

EDITAL DE PROCESSO LICITATÓRIO

PREÂMBULO

A Prefeitura Municipal de Baependi torna público o presente Edital para contratação, no regime Menor preço por item, através da realização de Pregão Presencial, regido pela Lei nº 10.520/2002, pelo Decreto Municipal 0049/2009, e na omissão de ambos, no que couber, subsidiariamente pela Lei 8.666/1993.

OBJETO

O objeto do presente edital será a confecção de blocos cadastrais para o Programa e-SUS AB que auxilia no apoio a gestão do processo de trabalho e ao cuidado a saúde no Programa de Saúde Familiar., conforme memorial descritivo abaixo:

MEMORIAL DESCRITIVO

Item	Especificação	UN	Quantidade	Valor unitário	Valor total
1	Bloco - Cadastro domiciliar	FOLHA	6000	R\$ 0,06	R\$ 360,00
2	Bloco - Cadastro individual frente/verso	FOLHA	18500	R\$ 0,06	R\$ 1.110,00
3	Bloco - ficha de atendimento individual frente/verso	FOLHA	5000	R\$ 0,07	R\$ 350,00
4	Bloco - ficha de atendimento odontológico individual frente/verso	FOLHA	2000	R\$ 0,09	R\$ 180,00
5	Bloco - ficha de procedimentos	FOLHA	3000	R\$ 0,06	R\$ 180,00
6	Bloco - ficha de atividades coletivas frente/verso	FOLHA	1000	R\$ 0,13	R\$ 130,00
7	Bloco - ficha de visita domiciliar	FOLHA	3500	R\$ 0,07	R\$ 245,00

- Os modelos estão dispostos no anexo III, constante do edital;
- A confecção dos itens deverá ser feita em papel A4, impressão a laser na cor preta;
- As confecções deverão ser feitas em blocos com no mínimo 100 folhas cada.

Caso haja dúvida sobre qualquer modelo, os licitantes poderão retirar, a qualquer momento, bastando apresentar mídia gravável virgem ou pendrive formatado no departamento de compras, para gravar, sem custo, os modelos. Os mesmos poderão ser solicitados pelo email licitacao@baependi.mg.gov.br.

O valor máximo para esta contratação será de R\$ 2.555,00 (dois mil, quinhentos e cinquenta e cinco reais).

DATA DE REALIZAÇÃO DA SESSÃO DE PREGÃO

Credenciamento: 23 de julho de 2014, 13h30min

Abertura: 23 de julho de 2014, 14h00min

Local de realização do certame:

Prefeitura Municipal de Baependi – Rua Dr. Cornélio de Magalhães, 97
Centro – Baependi, MG.

1 DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO E ACESSO AO EDITAL

- 1.1** Poderá participar deste certame qualquer Pessoa Física e/ou Jurídica que tenha seu objetivo social e/ou formação compatível com o objeto descrito no preâmbulo e se encontre regular com a documentação disposta abaixo:
 - 1.1.1** Requerimento de empresário, contrato social e última alteração vigente, **devidamente registrado na Junta Comercial.**
 - 1.1.2** Cartão de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ)
 - 1.1.3** Certidão Conjunta Negativa de Débitos Federais
 - 1.1.4** Certidão Negativa de Débitos Estaduais da sede do licitante
 - 1.1.5** Certidão Negativa de Débitos Municipais da sede do licitante
 - 1.1.6** Certidão de Regularidade com o FGTS
 - 1.1.7** Certidão Negativa de Débitos com o INSS
 - 1.1.8** Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas
 - 1.1.9** Alvará de funcionamento.
 - 1.1.10** Declaração de que não emprega menor (conforme inciso V do art. 27 da Lei 8666/93)
 - 1.1.11** Declaração da inexistência de fato impeditivo de habilitação à licitação
 - 1.1.12** Declaração de que não há impedimentos para o exercício da atividade empresarial a nenhum dos sócios.
- 1.2** Somente serão autenticados os documentos mediante apresentação de original, não sendo possível autenticação mediante apresentação de cópia autenticada.
- 1.3** Qualquer cidadão poderá retirar cópia deste Edital mediante requerimento, através de mídia eletrônica (CD/DVD ROM, Pendrive ou qualquer outro dispositivo móvel), ou obter cópia impressa mediante pagamento de R\$ 0,25 (vinte e cinco centavos) por página, conforme disposto no §5º do art. 32 da Lei 8.666/93, ou poderá solicitar via digitalizada do edital gratuitamente pelo e-mail licitacao.baependi@gmail.com.

