar a temperatura, faça a leitura e o registro.

#### OLHEA DJCAI

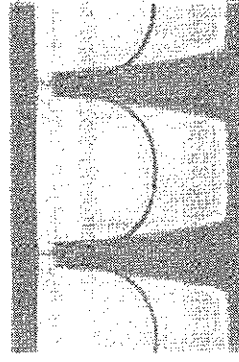
Verifique a temperatura em pelo menos dois pontos diferentes, especialmente em alimentos de grande volume. Para medir a temperatura de produtos embalados, refrigerados ou congelados, coloque o sensor do termômetro entre duas embalagens.

### Quando a temperatura deve ser verificada?

A temperatura deve ser verificada em várias situações e de acordo com as características dos produtos. Observe as possíveis situações nos quadros a abaixo:



1. Feche o registro de entrada de água do estabelecimento ou amarre a bóia;



2. Armazene água da própria caixa para usar enquanto estiver fazendo a limpeza;



O que é água tratada?

É a água limpa e tratada adicionando produto para desinfecção com o objetivo de eliminar os micro-organismos e tornar a água própria para beber, ou seja, potável.

Qual é a procedência da água?

A água pode ser proveniente do:

- Abastecimento público (SABESP);
- Soluções Alternativas (poço);
- Caminhão-pipa.

Em São Paulo, não é recomendado utilizar água de poço raso ou cacimba, em virtude da contaminação do solo.

#### Atenção!

A água oriunda de solução alternativa ou mista deve ser tratada e a sua qualidade deve ser controlada por meio de análises laboratoriais, com a periodicidade determinada pela legislação específica vigente.

Água de Caminhão-Pipa:

Atenção para a procedência da água.

Exija da empresa fornecedora da água:

1. Cadastro ou licença de funcionamento na vigilância sanitária;
2. Laudo de análise da água;
3. Determinação do pH e dosagem de cloro da carga de água;
4. Nota fiscal.

Como armazenar a água?

Em caixas d'água ou reservatórios, com as seguintes condições:

- Superfícies lisas, resistentes e impermeáveis, livres de rachaduras;
- Bem vedadas para impedir a entrada de insetos e outras sujidades;
- Instalado em local acessível para inspeção e higienização;
- Protegida contra inundações e infiltrações.

Temperaturas de transporte e recebimento	
Produto	Temperatura
Produtos congelados	Até -12°C ou conforme a recomendação do fabricante
Pescados resfriados	Até 3°C ou conforme a recomendação do fabricante
Carnes e derivados resfriados	Até 7°C ou conforme a recomendação do fabricante
Para os demais produtos resfriados	Até 10°C ou conforme a recomendação do fabricante
Preparações prontas para o consumo com pescados crus ou carne bovina crua	Até 5°C
Produtos quentes	No mínimo a 60°C



## 7 BOAS PRÁTICAS DE HIGIENE NO LOCAL DE TRABALHO

Manter a higiene de um estabelecimento que manipula e comercializa alimentos é prática fundamental. Ela é um importante fator para garantia de um alimento seguro, livre de micro-organismos que podem causar doenças.

A higiene de tudo que envolve o local de trabalho deve ser realizada periodicamente e sempre que necessário, incluindo:

- A higienização da caixa d'água;
- O tratamento e o controle da potabilidade da água provinda de solução alternativa (poços);
- A higienização de instalações, utensílios e equipamentos;
- Medidas preventivas de controle de insetos e roedores;
- O correto armazenamento e destino do lixo.

### 7.1 CONDIÇÕES DE SANEAMENTO DA ÁGUA

A água é um recurso natural e deve ser usada com critério, evitando sua contaminação e desperdício.

**Atenção!**  
A água utilizada no preparo de alimentos, incluindo sucos, vitaminas e gelé e uma bateria-prima. Portanto, use somente água potável.

O que é água potável?

É a água segura para beber. O Ministério da Saúde estabelece que a água produzida e distribuída para o consumo humano deve ser potável. A lei exige que a água seja tratada.

Produto	Temperatura Máxima	Tempo de Armazenamento em dias
Leite e derivados	7°C	5
Ovos e outros produtos	10°C	7
Carnes bovina, suína, aves, entre outras e seus produtos manipulados crus, exceto espetos, miê, bife rolê, carnes cruas empanadas e preparações com carne moída	4°C	3
Espetos mistos, bife rolê, carnes empanadas cruas, e preparações com carne moída	4°C	2
Pescados e seus produtos manipulados crus	2°C	3
Frutas, verduras e legumes higienizados, fracionados ou descascados, sucos, polvos, caldo de cana	5°C	3
Produtos de panificação e confeitaria com coberturas e recheios que possuem ingredientes que necessitam de refrigeração	5°C	5
Frios e embutidos fatiados, picados ou moídos	4°C	3
Alimentos pós-cozido, exceto pescados	4°C	3
Pescados pós-cozido	2°C	1
Sobremesas e outras preparações com laticínios	4°C	3
Sobremesas e outras preparações com laticínios	Acima de 4°C até 6°C	2
Sobremesas e outras preparações com laticínios	Acima de 6°C até 8°C	1
Melão e misturas de melão com outros alimentos	4°C	2
Melão e misturas de melão com outros alimentos	Acima de 4°C até 6°C	1

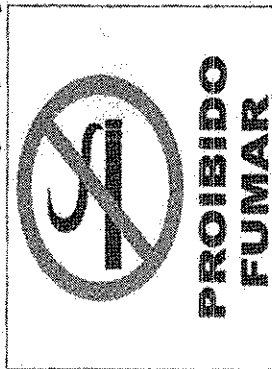
Quando forem utilizadas temperaturas superiores às indicadas na tabela até o limite máximo de 10°C, o prazo máximo de consumo dos alimentos deve ser reduzido.

E pensando em servir, o Comércio Varejista de Alimento deve estar atento às legislações quanto à proibição da venda, oferta, fornecimento, entrega e permissão do consumo de bebida alcoólica, ainda que gratuitamente, aos menores de 18 anos de idade.

Os estabelecimentos devem manter avisos da proibição de venda, oferta, fornecimento, entrega e permissão de consumo de bebida alcoólica, ainda que gratuitamente, aos menores de 18 anos de idade, em tamanho e local de ampla visibilidade, afixados em número suficiente para garantir sua visibilidade na totalidade dos respectivos ambientes, conforme a legislação vigente.

Nos estabelecimentos que operam no sistema de autosserviço, as bebidas alcoólicas deverão ser dispostas em locais ou estandes específicos, distintos dos demais produtos expostos, com a afixação da sinalização de proibição, conforme a legislação vigente.

O estabelecimento deve afixar, nos ambientes fechados e em local visível, um cartaz atendendo a lei ANTIFUMO.



**ATENÇÃO!**

Produtos industrializados fechados ou abertos devem ser conservados segundo a recomendação do fabricante.

Monitorando o descongelamento	
Equipamento	Temperatura e/ou tempo
Em geladeira	Inferior a 5°C ou segundo a recomendação do fabricante
Em forno micro-ondas ou de convecção	Imediato

Temperaturas e tempo de cocção dos alimentos	
Temperatura	Tempo
74 °C	O suficiente para atingir 74°C
70 °C	2 minutos
65 °C	15 minutos

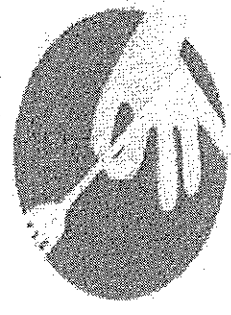
"Outras combinações de temperatura e tempo de cocção podem ser utilizadas desde que assegurem a qualidade higiênico-sanitária dos alimentos".

Monitorando o resfriamento e o congelamento	
Variável	Tempo máximo para resfriar
60 para 10°C	2 horas
Atingindo 10°C	Imediatamente para a refrigeração ou congelamento a -18°C

Algumas dicas na hora de servir :



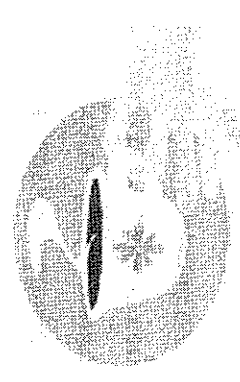
Segure os pratos pela parte de baixo ou pelas bordas;



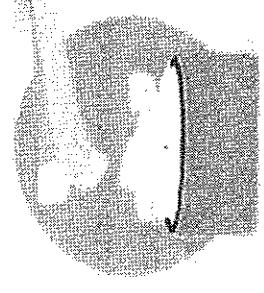
Pegue e manuseie os talheres pelo cabo;



Apanhe alimentos prontos com pegadores.



Pegue as xícaras pela parte de baixo ou pelas alças;



Apanhe o gelo com utensílios de cabo longo (nunca com copos, xícaras, tigelas ou conchas sem cabo);

Temperaturas e tempo de distribuição dos alimentos prontos expostos para o consumo	
Alimentos quentes	Tempo máximo de permanência
Acima de 60°C	6 horas
Abaixo de 60°C	1 hora

**Atenção!**

Antes de colocar os alimentos prontos para o consumo no balcão termico, siga estas instruções:

- O balcão termico deve estar com água tratada e limpa. A água deve ser trocada diariamente e mantida a temperaturas entre 80°C e 90°C.
- As cubas devem ter tamanhos compatíveis com o equipamento de forma que o fundo de todas as cubas atinja a água aquecida.
- Os alimentos preparados devem estar acima de 60°C quando forem colocados no balcão termico.
- As cubas contendo os alimentos devem ser colocadas nos balcões termicos somente quando a temperatura da água estiver, no mínimo, a 80 °C

Temperaturas de distribuição dos alimentos prontos expostos para o consumo	
Alimentos frios	Tempo máximo de permanência
Até 10°C	4 horas
Entre 10°C e 21°C	2 horas



Temperaturas e tempo para servir os alimentos prontos expostos para o consumo	
Alimentos frios	Tempo máximo de consumo
Até 10°C	4 horas
Entre 10 e 21°C	2 horas

Temperaturas e tempo para servir os alimentos prontos expostos para o consumo	
Alimentos frios	Tempo máximo de consumo
Preparações que contêm pescados crus ou carnes cruas	Até 5°C
	2 horas

Os alimentos que não obedecerem às temperaturas e aos intervalos de tempo, acima indicados, deverão ser descartados.