2 DO CREDENCIAMENTO

- 2.1** Havendo interesse na participação do certame, o responsável pela empresa deverá credenciar, na data e hora citadas no preâmbulo, através de instrumento público ou particular de procuração, ou carta de credenciamento, com prazo de validade em vigor, que conceda poderes expressos para representar a empresa em licitações, inclusive negociar preço, assinar atas e interpor recurso, apresentado em original ou mediante cópia autenticada em cartório ou por servidor municipal competente, representante da empresa, que deverá estar munido da documentação para credenciamento, do envelope contendo a proposta de preços e do envelope contendo os documentos de habilitação descritos no item 01 do edital.
- 2.2** Os documentos necessários para o credenciamento, além da procuração citada no item anterior, são:
 - 2.2.1** Cópia simples do contrato social ou última alteração consolidada que demonstrará a que o signatário da procuração ou carta de credenciamento possui poderes para tal ato;
 - 2.2.2** Documento de identificação com foto e o Cartão de Cadastro de Pessoa Física;
 - 2.2.3** Declaração de que atende a todos os requisitos do edital (conforme inciso VII do art. 4º da Lei 10.520/02) e que está de acordo com as cláusulas do edital;
 - 2.2.4** Certidão expedida pela Junta Comercial de que a empresa se enquadra no regime de Micro Empresa ou Empresa de Pequeno Porte, para obtenção dos benefícios da Lei Complementar 123/06 e alterações, ou cópia do Cartão de Condição de Microempreendedor Individual.

Processo: 0193/2014

Modalidade: Pregão Presencial

Nº Modalidade: 0084

- 2.3** Caso o credenciado seja o proprietário ou sócio-administrador da empresa, ou a própria pessoa física, nos casos em que é possível a participação de pessoas físicas, fica dispensada a apresentação da carta de credenciamento.
- 2.4** A carta de credenciamento e a declaração conforme anexo I do edital deverão ter assinatura reconhecida em cartório competente.
- 2.4.1** Se o proprietário/sócio da empresa estiver presente não será necessário nem reconhecimento de assinaturas no anexo I nem a carta de credenciamento.
- 2.5** Serão aceitos envelopes enviados pelo correio, desde que acompanhados dos documentos elencados nos itens 2.2.1 e 2.2.3, fora dos envelopes 01 e 02.
- 2.5.1** No caso de empresa que se enquadre no regime disposto na Lei 123/06, deverá também ser incluída a certidão que trata o item 2.2.4 deste edital.
- 2.6** A empresa que não cadastrar representante, ou que tenha seu representante desclassificado por vício constatado na documentação de credenciamento ainda terá seus envelopes apreciados durante a sessão de pregão.
- 2.7** Qualquer cidadão que deseje acompanhar a sessão de pregão poderá fazê-lo, sem necessidade de credenciamento, bastando comparecer ao local, data e hora citados no preâmbulo, não podendo interferir na sessão de pregão, conforme art. 4º da Lei 8666/93.
- 2.8** Todos os documentos apresentados (inclusive cópias) passarão a integrar o processo.
- 2.9** Nenhum representante credenciado poderá representar mais do que uma empresa, e somente será aceito um representante para cada empresa licitante.
- 2.10** A ausência do credenciado, em qualquer fase do certame, se não autorizada pelo Pregoeiro, importará na desistência tácita da prática de futuros atos durante a sessão.
- 2.11** O credenciado deve ser legalmente apto a contrair obrigações.

3 DA APRESENTAÇÃO DOS ENVELOPES

- 3.1** Os envelopes deverão ser apresentados na data e hora citados no preâmbulo, e serem entregues à Comissão Permanente de Licitação, e deverão estar endereçados da seguinte forma:

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAEPENDI

Processo XXX/2014 – Pregão Presencial XXX (preencher conforme cabeçalho)

Envelope 01 – Proposta Comercial

Empresa:

CNPJ:

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAEPENDI

Processo XXX/2014 – Pregão Presencial XXX (preencher conforme cabeçalho)

Envelope 02 – Documentos de Habilitação

Empresa:

CNPJ:

Processo: 0193/2014

Modalidade: Pregão Presencial

Nº Modalidade: 0084

- 3.2** Qualquer erro, omissão ou alteração no preenchimento, desde que não interfira no certame, não será levado em consideração.
- 3.3** Se o conteúdo dos envelopes estiver trocado, a empresa será desclassificada.

4 DA PROPOSTA DE PREÇOS E DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

- 4.1** A proposta de preços deverá ser apresentada no envelope 01, enquanto os documentos de habilitação deverão ser apresentados no envelope 02.
- 4.2** Para o preenchimento da proposta de preços, a licitante deverá indicar a quais itens concorre, com os respectivos preços. Os valores não deverão apresentar mais de duas casas após a vírgula. Valores com mais de duas casas serão considerados até a segunda casa, sem arredondamento.
- 4.3** Não serão admitidas rasuras, emendas, ressalvas ou entrelinhas na proposta, que deverá ser clara e objetiva;
- 4.3.1** A inobservância do item acima poderá gerar a inabilitação da proposta.
- 4.4** A moeda utilizada para a cotação dos preços será a moeda nacional em vigência.
- 4.5** **A empresa deverá apresentar a marca do produto na proposta. Se for de fabricação própria ou prestação de serviço, a empresa deverá indicar, a título de marca, o seu próprio nome.**
- 4.5.1** **A empresa não será inabilitada pela marca apresentada, mas sim pela falta de indicação na proposta.**
- 4.6** Os licitantes poderão cotar apenas os itens de seu interesse, e só será aceito um preço por item.
- 4.7** No preço apresentado, deverão ser computados todos os custos inerentes ao produto ou serviço, como impostos e demais custos, inclusive frete.
- 4.8** A licitante deverá apresentar em sua proposta:
- 4.8.1** Os itens nos quais a empresa está concorrendo;
- 4.8.2** O valor unitário de cada item
- 4.8.3** O valor total de cada item.
- 4.8.4** A validade da proposta – mínimo de sessenta dias
- 4.9** Os lances serão realizados pelo preço unitário do item.
- 4.10** No envelope de documentação deverão estar TODOS os documentos de habilitação exigidos, sendo que a ausência de um dos documentos importará na desclassificação da empresa.
- 4.11** Informações complementares dos itens estarão descritas no objeto.
- 4.12** Qualquer desatendimento, se simplesmente formal, e desde que não interfira na isonomia do certame, poderá ser relevado, em ato fundamentado em ata.

5 DA SESSÃO DO PREGÃO

- 5.1** Na hora e data marcadas para o início do credenciamento, o Pregoeiro e a Equipe de Apoio iniciarão o credenciamento das empresas interessadas.
- 5.1.1** As empresas que não tiverem cadastro prévio serão cadastradas neste momento.
- 5.2** Os documentos de credenciamento serão rubricados por todos os licitantes e o Pregoeiro e a Equipe de Apoio.
- 5.3** Após o credenciamento, todos os licitantes e o Pregoeiro e a Equipe de Apoio irão rubricar as abas dos envelopes, e serão abertos os envelopes de nº 01 de todas as empresas presentes.
- 5.4** As propostas terão a conformidade com o exigido no Anexo I conferidas pelo Pregoeiro e Equipe de Apoio e, em casos específicos, de profissional constante do quadro de servidores municipais com formação específica alinhada ao objeto do certame, e caso seja considerado que a proposta não atende o edital, a mesma será desclassificada.
- 5.5** Sendo aceita a proposta, será iniciada a sessão de lances, onde serão classificados o menor valor ofertado e os demais valores até o limite de 10% (dez por cento) superiores ao menor valor.

- 5.5.1** Caso não sejam encontradas três propostas nos critérios do item anterior, serão classificadas a menor proposta e as duas melhores propostas subsequentes, quaisquer que sejam seus valores.
- 5.6** A sessão de lances será iniciada pela proposta mais elevada, cujo lance deverá ser de valor inferior ao da proposta de menor valor. Em seguida, será convidada a segunda empresa de maior valor, e assim subsequentemente.
- 5.6.1** A empresa que não tiver interesse em dar lance deverá declinar, e será excluída da rodada de lances.
- 5.7** O Pregoeiro poderá desclassificar propostas acima do máximo exigido, ou manifestamente inexequíveis, conforme art. 48 da Lei 8666/93. Além disso, poderá desclassificar propostas que não atendam a este edital, ou apresentarem erros que dificultem o julgamento.
- 5.8** O licitante responderá pelo valor que seu credenciado ofertar na sessão de lances.
- 5.9** O Pregoeiro poderá negociar diminuição do menor valor, em qualquer hipótese.
- 5.10** Após a sessão de lances, encontrado o menor valor, será aberto o envelope nº 02 – Documentos de Habilitação da empresa vencedora, para verificação de sua habilitação, que deve conter todos os documentos e demais exigências deste edital.
- 5.11** Se a empresa for considerada habilitada, será declarada como vencedora do item.
- 5.12** No caso de inabilitação, o Pregoeiro observará os documentos das demais empresas, na ordem de classificação, até que seja encontrada aquela que atende ao disposto no item 5.10.
- 5.12.1** Se a empresa for considerada inabilitada, terá sua proposta desclassificada para os itens remanescentes.
- 5.13** Os envelopes das empresas não vencedoras ficarão retidos até que expire o prazo de validade das propostas, e poderão ser retirados após este prazo mediante requerimento, no prazo máximo de trinta dias após a decorrência do prazo da proposta
- 5.14** Todos os documentos apresentados deverão ser rubricados por todos os presentes.