Temperatura e distribuição dos alimentos prontos expostos para consumo que contêm carnes ou pescados crus	
Temperatura	Tempo máximo de permanência
Até 5°C	2 horas

Alimentos quentes ou frios que não sigam estes tempos e temperaturas devem ser descartados.

### De que forma devem ser registradas (anotadas) as temperaturas?

Os resultados das medições devem, sempre, ser registrados em planilhas próprias.

Faça da seguinte forma:

1. Verifique a temperatura do alimento;
2. Registre a hora de verificação da temperatura;
3. Registre a temperatura.

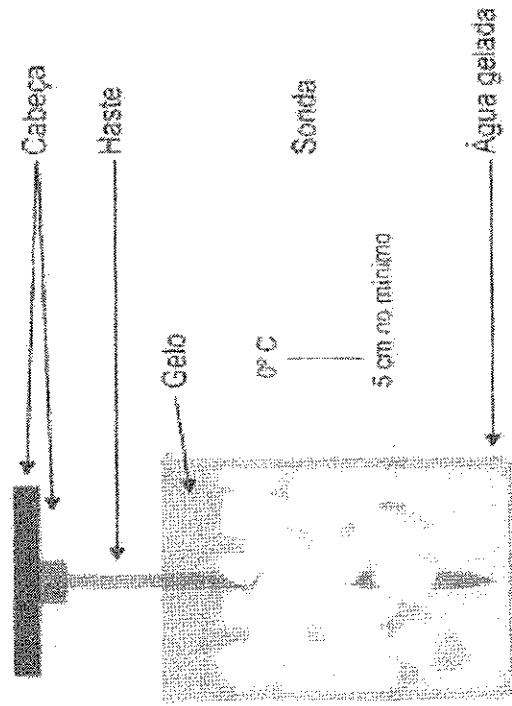
### Quais são os cuidados que se deve ter com um termômetro?

1. Higienizar: O sensor do termômetro deve ser lavado e desinfetado antes e depois de uso, guardando-o sempre limpo.
2. Calibrar: O termômetro deve ser calibrado periodicamente para que ele indique sempre a temperatura correta.

## Como calibrar o termômetro?

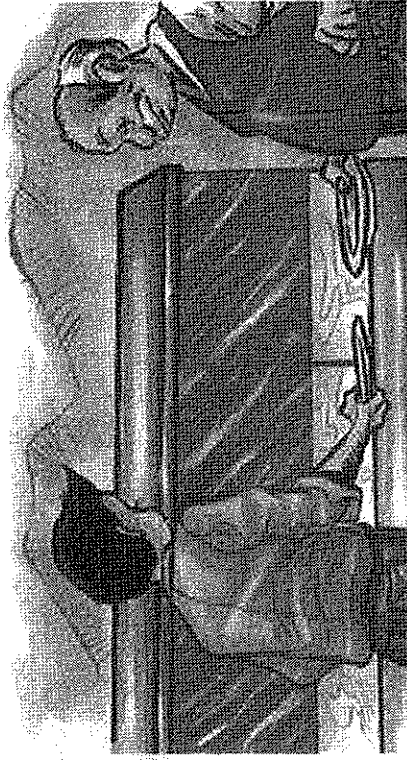
Um modo fácil de calibrar um termômetro é utilizar o Ponto de Congelamento:

1. Coloque bastante gelo picado em um recipiente e acrescente água no mesmo nível do gelo. Misture;
2. Coloque o sensor do termômetro submerso nesta mistura d'água com gelo, não deixando que a ponta do sensor encoste nas laterais ou no fundo do recipiente;
3. Espere 30 segundos;
4. No caso de termômetro mecânico, segure o parafuso de ajuste firmemente e gire a cabeça do termômetro até marcar 0°C;
5. No caso de termômetro digital, pressione o botão "Reset" para ajustar a temperatura.



**Lembrete:**  
Mantenha sempre o termômetro digital com a bateria carregada.

Os baldes, os equipamentos e os recipientes de exposição dos alimentos preparados prontos para consumo na área de consumo devem dispor de barreira de proteção que previna a contaminação dos mesmos em decorrência da proximidade ou da ação do consumidor ou de outras fontes.



Quais estratégias devem ser adotadas no momento de servir para evitar a multiplicação dos micro-organismos? O segredo é ficar sempre atento ao controle de temperatura e tempo de exposição do alimento.

Temperaturas e tempo para servir os alimentos prontos expostos para o consumo	
Alimentos quentes	Tempo máximo de consumo
Superiores a 60°C	6 horas
Abaixo de 60°C	1 hora

Utilize para isso banho-maria, estufa, "réchaud" ou outros equipamentos para manutenção dos alimentos quentes.

## 6.3 SERVINDO O ALIMENTO

Na hora de servir o alimento devemos estar atentos a algumas práticas que irão garantir que o cliente consuma um alimento seguro.

Para que um alimento permaneça seguro devemos impedir:

- A. Novas contaminações;
- B. Que os micro-organismos se multipliquem.

**Quais práticas devem ser lembradas para evitar novas contaminações durante o serviço?**

1. Organizar os utensílios a serem utilizados para a distribuição e para o consumo;
2. Abastecer as cubas e os recipientes em pequenas quantidades, tantas vezes quantas forem necessárias;
3. Os alimentos prontos para o consumo frios e quentes devem ser dispostos de forma organizada, sem sobreposições de cubas, bandejas e travessas, de forma que todos os recipientes permaneçam totalmente em contato com a pista fria e quente e que o fundo de todas as cubas atinjam a água quente do balcão térmico;
4. Os recipientes de exposição dos alimentos frios não devem possuir pedestais (em forma de taça) ou outros suportes, pois isto impede o contato direto do recipiente com a pista fria, prejudicando a manutenção do alimento na temperatura fria;
5. Nunca reutilizar alimento preparado que já tenha sido servido aos clientes, inclusive pães, aperitivos, condimentos e molhos ("couverts" ou entradas);
6. Recolher os pratos e utensílios usados e oferecer outros limpos aos clientes que estão voltando ao bufê de alimentos;
7. Usar utensílios para servir os alimentos de cabos longos de forma a evitar a que o consumidor se debruce sobre os alimentos servidos ou toque nos alimentos;
8. Os utensílios destinados a porcionar ou servir alimentos devem ser exclusivos para cada preparação;
9. Retirar do bufê todos os alimentos e os utensílios que os clientes possam ter sujado ou contaminado.

## 6. BOAS PRÁTICAS DAS COMPRAS AO CONSUMO

As boas práticas devem ser adotadas em todas as etapas do processo de produção dos alimentos.

### 6.1 COMPRA, TRANSPORTE E RECEBIMENTO DE ALIMENTOS

**Quais os cuidados que se deve ter ao comprar os alimentos?**

- Não adquira produtos clandestinos (sem nome e endereço do fabricante e sem outras informações obrigatórias do rótulo);
- Observe a validade dos produtos;
- Verifique as condições de higiene e manipulação do fornecedor;
- Faça uma lista dos fornecedores para ter opções de escolha dos produtos;
- Verifique as condições da embalagem e do produto. As embalagens servem para proteger os alimentos e quando alteradas podem permitir a contaminação.

### ATENÇÃO!

**Não compre produtos que apresentarem:**

- Embalagens violadas, furadas, amassadas, trincadas, estufadas, enferrujadas, emboloradas ou rasgadas;
- Embalagens soltas e não aderidas fortemente aos produtos quando embalados a vácuo;
- Sinais de descongelamento ou recongelamento, como: líquido congelado nas caixas, cristais de gelo no produto, embalagens molhadas, produtos amolecidos ou deformados;
- Sinais de vazamento ou espuma, no caso de conservas.

Observe se os alimentos congelados e resfriados estão armazenados na temperatura recomendada pelo fabricante. Para conferir a temperatura, os equipamentos de frio devem possuir termômetros em locais de fácil visualização. Atenção! A temperatura do equipamento não deve estar acima daquela recomendada pelo fabricante do produto.

#### **ATENÇÃO!**

**Cuidado com as promoções! Verifique se os produtos em promoção estão com prazos de validade próximos do vencimento ou com embalagens em condições impróprias. Muitas vezes são ofertados alimentos com preços bastante vantajosos, pois estão muito próximos do vencimento. Caso você opte por comprar, é importante que adquira quantidade adequada ao consumo, não se deixando levar pelo impulso de comprar quantidades que não serão utilizadas a tempo.**

**Durante as compras, observe com atenção as dicas a seguir:**

**Carnes resfriadas devem ter:**

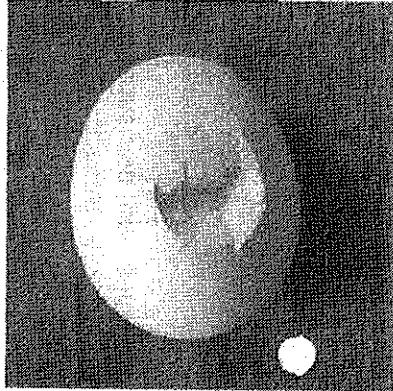
- Aspecto e coloração próprios;
- Textura firme;
- Ausência de manchas escuras, esverdeadas ou acinzentadas, odores desagradáveis e textura pegajosa.

**Cuidado com lâmpadas vermelhas, elas mascaram a cor da carne**

**Produtos salgados, como pertencentes de feijoada, não devem ter:**

- Aspecto amolecido, úmido e pegajoso;
- Odor desagradável;
- Mofo;
- Gordura rançosa;
- Larvas.

**Não adquira ovos com a casca rachada**



**NÃO PREPARE, SIRVA OU CONSUMA OVOS CRUS OU MAL COZIDOS**

**Que cuidados é preciso ter com os alimentos enlatados?**

Não se deve comercializar ou utilizar latas amassadas, estufadas ou enferrujadas.

Todas as latas devem ser lavadas antes de serem abertas. A porção não utilizada deve ser transferida para vasilha adequada, devidamente identificada e mantida sob refrigeração atendendo à recomendação do fabricante.

#### **LEMBRE-SE**

- Não deixe alimentos prontos para o consumo, que estão para serem servidos, sobre a mesa ou fogão desligado.
- Os produtos servidos quentes devem permanecer à temperatura mínima de 60°C.
- Os alimentos servidos frios devem esperar na geladeira.
- Mantenha a matéria-prima e demais ingredientes em recipientes limpos, tampados ou nas embalagens originais e identificados com nome e data de validade.

### Produtos embutidos, como salsicha, salame e linguiças não devem ter:

- Superfícies úmidas, pegajosas e liberando líquido;
- Gordura rançosa;
- Massa com manchas esverdeadas ou pardas;
- Odor estranho.

Verifique se as embalagens a vácuo dos embutidos não estão rompidas. Produtos embutidos soltos dentro de embalagens a vácuo significam entrada de ar e por este motivo podem estar deteriorados.

### Na compra de ovos e laticínios, observe:

- A casca dos ovos deve apresentar-se uniforme, limpa e íntegra;
- As embalagens de leite UHT não devem estar amassadas, deformadas ou sujas;
- Os queijos devem apresentar superfícies isentas de mofo e/ou crosta melada.

### Na compra de água mineral, verifique:

- Se o produto está intacto e se não há sujidades ou alteração de cor;
- Se o produto está armazenado em local sem incidência direta de luz solar.

### Na compra de grãos (arroz, feijão, lentilha etc), farinhas, biscoitos, macarrão, não compre se apresentarem:

- Contaminação por insetos, geralmente carunchos;
- Embalagens com sinais de rompimento como pequenos furos;
- Alterações nos cereais como aveia, farinha de milho, farelo ou grãos, parecendo "grudados" como se estivessem úmidos.

### ATENÇÃO! É PROIBIDA A UTILIZAÇÃO EM FORNOSA LENHA DE:

- Madeira provinda de demolição ou obras;
- Móveis;
- Cabanais.

O óleo só pode ser reutilizado quando não apresentar escurecimento da cor, alteração do cheiro e não tiver formação de espuma ou fumaça durante a fritura.

Os óleos e gorduras para fritura não devem ser aquecidos a temperaturas superiores a 180°C.

Posso reaquecer os alimentos?

Sim, desde que atinja todas as partes dos alimentos a temperatura de, no mínimo, 74°C.

Quais as normas para o uso de ovos?

- Não é permitida a venda nem a utilização de ovos com a casca rachada ou suja;
- Devem ser manipulados de maneira que o conteúdo não entre em contato com a superfície externa da casca do ovo;
- São proibidas preparações onde os ovos permaneçam crus ou mal cozidos. Portanto, não utilize ovos crus no preparo de maioneses, mousses, coberturas de bolos, gemadas e outros pratos. Neste casos, devem ser utilizados ovos pasteurizados, desidratados ou cozidos;
- O ovo deve ser submetido à fervura por 7 minutos;
- Ovos fritos devem apresentar a gema dura;
- Para ovos líquidos e ovos em pó industrializados verifique no rótulo a instrução de armazenamento recomendada pelo fabricante.



O mesmo vale para produtos vendidos a granel. Verifique a validade e aparência do alimento. Recuse produtos mal acondicionados. Verifique presença de sujidades e mofo e não compre o produto se houver suspeitas sobre sua qualidade. Os produtos vendidos a granel devem estar identificados com no mínimo: denominação de venda do produto, marca e data de validade.

### Amendoim e frutas secas devem:

- Estar com embalagem íntegra, ausência de mofo e de insetos;
- Ser armazenados em local fresco e sem umidade.

### Na compra de pescado salgado e seco, não adquira quando apresentar sinais de alterações como:

- Bolor, causado pelo excesso de umidade ou calor;
- Manchas avermelhadas, também conhecidas como "vermelhão": isto pode ser resultado de armazenamento incorreto, com consequente perda e ganho de umidade ou calor excessivo;
- Manchas de cor marrom acinzentado ou com fina camada de pó branco que indicam contaminação por fungos e armazenagem inadequada;
- Presença de ovos ou larvas de moscas;
- Sinais de deterioração como: limosidade superficial, aspecto melado, viscoso, amarelado e amolecimento da carne;
- Odor desagradável.

### Como deve ser realizado o descongelamento dos alimentos?

- Pode ser feito das seguintes maneiras:
- Em geladeira, em temperatura inferior a 5°C;
  - Em forno de convecção ou microondas;
  - Ou segundo a recomendação do fabricante.

#### ATENÇÃO:

- Cuidado com o líquido que escorre durante o descongelamento, ele pode ser fonte de contaminações.
- Alimentos crus preparados com carnes descongeladas, podem ser congelados desde que sejam utilizados, sem descongelamento prévio, diretamente na cocção.

### Qual a temperatura ideal que os alimentos devem atingir na etapa de cocção?

Todos os alimentos devem ser bem cozidos, assados, grelhados ou fritos. A temperatura de cocção recomendada é de 74°C em todas as partes dos alimentos.

### Quais os cuidados na utilização de fornos a lenha para cozinhar alimentos?

Os fornos que produzem gases provenientes da queima devem ser dotados de chaminé e filtros suficientemente dimensionados para a livre saída dos gases queimados.

Durante o preparo, quanto tempo os produtos perecíveis podem permanecer em temperatura ambiente?  
O tempo de manipulação de produtos perecíveis em temperatura ambiente não deve ultrapassar 30 minutos. Em área climatizada entre 12 e 18°C, não deve ultrapassar 2 horas. Portanto, os alimentos devem sempre ser manipulados em pequenas porções.

Quais as informações que um produto pré-preparado no estabelecimento deve conter?

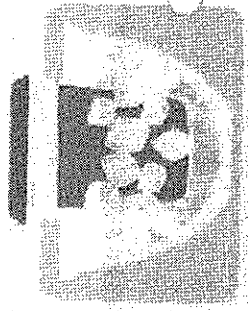
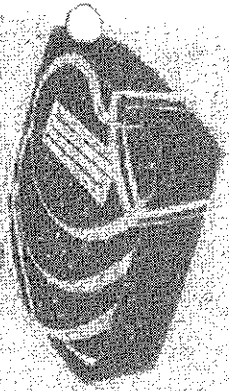
O produto pré-preparado deve conter identificação: nome da preparação, data de uso ou validade.

Exemplos de produtos pré-preparados: peito de frango cru temperado; almôndega crua de carne bovina.

Como fazer o resfriamento e o congelamento?

O alimento deve estar acondicionado em vasilhas rasas, em pequenas porções para facilitar o resfriamento de 60°C a 10°C no prazo máximo de 2 horas. Em seguida, deve ser encaminhado para refrigeração. A partir da temperatura de refrigeração, o congelamento deve atingir temperatura igual ou inferior a -18°C.

Para resfriar mais rapidamente o alimento, pode ser utilizado o resfriamento forçado, realizado das seguintes formas: imersão em gelo antes de levar à geladeira ou através de equipamentos próprios para resfriamento rápido.



Lembre-se:  
Mantenha as vasilhas sempre bem protegidas.

## Na compra de peixe fresco, observe as características de frescor:

- Pele bem aderida, brilhante, úmida, com tonalidade viva, sem lacerações;
- Muco ausente. Quando característico da espécie, deve ser aquoso;
- Escamas unidas entre si, fortemente aderidas à pele, translúcidas e com brilho;
- Carne firme, elástica e aderida aos ossos;
- Gueiras róseas ou vermelhas, úmidas e brilhantes;
- Olhos devem ocupar toda a cavidade, estar salientes, transparentes, brilhantes e sem a presença de pontos brancos no centro do olho;
- Abdômen aderido aos ossos fortemente e de elasticidade marcante;
- Odor suave característico da espécie ou ausente.

## Não adquira o peixe que apresentar alterações que possam indicar deterioração, tais como:

- Pele pálida e sem brilho;
- Muco presente ou com espessura aumentada;
- Escamas que se soltam facilmente, opacas e sem brilho;
- Carne leitosa, amarelada e com má aderência aos ossos;
- Gueiras pálidas ou com presença de muco intenso e espesso;
- Olhos fundos, opacos e sem brilho;
- Odor intenso, desagradável, característico de alteração.

## Os camarões frescos devem ter:

- Aspectos gerais brilhantes e úmidos;
- Corpo em curvatura natural e rígida;
- Carapaça e cabeça bem aderentes ao corpo;
- Pernas inteiras e firmes;
- Coloração própria à espécie, sem qualquer pigmentação estranha;
- Não apresentar mancha negra ou alaranjada na carapaça, característica de camarões com qualidade comprometida;
- Olhos vivos e destacados;
- Cheiro próprio e suave.

## Os polvos e lulas frescos devem ter:

- Pele lisa e úmida;
- Olhos vivos e salientes;
- Carne consistente e elástica;
- Cheiro próprio (levemente adocicado);
- Ausência de qualquer pigmentação estranha à espécie.