6 DOS CRITÉRIOS DE JULGAMENTO E DESEMPATE

- 6.1** Será considerada vencedora a empresa que apresentar o menor preço por item.
- 6.2** Será considerado empate quando ocorrer uma destas situações:
- 6.2.1** Duas ou mais empresas apresentam o mesmo valor e não oferecem lances;
- 6.2.2** Uma das empresas não se enquadra no regime da Lei Complementar 123/06 e a(s) empresa(s) que se enquadra(m) encerrou (aram) seus lances com um valor não inferior ao intervalo de 5% (cinco por cento) do último valor ofertado pela Micro Empresa melhor classificada.
- 6.2.2.1** Para o cálculo do intervalo, será considerado o menor valor encontrado acrescido de 5% (cinco por cento).
- 6.3** Havendo uma destas situações, será procedido da seguinte forma:
- 6.3.1** A Microempresa, Empresa de Pequeno Porte ou Micro Empreendedor Individual com a proposta mais vantajosa será convidada a apresentar um novo lance, no prazo máximo de trinta minutos, para cobrir o valor encontrado, desde que o valor não tenha sido apresentado por uma ME, EPP ou MEI. Caso a ME, EPP ou MEI melhor classificado não queira cobrir o valor, o mesmo procedimento será tomado para as ME, EPP ou MEI que tiverem apresentado lances no intervalo de 5% (cinco por cento) do menor valor;
- 6.3.1.1** Se nenhuma ME, EPP ou MEI manifestar interesse em cobrir o valor, será adjudicado o item em favor da empresa com o menor preço.
- 6.3.1.2** Caso as ME, EPP ou MEI apresentem o mesmo valor, será realizado sorteio para verificação de qual licitante terá o direito de apresentar melhor oferta.
- 6.3.2** Caso haja empate de valor entre empresas que não se enquadram no regime da Lei Complementar 123/06, será realizado sorteio, em ato público, para verificação de qual delas terá o direito de

proferir lance primeiro. Se nenhuma empresa manifestar interesse em dar lances, será realizado outro sorteio para verificar qual empresa será considerada a vencedora do item.

7 DOS BENEFÍCIOS DA LEI COMPLEMENTAR 123/06

- 7.1** Qualquer empresa que se enquadre no regime da Lei Complementar 123/06 e alterações receberá os benefícios elencados na Lei Complementar, desde que apresentem no credenciamento a Certidão da Junta Comercial atestando essa situação.
- 7.2** Os benefícios que a empresa receberá são:
- 7.2.1** Preferência de contratação nos casos de empate, desde que observado o disposto no item 6.3.1 deste edital;
- 7.2.2** Possibilidade de apresentar a Regularidade Fiscal no prazo de dois dias úteis, prorrogável por igual período, caso tenha apresentado Certidão de Débitos Positiva e/ou Vencida.

8 DO RECURSO DURANTE A SESSÃO PÚBLICA

- 8.1** Após a declaração da empresa vencedora, o Pregoeiro convidará os representantes credenciados a expor a intenção de recorrer das decisões do certame.
- 8.2** A empresa que desejar fazê-lo deverá então expor sua intenção de recorrer e os motivos, para que sejam consignados em ata.
- 8.2.1** Se nenhum representante manifestar a intenção de recorrer, decairá do direito de recorrer, conforme inciso XX do art. 4º da Lei 10.520/02.
- 8.3** Caso haja interposição de recurso, o Pregoeiro abrirá o prazo de três dias úteis para a entrega das razões de recurso, que deverá ser protocolada na sede da Prefeitura Municipal de Baependi.
- 8.4** Decorrido o prazo, as demais empresas terão o mesmo período de três dias para a entrega das contrarrazões do recurso, que deverão ser protocoladas na sede da Prefeitura Municipal de Baependi.
- 8.5** O recurso terá efeito suspensivo.
- 8.6** O prazo para o julgamento do recurso será de cinco dias, conforme art. 24 da Lei 9784/99.
- 8.7** Acatadas as razões de recurso, importará a invalidação apenas dos atos inservíveis de aproveitamento.
- 8.8** Havendo a interposição de recurso, será franqueada vista dos autos ao recorrente e aos demais licitantes.
- 8.9** Se o recorrente não apresentar recurso no prazo afixado no item 8.3, configurará desistência da intenção de recurso.
- 8.10** O recurso deverá ser apenas sobre atos praticados na sessão do pregão, não sendo admitidos recursos contra exigências do edital, sobre o qual seria correta a impugnação do instrumento convocatório, nas condições previstas no item 10 deste edital.