## Como deve ser o transporte do alimento para garantir sua qualidade?

1. Em veículos limpos, fechados e em bom estado de conservação;
2. As temperaturas, durante o transporte, deverão ser adequadas para cada tipo de alimento;
3. Se o próprio estabelecimento transporta os produtos adquiridos, os alimentos perecíveis devem sempre ser mantidos em caixas térmicas, para manter as temperaturas recomendadas pelo fabricante ou por este manual;
4. Nunca transportar alimentos conjuntamente com pessoas ou animais, produtos tóxicos ou que exalem odor.

## Como deve ser o recebimento do alimento para garantir sua qualidade?

1. Receba ou descarregue os alimentos em área protegida de chuva, sol e que seja limpa, bem iluminada e livre de pragas;
2. Observe se o entregador está com o uniforme limpo;
3. Verifique se a temperatura do alimento está de acordo com o recomendado no rótulo e/ou adequada para seu transporte, utilizando um termômetro;
4. Rejeite alimento que tenha prazo de validade vencido, sinais de dano ou deterioração.

Na área de preparo, os móveis e equipamentos devem ser em número e tamanho suficientes em relação à quantidade de alimentos que será preparada.

### LEMBRE-SE:

- Antes de iniciar o trabalho, verifique se o ambiente, as mesas, as piaas, equipamentos e utensílios estão rigorosamente limpos.
- Trabalhe organizando as atividades e, a cada etapa, lave a pia, mesas e utensílios para evitar a contaminação cruzada.
- Selecione e higienize as frutas, verduras e legumes que serão consumidos crus. Frutas, verduras e legumes que serão cozidos, frutos ou assados, devem ser lavados, mas não necessitam de desinfecção.
- Prepare as carnes, acondicione-as, identifique-as e guarde-as sob refrigeração.
- Nunca utilize produto com validade vencida.

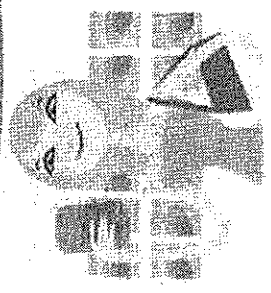
Que produto pode ser utilizado na desinfecção de alimentos? Os produtos utilizados na desinfecção dos alimentos devem ser regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e apresentar a indicação para este fim. A descrição do procedimento de higienização (limpeza e desinfecção) das frutas, verduras e legumes, deve permanecer à disposição da autoridade sanitária.

### ATENÇÃO!

Para a desinfecção de frutas, verduras e legumes, siga as recomendações do fabricante do produto utilizado.

Como devo fazer o dessalgue dos produtos cárneos? O dessalgue deve ser feito em água potável, sob refrigeração até 5°C, por meio de fervura ou conforme a recomendação do fabricante.

## 6.2 ROTULAGEM DE ALIMENTOS EMBALADOS

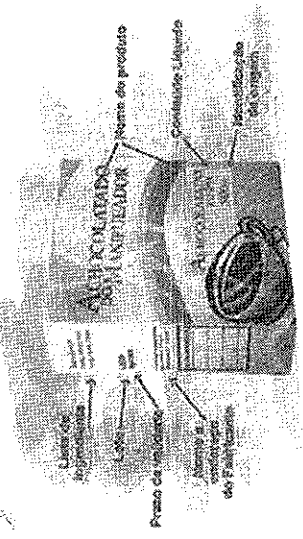


A rotulagem possibilita ao consumidor uma melhor escolha do alimento e promove práticas alimentares saudáveis. Permite a rastreabilidade do alimento, previne o risco à saúde e ajuda a garantir o comércio de alimentos seguros.

### Todo alimento embalado necessita de rótulo?

Os alimentos embalados precisam de rótulo. As informações que obrigatoriamente devem constar no rótulo de alimentos embalados são:

1. Nome do produto, indicando a sua natureza;
2. Lista de ingredientes em ordem decrescente de quantidade;
3. Conteúdo líquido (quantidade do produto em volume ou peso);
4. Identificação de origem: razão social e endereço do fabricante, do distribuidor e do importador, se for produto importado;
5. Identificação do lote;
6. Identificação do prazo de validade: constar o DIA e o MÊS para produtos com duração menor que 3 meses; constar o MÊS e o ANO para produtos com duração superior a 3 meses;
7. Modo de conservação;

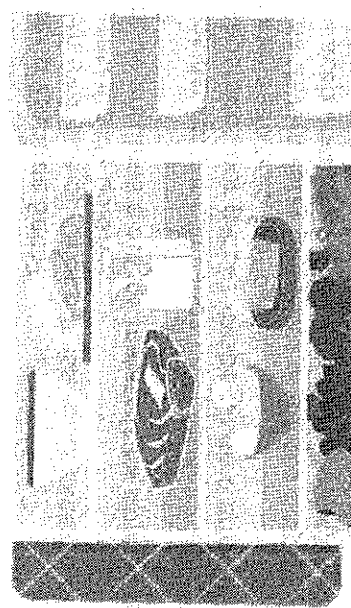


Atenção:

- Mantenha um estoque mínimo de produtos.
- Jamais utilize produtos com a validade vencida.
- Todos os alimentos devem estar identificados.

Como devem ser armazenados os alimentos com prazo de validade vencido, deteriorados, alterados, com embalagens danificadas, violadas, amassadas ou estufadas?

Esses alimentos devem ser retirados das áreas de venda e de manipulação e devem ser devidamente identificados e mantidos em local segregado pelo menor tempo possível. Deve ser determinada a destinação final dos mesmos.



## 6.4 ARMAZENAMENTO DE ALIMENTOS PREPARANDO O ALIMENTO

Atenção!

É obrigatória a instalação de pia exclusiva para higienização das mãos abastecida com sabonete líquido neutro eodoro e com produto anti-septico ou sabonete líquido antisséptico, toalha de papel não reciclado branco ou de cor clara, nas áreas de pré-preparo e preparo dos alimentos.

Como deve ser a área de preparo dos alimentos?



## Por que estas informações são necessárias?

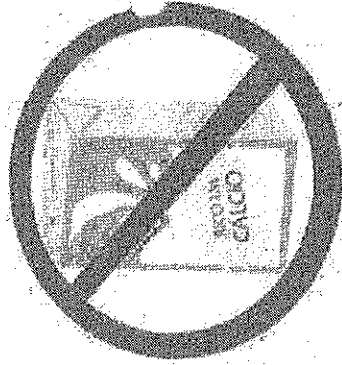
São vários os motivos.

1. A lista de ingredientes permite que o consumidor identifique o que está comendo. Para pessoas alérgicas estas informações são essenciais;
2. A indicação do modo de conservação permite que o produto tenha sua qualidade e segurança preservadas;
3. A informação da origem permite a identificação do responsável pela fabricação, distribuição ou importação do alimento, fato necessário caso o produto venha a causar algum problema;
4. A indicação do prazo de validade evita que sejam comercializados ou consumidos alimentos que, mesmo com a aparência normal, já tenham perdido a qualidade original.

## O que não é permitido colocar no rótulo?

Destacar a presença ou ausência de componentes que sejam próprios de alimentos de igual natureza do produto, por exemplo: "Óleo vegetal sem colesterol". Todo óleo vegetal apresenta-se sem colesterol, portanto o correto seria "Óleo vegetal sem colesterol, como todo óleo vegetal".

- Alegar propriedades medicinais, por exemplo "... cura artrite";
- Aconselhar o uso para melhorar a saúde, evitar doenças, por exemplo: "... previne a osteoporose";
- Usar palavras ou figuras que possam levar o consumidor a erro;
- Atribuir ao produto qualidades que não existem ou que não possam ser comprovadas.



## 6.3 ARMAZENAMENTO DE ALIMENTOS

Quais são os cuidados no armazenamento para não comprometer a qualidade e a segurança do alimento?

1. Substitua as caixas de madeira por caixas de material plástico porque são fáceis de lavar e isto evita a entrada de sujeira e insetos no estabelecimento;
2. Organize os alimentos de acordo com a data de vencimento, primeiro que vence/entra, primeiro que sai (PVPS/PEPS);
3. Separe e identifique os produtos que estão impróprios para o consumo;
4. As prateleiras, geladeiras e congeladores devem estar em perfeitas condições de higiene e funcionamento.

### Como deve ser o Estoque Seco?

1. Arejado, sem umidade ou calor excessivo. O excesso de umidade possibilita a presença de bolores;
2. Limpo, livre de entulhos e outros materiais ou objetos que não estão em uso;
3. Os alimentos devem ser colocados nas prateleiras de forma organizada, separados por grupos, respeitando o empilhamento máximo recomendado pelo fabricante;
4. Os alimentos devem estar dispostos distantes do piso, sobre estrados (com acabamento liso, mantidos em bom estado de conservação e limpeza);
5. As prateleiras devem ser de material liso, resistente e de fácil limpeza.

### Como devem ser armazenados alimentos perecíveis?

1. Disponha os alimentos no equipamento de modo a permitir a circulação do ar, distantes entre si e das paredes, sem superlotação;
2. Regule a temperatura dos equipamentos de acordo com o alimento que exige a menor temperatura;
3. Evite contaminação cruzada entre os alimentos, protegendo-os e distribuindo-os de maneira adequada;
4. Controle periodicamente a temperatura dos alimentos armazenados, registrando em planilhas próprias.

### C) Modelo Linear

Informação Nutricional: Porção \_\_\_ g ou ml; (medida caseira) Valor energético.....kcal = .....kJ (...%VD); Carboidratos ...g (...%VD); Proteínas ...g(...%VD);

Gorduras totais .....g (...%VD); Gorduras saturadas.....g (%VD);

Gorduras trans...g; Fibra alimentar ...g (%VD); Sódio ..mg (%VD).