9 DA HOMOLOGAÇÃO, ADJUDICAÇÃO E ASSINATURA DO CONTRATO

- 9.1** Após a declaração da empresa vencedora e, não havendo interposição de recurso ou, caso haja, após o julgamento do recurso, será enviado o presente processo para a autoridade superior para homologação e adjudicação.
- 9.2** Será adjudicado e homologado pela autoridade superior o objeto do presente processo para a(s) empresa(s) declaradas vencedoras do certame, que serão convocadas para a assinatura do contrato.
- 9.3** Se uma adjudicatária não acatar a comunicação para a assinatura do contrato dentro do prazo de validade da proposta, será convocada, sem prejuízo das sanções cabíveis, outra licitante, observada a classificação na sessão de lances.
- 9.3.1** O Pregoeiro poderá negociar com a empresa convocada para a obtenção de proposta mais vantajosa. Aceitas as condições, formaliza-se o contrato.

9.4 A Administração se reserva ao direito de adquirir no todo ou em parte o objeto licitado.

10 DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL

10.1 Qualquer cidadão é parte legítima para solicitar esclarecimentos, providências ou impugnar o presente edital, no prazo previsto no § 1º do art. 41 da Lei 8666/93, devendo o Pregoeiro responder à petição no prazo previsto no mesmo dispositivo.

10.2 A impugnação deverá ser protocolada até o segundo dia útil anterior à abertura do certame. Caso não seja respeitado este prazo, a impugnação será considerada intempestiva e a mesma não será hábil a suspender o certame.

10.3 A impugnação feita tempestivamente não exclui a participação da impugnante do certame. Se for acatada a impugnação, nova data será designada para a abertura do pregão.

11 DA EXECUÇÃO DO CONTRATO ADMINISTRATIVO

11.1 O Contrato Administrativo a ser firmado com a(s) licitante(s) adjudicatária(s), incluirá as condições estabelecidas neste Edital, necessárias à fiel execução do objeto licitado, e sua minuta é anexo deste edital.

11.2 O prazo de vigência do contrato será até 31 de dezembro de 2014.

11.3 Os preços pactuados somente poderão ser reajustados, inclusive para restabelecimento do equilíbrio financeiro, nos casos expressos na Lei 8.666/93.

11.4 As empresas contratadas obrigam-se a manter, durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação, devendo comunicar, imediatamente, qualquer alteração que possa comprometer a sua execução.

11.5 O Contrato Administrativo firmado com a Prefeitura Municipal de Baependi não poderá ser objeto de cessão ou transferência, sob pena de aplicação de sanção, inclusive rescisão

11.6 Não poderá haver subcontratação.

11.7 A Prefeitura Municipal de Baependi reserva-se o direito de rescindir unilateralmente o contrato administrativo caso ocorra algum dos motivos elencados nos art. 77 e 78 da Lei 8666/93, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.

11.8 O Município não terá nenhuma responsabilidade por danos que a execução do contrato ocasionar aos funcionários, prepostos ou empregados da contratada, como não terá nenhuma responsabilidade perante terceiros, respondendo por eles, com exclusividade, o contratado.

12 DO FORNECIMENTO

12.1 A prestação do serviço e/ou o fornecimento de materiais, para os itens constantes do contrato, deverão ser prestados e/ou entregues no endereço constante da Autorização de Fornecimento, Ordem de Serviço ou documento similar expedido pela Prefeitura Municipal de Baependi, que deverão ser efetivados exatamente como consta neste edital e no contrato administrativo, nos prazos e condições previstos no edital.

12.1.1 Somente serão reconhecidos para pagamento despesas que tenham sido geradas após a apresentação do documento do item anterior por servidor responsável junto à contratada.

12.2 A Administração se reserva no direito de recusar material e/ou serviço entregue em desconformidade com o exigido no edital, seja ela no todo ou em parte, e o contratado deverá corrigir e/ou substituir quaisquer produtos e/ou serviços que não atendam às exigências do edital.

12.3 Nos casos previstos nos itens 12.1.1 e 12.2, a contratada não terá direito ao recebimento por entrega de item sem autorização expressa ou com vício, sanável ou não.

12.4 A ordem de serviço será expedida pelo Departamento de Compras, podendo designar outro servidor para a geração de tal documento.

12.5 A entrega dos produtos e/ou prestação de serviço, deverá ser feita pela licitante vencedora em até, no máximo, 5 (cinco) dias úteis após a entrega da AF.

12.6 Os serviços deverão apresentar garantia igual ou superior a 90 (noventa) dias.

12.7 O serviço que for realizado em desacordo com o objeto não será aceito e a licitante deverá corrigi-lo imediatamente, sem custo adicional para a Administração.

13 DO PAGAMENTO

13.1 O pagamento será efetuado em até trinta dias, mediante apresentação da fatura/nota fiscal, juntamente com a Autorização de Serviço (ou documento similar) e certidão emitida e assinada por servidor competente comprovando a realização do serviço.