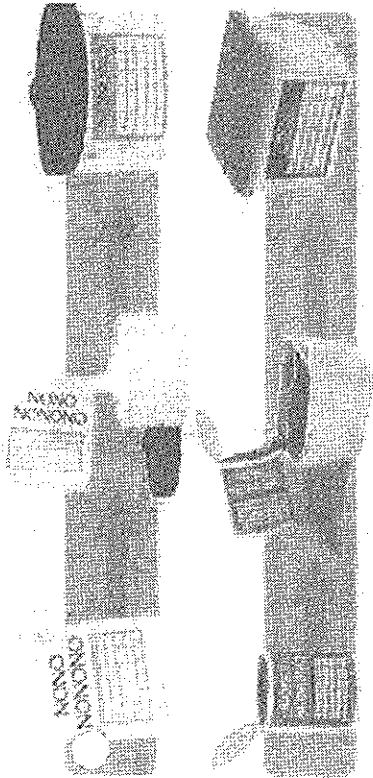
"Não contém quantidade significativa de .....(valor energético e/ou o(s) nome(s) do(s) nutriente(s))"

(Esta frase pode ser empregada quando se utiliza a declaração nutricional simplificada).

(\*) % Valores Diários com base em uma dieta de 2.000 kcal ou 84 kJ. Seus valores diários podem ser maiores ou menores dependendo de suas necessidades energéticas.

### Como deve ser identificado um produto que foi retirado da embalagem original?

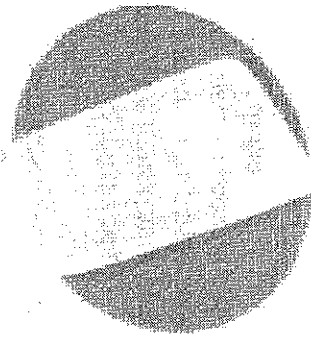
Ao transferir um alimento para outro recipiente diferente do original, cole uma etiqueta no novo recipiente com no mínimo as seguintes informações: nome do produto, marca, lote, data de abertura e a nova data de validade, conforme a recomendação do fabricante.



### Como devem ser rotulados os alimentos preparados ou fracionados no local de comercialização e embalados na presença do consumidor?

Com, no mínimo, estas informações:

- Denominação de venda do alimento;
- Marca;
- Lista de ingredientes em ordem decrescente de proporção;
- Data de validade após fracionamento ou manipulação;
- Informações sobre as formas de conservação do produto.



Os produtos que estão dispensados da rotulagem nutricional obrigatória são:

- As águas minerais e demais águas destinadas ao consumo humano;
- As bebidas alcoólicas;
- Os aditivos alimentares e conservantes de tecnologia;
- As especiarias como pimenta do reino, cominho, noz moscada, canela e outros;
- Os vinagres;
- O sal (cloreto de sódio);
- Café, erva mate, chá e outras ervas sem adição de outros ingredientes;
- Os alimentos preparados e embalados em restaurantes e estabelecimentos comerciais, prontos para o consumo, como por exemplo, sanduíches, embalados, sobremesas do tipo flan ou mousses ou saladas de frutas e outras semelhantes;
- Os produtos fracionados nos pontos de venda a varejo, comercializados como pré-medidos. Alimentos fabricados como queijos, presuntos, salames, mortadélas, entre outros;
- As frutas, vegetais e carnes in natura, refrigerados ou congelados;
- Produtos que possuem embalagens com menos de 100 cm<sup>3</sup> (esta dispensa não se aplica aos alimentos para fins especiais ou que apresentem declarações de propriedades nutricionais).

## O que é rotulagem nutricional?

É a informação obrigatória que deve constar no rótulo do alimento, composta, principalmente, pelos seguintes itens: valor energético, quantidade de carboidratos, proteínas, gorduras totais, gorduras saturadas, gorduras trans, fibra alimentar e sódio por porção do alimento.

## Por que é obrigatória a rotulagem nutricional?

Para que os consumidores tenham a possibilidade de conhecer e controlar a ingestão de alguns componentes alimentares que são importantes para a redução do risco de desenvolvimento de doenças crônicas associadas à alimentação.

A informação nutricional obrigatória é importante para que o consumidor possa fazer escolhas mais saudáveis para ele e para sua família.

Modelos de Rotulagem Nutricional:

### A) Modelo Vertical A

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL Porção g ou ml (medida caseira)		% VD (*)
Quantidade por porção	Kcal = kJ	
Valor energético		
Carboidratos	g	
Proteínas	g	
Gorduras totais	g	
Gorduras saturadas	g	
Gorduras trans	g	(Não declarar)
Fibra alimentar	g	
Sódio	mg	

\* Não contém quantidade significativa de (valor energético e ou e(s) nutriente(s) do(s) nutrientes) (Esta frase pode ser empregada quando se utiliza a declaração nutricional simplificada)

(\*) % Valores Diários com base em uma dieta de 2.000 kcal ou 8.400 kJ. Seus valores diários podem ser maiores ou menores dependendo de suas necessidades energéticas.

### B) Modelo Vertical B

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL Porção g ou ml (medida caseira)	Quantidade por porção	% VD (*)	Quantidade por porção	% VD (*)
Valor energético (kcal = kJ)			Gorduras saturadas g	
Carboidratos g			Gorduras trans g	(Não declarar)
Proteínas g			Fibra alimentar g	
Gorduras totais g			Sódio mg	

\* Não contém quantidade significativa de (valor energético e ou e(s) nutriente(s) do(s) nutrientes) (Esta frase pode ser empregada quando se utiliza a declaração nutricional simplificada)

ou 8.400 kJ. Seus valores diários podem ser maiores ou menores dependendo de suas necessidades energéticas.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



MAPA DE ATENDIMENTO DIÁRIO



UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_ CATEGORIA: \_\_\_\_\_

SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS - SIA / SUS

	NOME	IDADE	SEXO		CONSULTA		Bairro	Diagnóstico	CID	Procedimento	Código
			M	F	1ª vez	Subs.					
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											



PROCESSO Nº 6255/11  
Rubrica A fls. 09

 ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Coordenação de Saúde bucal  SUS

**MARCAÇÃO DE CONSULTA ODONTOLÓGICA**

Local: \_\_\_\_\_

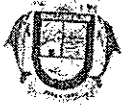
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

O paciente que chegar atrasado não será atendido.









ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 HOSPITAL MUNICIPAL DR. RODOLPHO PÉRISSE

RECEBIDO  
 NOME: \_\_\_\_\_  
 DATA: \_\_\_\_\_



## NEONATOLOGIA - ALOJAMENTO CONJUNTO

NOME: \_\_\_\_\_

NIP: \_\_\_\_\_

DEP: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_  
 PARTO: ( ) Norma ( ) Fórceps ( ) Cesário (Indicação \_\_\_\_\_) TBR: \_\_\_\_\_ APAGAR: \_\_\_\_/\_\_\_\_  
 CAPURRO: sem \_\_\_\_\_ dias CLASSIFICAÇÃO ( ) AIG ( ) PIG ( ) CIG  
 TIPO SANGÜÍNEO: Mãe: \_\_\_\_\_ RN: \_\_\_\_\_ CD: \_\_\_\_\_ SOROLOGIAS: \_\_\_\_\_  
 FATORES QUE ACARRETEM RISCO AO RN: \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PROBLEMAS: \_\_\_\_\_

RN com \_\_\_\_\_ horas de vida

Queixas maternas: \_\_\_\_\_

Eliminações fisiológicas: \_\_\_\_\_

Alimentação: \_\_\_\_\_

DXT/TPR: \_\_\_\_\_

Exame físico	N - Normal	A - Anormal	N	A
1 - Atividade				
2 - Grau de hidratação				
3 - Perfusão				
4 - Cor (anemia, pletor, icterícia, cianose)				
6 - Respiração Ausculta pulmonar				
7 - Ausculta cardíaca				
8 - Abdômem/colo umbilical				
9 - Genitália				
10 - Neurológico (FA/reflexos/tônus)				
11 - Outros (pele, osteo-articular etc.)				

Descrever as anormalidades e outras observações:

Impressão:

Conduta:

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PROBLEMAS: \_\_\_\_\_

RN com \_\_\_\_\_ horas de vida

Queixas maternas: \_\_\_\_\_

Eliminações fisiológicas: \_\_\_\_\_

Alimentação: \_\_\_\_\_

DXT/TPR: \_\_\_\_\_

Exame físico	N - Normal	A - Anormal	N	A
1 - Atividade				
2 - Grau de hidratação				
3 - Perfusão				
4 - Cor (anemia, pletor, icterícia, cianose)				
6 - Respiração Ausculta pulmonar				
7 - Ausculta cardíaca				
8 - Abdômem/colo umbilical				
9 - Genitália				
10 - Neurológico (FA/reflexos/tônus)				
11 - Outros (pele, osteo-articular etc.)				

Descrever as anormalidades e outras observações:

Impressão:

Conduta:

*(Handwritten mark)*

**NEONATOLOGIA**

Obstetra: \_\_\_\_\_  
 Pediatra: \_\_\_\_\_  
 Enfermeira: \_\_\_\_\_  
 Nome do Recém-Nascido: \_\_\_\_\_ Fator Rh \_\_\_\_\_ G. sg. \_\_\_\_\_  
 Pai: \_\_\_\_\_ Fator Rh \_\_\_\_\_ G. sg. \_\_\_\_\_  
 Mãe: \_\_\_\_\_ Fator Rh \_\_\_\_\_ G. sg. \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Min: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Comp: \_\_\_\_\_  
 P. Cefálico: \_\_\_\_\_ P. Torácico: \_\_\_\_\_ P. Abdômem: \_\_\_\_\_ Capurro: \_\_\_\_\_  
 Tipo de parto: \_\_\_\_\_ Indicação: \_\_\_\_\_  
 Anestesiologista: \_\_\_\_\_ Pediatra: \_\_\_\_\_  
 Anestesia - Tipo e Anestésico: \_\_\_\_\_ TBR \_\_\_\_\_

**Avaliação das Condições de Recém-Nascido**

	0	1	2
Freq. Cardíaca	Ausente	Abaixo de 100	Acima de 100
Mov. Respiratórios	Ausente	Choro fraco	Choro forte
Tonus Muscular	Flácido	Flexão das extremidades	Movimento ativo
Resposta ao cateter cor	Ausente Azul pálido	Resposta fraca (careta) Corpo rosado Ext. Azulada	Tosse choro forte Complemento Róseo

**Score V. Apgar**

1 MIN	2 MIN

**Exame Físico do Recém-Nascido**

Cabeça: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Boca: \_\_\_\_\_  
 Olhos: \_\_\_\_\_  
 Pescoço: \_\_\_\_\_  
 Aparelho respiratório: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Abdômem: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Extremidades: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Sistema Neuromuscular: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Ortolani: \_\_\_\_\_  
 Genitália: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Conclusão: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**História Materna**

Idade: \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_  
 Pré Natal: \_\_\_\_\_  
 D.U.M.: \_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Fator RH: \_\_\_\_\_  
 Sorologias: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Provocado  
 Espontâneo



REGISTRO Nº 6255/12  
RUBRICA Nº 21

ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA

ORDEM DE SERVIÇO Nº 4451

Determino aos servidores abaixo designados que realizem a ação de visita para inspeção sanitária no estabelecimento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, situado na \_\_\_\_\_,

nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, no dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

SERVIDORES	ASSINATURAS

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Supervisor da Vigilância Sanitária

Portaria/Matrícula nº \_\_\_\_\_

Recebi a 2ª via desta ordem de serviço às \_\_\_\_:\_\_\_\_, do dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

.....  
Nome e assinatura de representante do estabelecimento onde ocorreu a ação.

RG ou CPF: \_\_\_\_\_



PROCESSO Nº 6255/14  
 DATA 14/05/14

**ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
**FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA**

**ORDEM DE SERVIÇO Nº 4451**

Determino aos servidores abaixo designados que realizem a ação de visita para inspeção sanitária no estabelecimento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, situado na \_\_\_\_\_,

nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

SERVIDORES	ASSINATURAS

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Supervisor da Vigilância Sanitária

Portaria/Matrícula nº \_\_\_\_\_

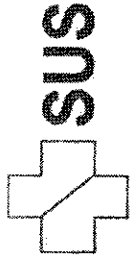
Recebi a 2ª via desta ordem de serviço às \_\_\_\_:\_\_\_\_, do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

.....  
 Nome e assinatura de representante do estabelecimento onde ocorreu a ação.

RG ou CPF: \_\_\_\_\_



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 HOSPITAL MUNICIPAL DR. RODOLPHO PERISSÉ



CUIDANDO  
 DA NOSSA  
 GENTE

1ª via - branca  
 2ª via - azul

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME DO USUÁRIO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ ENFERMARIA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

ITEM	DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO
01	/ /		
02	/ /		
03	/ /		
04	/ /		
05	/ /		
06	/ /		
07	/ /		
08	/ /		
09	/ /		
10	/ /		
11	/ /		
12	/ /		
13	/ /		
14	/ /		
15	/ /		
16	/ /		
17	/ /		
18	/ /		
19	/ /		
20	/ /		

*(Handwritten signature)*



UF NÚMERO  
RJ52 DU

DATA

PACIENTE

MEDICAMENTO

UF NÚMERO  
RJ52 DU

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMARÇÃO DE BUZIOS**  
*Políclinica Municipal Dr Carlos Ernesto de Oliveira Stevenson*  
C.R.M. - 52.106658-7-PJ  
Rua da Anchova, s/nº - Manguninhos - Armação dos Buzios/RJ  
CEP 28.950-000  
Tel. (22) 2623-7119

Paciente: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_

Assinatura do Emissor \_\_\_\_\_  
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR  
Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Identidade Nº \_\_\_\_\_  
Orgão Emissor \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
A.C. dos Santos Oliveira Artes Gráficas - R. Júlio de Castilho, 1218 - Araruama RJ - CNPJ 02.844.27200017-4 - 50 Bts. 30x1 de DU.699881 a DU.702380 - VISA CREMÉRJ Nº B - 6290073491 DE 28/05/2014

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
Posologia \_\_\_\_\_  
Dose por Unidade Posológica \_\_\_\_\_  
Quantidade e Forma Farmacéutica \_\_\_\_\_  
Medicamento ou Substância \_\_\_\_\_

UF NÚMERO  
RJ52 DU

PACIENTE

MEDICAMENTO

UF NÚMERO  
RJ52 DU

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMARÇÃO DE BUZIOS**  
*Políclinica Municipal Dr Carlos Ernesto de Oliveira Stevenson*  
C.R.M. - 52.106658-7-PJ  
Rua da Anchova, s/nº - Manguninhos - Armação dos Buzios/RJ  
CEP 28.950-000  
Tel. (22) 2623-7119

Paciente: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_

Assinatura do Emissor \_\_\_\_\_  
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR  
Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Identidade Nº \_\_\_\_\_  
Orgão Emissor \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
A.C. dos Santos Oliveira Artes Gráficas - R. Júlio de Castilho, 1218 - Araruama RJ - CNPJ 02.844.27200017-4 - 50 Bts. 30x1 de DU.699881 a DU.702380 - VISA CREMÉRJ Nº B - 6290073491 DE 28/05/2014

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
Posologia \_\_\_\_\_  
Dose por Unidade Posológica \_\_\_\_\_  
Quantidade e Forma Farmacéutica \_\_\_\_\_  
Medicamento ou Substância \_\_\_\_\_



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE



CUIDANDO  
DA NOSSA  
GENTE

### RECEITUÁRIO COMUM

FRONT. MUNICIPAL:

Unidade de Saúde

NOME:

PROCESSO:	625512
Rubrica:	fls. 2/1

Assinatura e carinho do emitente

De acordo com a legislação vigente, os medicamentos deverão ser prescritos com o seu nome genérico.

1ª VIA - FARMÁCIA  
2ª VIA - PACIENTE

AMARELA

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Estrada da Usina Velha, 600 - Centro - Armação dos Búzios/RJ - Cep 28.950-000

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do  
Farmacêutico

Data

1ª VIA - FARMÁCIA  
2ª VIA - PACIENTE

BRANCA

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Estrada da Usina Velha, 600 - Centro - Armação dos Búzios/RJ - Cep 28.950-000

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECE

Assinatura do  
Farmacêutico

Data





Nº 030828

**REQUISIÇÃO**

USO DO SETOR REQUISITANTE

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	CÓDIGO	ESTOQUE	QIDE RECEB.
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

**APLICAÇÃO DO MATERIAL**

UNIDADE DE SAÚDE	DATA	ADMINISTRADOR	CHEFE DO SETOR

**USO DO ALMOXARIFADO**

RECEBI O MATERIAL ACIMA, NAS QUANTIDADES INDICADAS  
 LANÇADO NO FICARIO POR:

ENTREGUE POR:	DATA	CHEFE DO ALMOXARIFADO
	/ /	



**REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO**

Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama.

UF  CNES da Unidade de Saúde

Unidade de Saúde

Município  Prontuário

**INFORMAÇÕES PESSOAIS**

Cartão do SUS

Nome Completo da Mulher

Nome completo da Mãe

Identidade  Órgão Emissor  UF  CNPF (CPF)

Data de Nascimento  /  /  Idade

Dados Residenciais

Logadouro

Número  Complemento

Bairro  UF

Código do Município  Município

CEP  -  DDD  Telefone  -

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE  ANALFABETO  1º Grau Incompleto  1º Grau Completo  2º Grau Completo  3º Grau Completo

**DADOS DA ANAMNESE**

1. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?  
 Sim. Quando fez o último exame? ano  /  /   
 Não  Não sabe

2. Usa DIU?  Sim  Não  Não sabe

3. Esta grávida?  Sim  Não  Não sabe

4. Usa pílula anti-concepcional?  
 Sim  Não  Não sabe

5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?  
 Sim  Não  Não sabe

6. Já fez tratamento por radioterapia?  
 Sim  Não  Não sabe

7. Data da última menstruação / regra:  
 /  /   Não sabe / Não lembra

8. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?  
 (não considerar a primeira relação sexual na vida)  
 Sim  Não / Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?  
 (não considerar o(s) sangramento(s) de reposição hormonal)  
 Sim  Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

**EXAME CLÍNICO**

10. Inspeção da cola  
 Normal  Alterado  Colo não visualizado

11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?  
 Sim  Não

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe da paciente preenchidos

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ do Laboratório

Número do Exame

Nome do Laboratório

Recebido em:

RESULTADO DO EXAME C. TOPATÓLOGICO - COLO DO ÚTERO

AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA  
AMOSTRA REJEITADA POR:

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

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA

- Escamosa
- Glandular
- Metaplásio

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL

- Satisfatório
- Insatisfatório para avaliação onco devido a:
  - Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esforço
  - Sangue em mais de 75% do esforço
  - Plócitos em mais de 75% do esforço
  - Artefatos de dessecação em mais de 75% do esforço
  - Contaminantes externos em mais de 75% do esforço
  - Intensa superposição celular em mais de 75% do esforço
  - Outros

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO  
ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

- Inflamação
- Metoplasia escamosa imatura
- Reparação
- Atrofia com inflamação
- Radiação
- Outros, especificar

MICROBIOLOGIA

- Lactobacilos sp
- Cacos
- Sugestivos de Chlamydia sp
- Aclinomyces sp
- Cândida sp
- Trichomonas vaginalis
- Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes
- Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)
- Outros bacilos
- Outros; especificar \_\_\_\_\_

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

Escamosas:  Possivelmente não neoplásticas  
 Não se pode afastar lesão de alto grau

Glandulares:  Possivelmente não neoplásticas  
 Não se pode afastar lesão de alto grau

De origem indefinida:  Possivelmente não neoplásticas  
 Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

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

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

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

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

Observações Gerais: \_\_\_\_\_

Data da liberação

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsável pelo resultado

\_\_\_\_\_

CNPJ (CPF)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

UF

Código da Unidade de Saúde (CNES)

Unidade de Saúde

Código Município

Município

Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS

Sexo  Masculino  Feminino

Nome Completo do(a) paciente

Apelido do(a) paciente

Nome Completo da Mãe

Identidade

Orgão Emissor

UF

CNPJ (CPF)

Data de Nascimento   /   /

Idade

Cor/Raça  Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena

Dados Residenciais

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

UF

Código Município

Município

CEP

DDD

Telefone

Ponto de Referência

Escolaridade

Analfabeta  Ensino Fundamental Incompleto  Ensino Fundamental Completo  Ensino Médio Completo  Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?  
 Sim, mama direita  
 Sim, mama esquerda  
 Não

2. Apresenta risco elevado\* para câncer de mama?  
 Sim  
 Não  
 Não sabe

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?  
 Sim  
 Nunca foram examinadas anteriormente

4 - Fez mamografia alguma vez?  
 Sim. Quando fez a última mamografia?