13.2 Para efetivação do pagamento, o contratado deverá estar regular com o INSS, FGTS e Justiça do Trabalho.

13.2.1 A conferência da regularidade será realizada por servidor público municipal competente.

13.3 Somente serão reconhecidas para pagamento notas fiscais acompanhadas da ordem de serviço.

14 DAS PENALIDADES

14.1 A adjudicatária que se recusar a assinar o contrato, que se recusar a acatar a ordem de serviço, que não mantiver a proposta, que comportar-se de modo inadequado, apresentar documentação falsa ou ensejar o retardamento da execução do objeto licitado, estará sujeita a aplicação da penalidade de impedimento de contratar com a Administração, no prazo de até cinco anos, e também à multa de 5% (cinco por cento) do valor do contrato, além das demais sanções cabíveis.

14.2 A inexecução total ou parcial do contrato caracterizará inadimplência, e sujeitará a adjudicatária às sanções previstas no contrato administrativo.

14.3 As sanções serão aplicadas pelo setor competente, de ofício ou mediante provocação do setor responsável pela execução do contrato, e a comunicação será realizada através de fac-símile e e-mail, correspondência com AR, ou por edital caso não seja possível o contato pelos canais anteriores, e o prazos legais começarão a ser contados a partir da confirmação do recebimento da comunicação da penalidade pela adjudicatária, ou da publicação de edital, contados conforme disposto no art. 110 da Lei 8666/93.

14.4 Em quaisquer casos de penalidade, será assegurado a adjudicatária o direito ao contraditório e à ampla defesa.

15 DOS DEMAIS RECURSOS

15.1 Além dos recursos contra atos praticados na sessão pública (item 08) e da impugnação do instrumento convocatório (item 10), ficam assegurados os recursos previstos na Lei 8666/93.

15.2 Somente serão reconhecidos recursos apresentados por fax ou e-mail se dentro do prazo previsto a peça original for protocolada na sede da Prefeitura Municipal de Baependi.

16 DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

16.1 As despesas do objeto licitado neste edital correrão por conta dos recursos provenientes das seguintes dotações orçamentárias:

343 3.3.90.39.00.2.07.01.10.301.005.2.0082 DESENVOLVIMENTO PROGRAMAS PSF, PACS E SAÚDE BUCAL

17 DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

17.1 A administração vincula seus atos no referido Processo Licitatório a este edital, conforme disposto no art. 3º da Lei 8666/93.

17.2 Para este Processo Licitatório, não será possível a participação de Pessoa Física.

Processo: 0193/2014

Modalidade: Pregão Presencial

Nº Modalidade: 0084

- 17.3** A protocolização de qualquer ato de impugnação fora do prazo máximo de dois dias úteis antes da abertura da sessão será considerada intempestiva, e não terá efeito de recurso.
- 17.4** A qualquer momento, mediante interesse público, poderá esta licitação ser cancelada, revogada ou anulada, mediante despacho motivado, não cabendo indenização a nenhuma licitante.
- 17.5** É facultado ao Pregoeiro ou a autoridade superior paralisar, em qualquer momento, este Processo Licitatório para a realização de diligências.
- 17.6** A participação no certame implica na aceitação de todas as cláusulas do edital.
- 17.7** O objeto do edital poderá, a qualquer tempo antes da sessão, ser alterado, sem que caiba qualquer tipo de recurso ou indenização às licitantes.
- 17.8** Nos casos previstos nos itens 17.4 e 17.7 deste edital, os atos serão publicados no mesmo veículo que o instrumento original, respeitado o disposto no § 4º do art. 22 da Lei 8666/93.
- 17.9** Quando todas as propostas forem desclassificadas ou todas as licitantes inabilitadas, a Administração poderá fixar aos licitantes o prazo de oito dias úteis para apresentação de nova proposta, escoimada dos erros apresentados, em nova sessão pública definida pelo Pregoeiro.
- 17.10** As empresas licitantes são responsáveis administrativa, civil e criminalmente pela veracidade dos documentos e declarações apresentadas.
- 17.11** O presente edital foi previamente analisado e aprovado pela Assessoria Jurídica do Município, cujo parecer consta dos autos do presente processo.
- 17.12** Informações complementares poderão ser obtidas no Departamento de Compras, sem necessidade de agendamento prévio, em horário de **atendimento ao público, das 14h às 17h.**
- 17.13** Os atos e procedimentos deste Processo Licitatório serão publicados no Quadro de Avisos e no mesmo veículo de publicação do edital.
- 17.14** Fica eleito o foro da Comarca de Baependi como competente para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes do presente processo.
- 17.15** São integrantes do presente edital:
- 17.15.1** Anexo I – Exemplo de Declaração de Cumprimento do inciso V do art. 27 da Lei 8.666/93, de ausência de superveniência e de fato impeditivo.
- 17.15.2** Anexo II – Modelo de declaração de preenchimento de requisitos
- 17.15.3** Anexo III – Modelo dos blocos cadastrais
- 17.15.4** Anexo IV – Minuta de Contrato

Baependi, 30 de maio de 2014.