Não  
 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*.

ATENÇÃO : Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe da paciente preenchidos

  
 nº 332



**INDICAÇÃO CLÍNICA**

5 - Mamografia diagnóstica  mama esquerda  mama direita  ambas

5a. Achados no exame clínico

**Mama direita**

Lesão papilar

Descarga papilar

Cristalina  
 Hemorrágica

**Nódulo:**

**Localização**

QSL  QIL  QSM  QIM  UQlat  
 UQsup  UQmed  UQinf  RRA  PA

**Espessamento:**

**Localização**

QSL  QIL  QSM  QIM  UQlat  
 UQsup  UQmed  UQinf  RRA  PA

Linfonodo palpável  Axilar  Supraclavicular

**Mama esquerda**

Lesão papilar

Descarga papilar

Cristalina  
 Hemorrágica

**Nódulo:**

**Localização**

QSL  QIL  QSM  QIM  UQlat  
 UQsup  UQmed  UQinf  RRA  PA

**Espessamento:**

**Localização**

QSL  QIL  QSM  QIM  UQlat  
 UQsup  UQmed  UQinf  RRA  PA

Linfonodo palpável  Axilar  Supraclavicular

5b. Controle radiológico Categoria 3

**Mama direita**

**Mama esquerda**

nódulo  
 microcalcificação  
 assimetria focal  
 assimetria difusa  
 Área densa  
 distorção focal

5c. Lesão com diagnóstico de câncer

**Mama direita**

**Mama esquerda**

nódulo  
 microcalcificação  
 assimetria focal  
 assimetria difusa  
 área densa  
 distorção focal

5d. Avaliação da resposta de QT neo-adjuvante

6 -  Mamografia de rastreamento

Data de solicitação

Examinador

Número do Exame:

Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

**ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO**

**5 - Mamografia Diagnóstica**

5a - Achados no exame clínico

Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supraclavicular)

5b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS<sup>®</sup>)

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

5c - Lesão com diagnóstico de câncer

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

5d - Avaliação de resposta à quimioterapia neo-adjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neo-adjuvante, para avaliação da resposta

**6 - Mamografia de Rastreamento**

Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos ou maiores de 35 anos com histórico familiar de câncer de mama. Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama

**Localização**

QSL - Quadrante superior lateral  
QIL - Quadrante inferior lateral  
QSM - Quadrante superior medial  
QIM - Quadrante inferior medial  
UQlat - União dos quadrantes laterais  
UQsup - União dos quadrantes superiores

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





SUS/REDE ESTADUAL DE HEMOTERAPIA  
 Secretarias Municipais de Saúde da Região dos Lagos  
 Hemocentro da Região dos Lagos "Dr Sérgio de Almeida e Silva"

PROCESSO Nº 10015  
 Inútil 18

**REQUISIÇÃO DE TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES**

Hospital \_\_\_\_\_ Data e hora da requisição \_\_\_\_\_ Data e hora recebimento \_\_\_\_\_

Nome completo \_\_\_\_\_ Localização/Leito \_\_\_\_\_ Convênio/Registro \_\_\_\_\_

Nº CNS \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_ Peso \_\_\_\_ Kg. Etnia: ( ) Branco ( ) Preto ( ) Pardo ( ) Indeterminado ( ) Indígena.

Responsável pelo paciente e telefone de contato: \_\_\_\_\_

Exames laboratoriais: Ht \_\_\_\_\_ % Hb \_\_\_\_\_ g/dl Plaquetas \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TAP \_\_\_\_\_ PTT \_\_\_\_\_ INR \_\_\_\_\_ Fibrinogênio \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Diagnóstico principal: \_\_\_\_\_

Indicação da Transfusão: \_\_\_\_\_

**COMPONENTE/QUANTIDADE**

Conc. de Hemácias	Plasma Fresco Congelado	Conc. de Plaquetas	Crioprecipitado

Tipo de Transfusão: ( ) Urgente; ( ) Não Urgente; ( ) Programada para \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e carimbo de Médico Requisitante \_\_\_\_\_

Responsável pela Coleta da(s) amostra(s) do paciente \_\_\_\_\_

**EMERGÊNCIA**

Declaro que tenho ciência dos riscos relacionados a transfusões incompatíveis e assumo inteira responsabilidade pela retirada dos hemocomponentes antes da realização dos testes pré-transfusionais obrigatórios, justificada por risco de morte do paciente, caso a transfusão não seja realizada imediatamente.

Assinatura e CRM legível: \_\_\_\_\_

**SERVIÇO DE HEMOTERAPIA**

Classificação do Paciente: Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_ Fator Rh: \_\_\_\_ D fraco: \_\_\_\_ PAI: \_\_\_\_ A/C: \_\_\_\_

Número da Bolsa	Componente	Prova de Compatibilidade

\_\_\_\_\_  
 Data, hora, ass. do técnico responsável.

**INSTRUÇÕES:**

- 1 - É obrigatório informar a Data do Nascimento, Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou Convênio do paciente;
- 2 - A requisição deve estar acompanhada de amostra de sangue do paciente corretamente identificada;
- 3 - Utilizar tubos com EDTA para os testes pré-transfusionais obrigatórios;
- 4 - O responsável pela coleta de sangue deve assinar no campo correspondente;
- 5 - A requisição deve ser feita em duas vias;
- 6 - Caso o paciente apresente reação transfusional o Serviço de Hemoterapia deverá ser comunicado imediatamente;
- 7 - REQUISIÇÕES INCOMPLETAS, RASURADAS OU ILEGÍVEIS NÃO SERÃO ACEITAS (Port. Nº 2.712 de 12/11/2013).



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 HOSPITAL MUNICIPAL RODOLPHO PERISSÉ



PROCESSO Nº 62357  
 SE

**REQUISIÇÃO PARA EXAMES**

**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO**

NOME  PRONT. MUNIC.   
 IDADE  SEXO M  F  COR: N  B  A  PESO  ALTURA   
 CLÍNICA  ENFERMARIA  LEITO

**DADOS CLÍNICOS**

**MATERIAL A EXAMINAR**

**EXAMES SOLICITADOS**

Carimbo da unidade de saúde

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

Carimbo e assinatura do Solicitante

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  
PROFESSORES DE EDUCAÇÃO INFANTIL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

PROFESSOR(A) \_\_\_\_\_  
CARGO \_\_\_\_\_  
CÓDIGO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATA

**AUTORIZO O EXAME**

\_\_\_\_\_  
CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE



### REQUISIÇÃO PARA EXAMES

#### IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

NOME

PRONT.

IDADE

ALTURA

SEXO

M  F

COR

N  B  A

PESO

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

PROCESSO Nº 25511  
 Rubrica R\$ 20

Carimbo da unidade de saúde

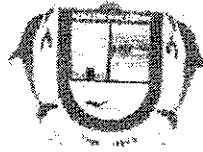
DATA

Carimbo e Assinatura do Solicitante

AUTORIZO O EXAME

DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR



PROCESSO Nº 25517  
clínica  
fls 42

## RESUMO DE ALTA

PACIENTE: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_  
PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
ENFERMARIA/LEITO: \_\_\_\_\_ SETOR: \_\_\_\_\_

### RESUMO DA INTERNAÇÃO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### CONDIÇÕES DE ALTA:

ALTA COM ORIENTAÇÃO MÉDICA:

ALTA POR EVASÃO:

ÓBITO:

ALTA À PEDIDO:


TRANSFERÊNCIA:


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


HORA: \_\_\_\_\_

MÉDICO/ASSINATURA/CARIMBO: \_\_\_\_\_

PROCESSO nº 625511  
Rubrica JL fis 12

 ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

 SUS

 QUANDO  
SE PODE  
DEITE

**RÓTULO DE SORO** 49

Nome: \_\_\_\_\_

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Soro: \_\_\_\_\_

Nº de Gotas: \_\_\_\_\_

Aditivos: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Etapa: \_\_\_\_\_

Hora: Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Ⓟ



# SERVIÇO DE ATENDIMENTO 192



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 HOSPITAL MUNICIPAL DR. RODOLPHO PERISSÉ



DATA

ATENDIMENTO Nº:

## BOLETIM DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
 SAÍDA DE BASE  
 SAÍDA DO QTH


HORÁRIO DE ACIONAMENTO  
 CHEGADA NO QTH  
 CHEGADA HMRP


## DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:

--

DATA NASC.:


IDADE:


SEXO


LOCAL DE NASC.:


RG.:


END.:


REFERÊNCIA:


BAIRRO


CIDADE / UF.


TELEFONE / CELULAR


NOME DA MÃE:


## ESCALA DE GLASGOW

### ADULTO

	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	TOTAL
6	X	X	OBEDECE COMANDO	
5	X	ORIENTADO	LOCALIZA A DOR	
4	ESPONTÂNEA	CONFUSO	RETIRADA A DOR	
3	COMANDO VERBAL	DESCONEXO	FLEXÃO ANORMAL	
2	À DOR	SONS E GEMIDOS	ESTENSÃO ANORMAL	
1	AUSENTE	AUSENTE	AUSENTE	

### ADULTO

	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	TOTAL
6	X	X	OBEDECE COMANDO	
5	X	SORRI, IDENTIFICA SONS, SEGUE OBJETOS, INTERAGE	LOCALIZA A DOR	
4	ESPONTÂNEA	CHORA MAIS É CONSOLÁVEL	FUGA A DOR	
3	À VOZ	CHORO INCONSTANTE E IRRITÁVEL	FLEXÃO ANORMAL	
2	À DOR	CHORO PERSISTENTE, NÃO CONSOLÁVEL, AGITADA, MÁ INTERAÇÃO	ESTENSÃO ANORMAL	
1	AUSENTE	AUSENTE	AUSENTE	

## SINAIS VITAIS

PA


PULSO

FR

TAX

HGT

PO2


## DADOS DO SOLICITANTE

NOME:

RELAÇÃO COM O

PACIENTE:

TELEFONE:


CARIMBO:


**CONDUTA NA ABORDAGEM**

C	
A	
B	
OBS.:	

A	
M	
P	
L	
A	
OBS.:	

**EXAME FÍSICO**

CABEÇA / PESCOÇO:

TRONCO:

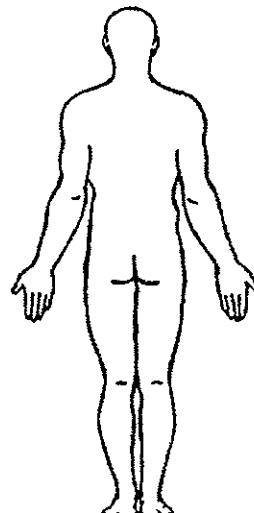
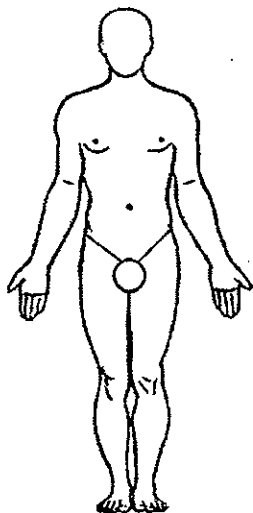
ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS:

MMSS:

MMII:

**DESCRIÇÃO DA CENA E CONDUTAS**

**LESÕES APARENTES**



A small, stylized handwritten mark or signature in the bottom right corner of the page.

HOSPITAL MUNICIPAL DR. RODOLPHO PÉRISSE

SERVIÇO DE NEONATOLOGIA

Evolução da Enfermagem

RN de: \_\_\_\_\_

Particular

Apartamento: \_\_\_\_\_

Admitido no berçário às: \_\_\_\_\_ h

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Parto: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ h.

Sexo: \_\_\_\_\_

Est: \_\_\_\_\_

PC: \_\_\_\_\_

Convênio: \_\_\_\_\_

HORA	VIA	Alimento	Volume	Resíduo	URINA		FEZES		Tempo	Peso	FG	FR
					Sim	Não	Sim	Não				

Início	Término	Volume	Meio

Tipo de Exame	Data	Rúbrica

HAEMOGLUKOTEST		FOTOTERAPIA	
Hora	Resultado	Início	Término

*(Handwritten signature/initials)*



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS  
BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL (INDIVIDUALIZADO) - BPA-I

MES/ANO \_\_\_\_\_ FOLHA \_\_\_\_\_

Dados Operacionais

UF \_\_\_\_\_ Código CNES \_\_\_\_\_ Nome do Estabelecimento de Saúde \_\_\_\_\_ Nome do Profissional \_\_\_\_\_ CBO \_\_\_\_\_

ATENDIMENTO REALIZADO

SEQ.	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) DO USUÁRIO	DATA DO ATENDIMENTO (dd/mm/aaaa)	CODIGO PROCEDIMENTO	QTD	NOME DO PACIENTE	CID-10	CART. ATEND.	RAÇA COR	DATA NASCIMENTO (dd/mm/aaaa)	COD. IBGE MUNIC. RESIDENCIA
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										

CARRIBO \_\_\_\_\_ RÚBRICA \_\_\_\_\_ CARRIBO \_\_\_\_\_ RÚBRICA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL DR RODOLPHO PÉRISSÉ

### SOLICITAÇÃO DE AMBULÂNCIA (192)

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

HORA: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOME DO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

PONTO DE REFERENCIA: \_\_\_\_\_

MOTIVO: \_\_\_\_\_

ATENDIDO POR \_\_\_\_\_

MOTORISTA: \_\_\_\_\_

TÉCNICO ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

CARIMBO DO ENFERMEIRO

PROCESSO Nº	15512
Métrica	As 12



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA

PROCESSO Nº 6255/LA  
Rubrica fls 628

## TERMO DE INTIMAÇÃO

Número: 10342

Nome da Empresa/Instituição:

Endereço

Bairro:

Número de Alvará

Município:

CNPJ Nº:

Licença Nº:

Responsável Técnico / Legal:

CR Nº \_\_\_\_\_  
RG Nº \_\_\_\_\_

De acordo com o \_\_\_\_\_ do(a) \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, fica intimada a Empresa/Instituição na pessoa do seu  
Representante Legal/Responsável Técnico a cumprir no prazo de \_\_\_\_\_ as seguintes exigências:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo dos Técnicos/Fiscal:

Local e Data:

Às \_\_\_\_\_ horas do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, recebi a 2ª via deste Termo, do qual fico ciente.

Nome, Assinatura e Identificação do Funcionário da Empresa/Instituição

Ou Testemunhas:

Nome

Assinatura

Identificação

Nome

Assinatura

Identificação

1ª VIA: CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

2ª VIA: EMPRESA/INSTITUIÇÃO

3ª VIA: ARQUIVO



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
 FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA

PROCESSO Nº 025517  
 Rubrica fis. 61

### TERMO DE INTIMAÇÃO

Número: 10342

Nome da Empresa/Instituição:

Endereço

Bairro:

Número de Alvará

Município:

CNPJ Nº:

Licença Nº:

Responsável Técnico / Legal:

CR Nº \_\_\_\_\_  
 RG Nº \_\_\_\_\_

De acordo com o \_\_\_\_\_ do(a) \_\_\_\_\_  
 de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, fica intimada a Empresa/Instituição na pessoa do seu  
 Representante Legal/Responsável Técnico a cumprir no prazo de \_\_\_\_\_ as seguintes exigências:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Assinatura e Carimbo dos Técnicos/Fiscal:

Local e Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

As \_\_\_\_\_ horas do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, recebi a 2ª via deste Termo, do qual fico ciente.

Nome, Assinatura e Identificação do Funcionário da Empresa/Instituição

Ou Testemunhas:

Nome

Assinatura

Identificação

Nome

Assinatura

Identificação



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA

PROCESSO Nº 10342  
NÚMERO 10342

# TERMO DE INTIMAÇÃO

Número: 10342

Nome da Empresa/Instituição:

Endereço:

Bairro:

Número de Alvará

Município:

CNPJ Nº:

Licença Nº:

Responsável Técnico / Legal:

CR Nº \_\_\_\_\_  
RG Nº \_\_\_\_\_

De acordo com o \_\_\_\_\_ do(a) \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, fica intimada a Empresa/Instituição na pessoa do seu  
Representante Legal/Responsável Técnico a cumprir no prazo de \_\_\_\_\_ as seguintes exigências:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo dos Técnicos/Fiscal:

Local e Data:

As \_\_\_\_\_ horas do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, recebi a 2ª via deste Termo, do qual fico ciente.

Nome, Assinatura e Identificação do Funcionário da Empresa/Instituição

Ou Testemunhas:		
Nome	Assinatura	Identificação
Nome	Assinatura	Identificação

1ª VIA: CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

2ª VIA: EMPRESA/INSTITUIÇÃO

3ª VIA: ARQUIVO





ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA

PROCESSO Nº 6255/14  
Município fls 29

## TERMO DE VISITA

Número: ~~1050~~

Nome da Empresa/Instituição:

Endereço:

Bairro:

Número de Alvará

Município:

CNPJ Nº:

Licença Nº:

Responsável Técnico/Legal:

CR Nº

RG Nº:

Motivo da Visita:

Relato da Visita:

Assinatura e Carimbo dos Técnicos / Fiscais:

Local e Data:

As \_\_\_\_\_ horas do dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, recebi a 2ª via deste Termo, do qual fico ciente.

Nome e Identificação do Funcionário/Responsável Legal da Empresa/Instituição

1ª VIA: CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

2ª VIA: EMPRESA/INSTITUIÇÃO

3ª VIA: ARQUIVO



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARMAÇÃO DOS BÚZIOS  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



**TROCA DE PLANTÃO**  
 (Caráter Excepcional)

PROCESSO Nº 05511x  
 R\$ 10  
 Rubrica

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Funcionário solicitante \_\_\_\_\_ CPF Nº \_\_\_\_\_

Solicita autorização para trocar o seu plantão do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ por conveniência própria, com o

funcionário \_\_\_\_\_ Substituto \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ que estara de

plantão no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário de entrada \_\_\_\_\_ e Horário de saída \_\_\_\_\_

Funcionário solicitante \_\_\_\_\_ Funcionário substituto \_\_\_\_\_

Chama \_\_\_\_\_ Diretoria \_\_\_\_\_

*(Handwritten mark)*