Pregoeiro

ANEXO I – MODELO DE DECLARAÇÃO

OBS: a presente declaração deverá compor o Envelope 02 – Documentos de Habilitação, preferencialmente em papel timbrado da empresa, e com a firma reconhecida em cartório competente.

DECLARAÇÃO

A empresa (nome da empresa), inscrita no CNPJ sob o nº (número de inscrição do CNPJ), através de seu responsável legal (nome, RG e CPF) na qualidade de participante da licitação na modalidade de Pregão, instaurado por esta Prefeitura Municipal, DECLARA sob as penalidades da lei, que não existe fato superveniente e impeditivo contra sua habilitação no presente processo, assim como se obriga a declarar a ocorrência de fatos futuros. DECLARA ainda que não possui em seu quadro de pessoal, empregados menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e menor de 16 (dezesesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 (quatorze anos), nos termos do inciso XXXIII do artigo 7.º da Constituição Federal de 1988. DECLARA também não ser inidônea para licitar e celebrar contratos com a Administração Pública e que está de pleno acordo com as exigências do Edital deste processo, e que não há impedimento para o exercício da atividade empresarial para nenhum dos sócios da empresa.

Local e data

Nome do representante legal
CPF do representante legal
Assinatura com firma reconhecida em cartório

ANEXO II – MODELO DE DECLARAÇÃO

OBS: a presente declaração deverá estar presente no credenciamento, podendo ser assinada pelo Proprietário da empresa, pelo administrador apontado no contrato social ou pelo procurador credenciado.

DECLARAÇÃO

A empresa (nome da empresa), inscrita no CNPJ sob o nº (número de inscrição do CNPJ), através de seu responsável legal (nome, RG e CPF) na qualidade de participante da licitação na modalidade de Pregão, instaurado por esta Prefeitura Municipal, DECLARA sob as penalidades da lei, que preenche os requisitos de habilitação constantes do instrumento convocatório e que concorda com as cláusulas do edital.

Local e data

Nome do signatário
CPF do signatário

**ANEXO III- MODELO DOS BLOCOS
MODELO - CADASTRO DOMICILIAR**

 	CADASTRO DOMICILIAR	DIGITADO POR:	DATA: / /
		-CONFERIDO:-	FOLHA:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	Cód. CNES UNIDADE	Cód. EQUIPE (INE)	MICROÁREA	DATA: / /
----------------------------------	-------------------	-------------------	-----------	--------------

Legenda: Opção de Múltipla Escolha Opção de Única Escolha (Marcar X na opção desejada)

ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA		NOME DO LOGRADOURO:		Nº:
TIPO DE LOGRADOURO:		BAIRRO:		
COMPLEMENTO:		MUNICÍPIO:		UF:
				CEP:

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____ portador do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura

TELEFONES PARA CONTATO	TELEFONE DE REFERÊNCIA: ()
TELEFONE RESIDENCIAL: ()	

CONDIÇÕES DE MORADIA

SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA: Próprio Financiada Alugada Arrendada Cedido Ocupação Situação de Rua Outra

LOCALIZAÇÃO: Urbana Rural

TIPO DE DOMICÍLIO: <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Cômodo <input type="radio"/> Outro	EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra <input type="radio"/> Proprietário <input type="radio"/> Parceiro(a) / Meeiro(a) <input type="radio"/> Assentado(a) <input type="radio"/> Posseiro <input type="radio"/> Arrendatário(a) <input type="radio"/> Comodatário(a) <input type="radio"/> Beneficiário(a) do Banco da Terra <input type="radio"/> Não se aplica
Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____	

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO: <input type="radio"/> Asfalto <input type="radio"/> Chão Batido <input type="radio"/> Fluvial <input type="radio"/> Outro	MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO
Disponibilidade de Energia Elétrica? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Alvenaria/Tijolo: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento
	Taipa: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento
	Outros: <input type="radio"/> Madeira Aparelhada <input type="radio"/> Palha <input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material

ABASTECIMENTO DE ÁGUA: <input type="radio"/> Rede Encanada até o Domicílio <input type="radio"/> Poço / Nascente no Domicílio <input type="radio"/> Cisterna <input type="radio"/> Carro Pipa <input type="radio"/> Outro	TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO: <input type="radio"/> Filtração <input type="radio"/> Fervura <input type="radio"/> Cloração <input type="radio"/> Sem Tratamento
FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO: <input type="radio"/> Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial <input type="radio"/> Fossa Séptica <input type="radio"/> Fossa Rudimentar <input type="radio"/> Direto para um Rio, Lago ou Mar <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outra Forma	DESTINO DO LIXO: <input type="radio"/> Coletado <input type="radio"/> Queimado/ Enterrado <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?



Sim Não

QUAL(IS)? Gato Cachorro Pássaro De Criação (porco, galinha...) Outros

Quantos: _____

FAMÍLIAS					
Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]
		/ /	② ② ① ② ④ ③		
		/ /	② ② ① ② ④ ③		
		/ /	② ② ① ② ④ ③		
		/ /	② ② ① ② ④ ③		

MODELO – CADASTRO INDIVIDUAL - FRENTE

 		CADASTRO INDIVIDUAL		DIGITADO POR: _____ DATA: ____/____/____	
				CONFERIDO POR: _____ FOLHA Nº: _____	
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL: _____		CEM UNES UNIDADE: _____	CEM EQUIPE (R. T): _____	MICROÁREA: _____	DATA: ____/____/____
Legenda: <input type="checkbox"/> Cópia de Múltipla Escolha <input type="checkbox"/> Cópia de Única Escolha (Marcar X na opção desejada)					
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO					
Nº DO CARTÃO SUS: _____		RESPONSÁVEL FAMILIAR É o responsável? Nº DO CARTÃO SUS: _____		DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	
		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
NOME COMPLETO: _____					
APELLIDO / NOME SOCIAL: _____					
SEXO: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino		RAÇA / COR: <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	
NOME COMPLETO DA MÃE: _____					
NACIONALIDADE: <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizada <input type="radio"/> Estrangeira		PAÍS DE NASCIMENTO: _____		TELEFONE CELULAR: () _____	
MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO: _____				E-MAIL: _____	
INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS					
SITUAÇÃO CONJUGAL: <input type="radio"/> Solteiro(a) <input type="radio"/> Casado(a) / Convivendo com Parceiro <input type="radio"/> Divorciado(a) / Separado(a) <input type="radio"/> Viúvo(a) <input type="radio"/> Outros					
FREQUENTA ESCOLA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não					
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?					
<input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Pré-escola (creche CA) <input type="checkbox"/> Classe Adaptada - CA <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental 5ª e 8ª séries <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Especial <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (supletivo 1ª a 4ª)		<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (supletivo 5ª e 8ª) <input type="checkbox"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e 2ª) <input type="checkbox"/> Ensino Médio Especial <input type="checkbox"/> Ensino Médio EJA (supletivo) <input type="checkbox"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="checkbox"/> Alfabetização para Adultos (Móbil, em) <input type="checkbox"/> Nenhum		SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO <input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Realizado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Realizado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Outros	
CRIANÇA DE 0 a 5 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="radio"/> Avó(a) Responsável <input type="radio"/> Outros (Criança) <input type="radio"/> Adolescente <input type="radio"/> Sozinho <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Outros					
FREQUENTA CURSOS DE EDUCAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
É MEMBRO DE Povo ou Comunidade Tradicional? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? _____					
DEBEM INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Lésbica <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Outros <input type="radio"/> Gay <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Transsexual			SE SIM, QUAL? <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física		
SITUAÇÃO DE RUA					
ESTA EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> < 1 mês <input type="radio"/> 1 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos		SE SIM, QUAL? _____			
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____			

MODELO – CADASTRO INDIVIDUAL – VERSO

QUESTIONÁRIO AUTO-REFEIIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

Nome: Domicílio Municipal de Saúde Domicílio fora do Município (Marcar X na opção Domicílio)

CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE TEM QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?	
ESTA GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
COMO SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA / DO OULMÃO? SE SIM, QUAL? <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC /enfisema <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Não sabe	
É STATUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTA DEPENDENTE OU ABUSA DE ALCOOL*? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTA COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTA COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
ESTA DEPENDENTE OU ABUSA DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	FEVE AVC / DEFRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, QUAL A CAUSA? _____	
FEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM DIABENÇA URBÂNICA / DO COBAÇÃO? SE SIM, QUAL? <input type="checkbox"/> Infestação Cardíaca <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Não sabe	FEZ OU FAZ TRATAMENTO OU TEVE INTERNAÇÃO POR PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTA ADAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? SE SIM, QUANTO? <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Não sabe	TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? SE SIM, QUANTO? <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Não sabe	USA PLANTAS MEDICINAIS? SE SIM, QUANTO? _____	USA OUTRAS PRÁTICAS INT. ORTIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE 1 - QUAL? _____		2 - QUAL? _____	
3 - QUAL? _____			
EM SITUAÇÃO DE RUA			
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 2 vezes		TEM ACESSO A INIBENTE DE SAÚDE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restabelece Ponto <input type="checkbox"/> Doação Restabelece <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Cozinha Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Pão (rei)		SE SIM, QUANTO? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Freqüente / Intermitente <input type="checkbox"/> Raramente / Nunca <input type="checkbox"/> Nunca	
TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA			
Eu, _____ portador do RG nº _____, portador do livro de identificação de meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento e minha saúde e de meus familiares. Este registro de que não fui cadastrado não implicará no não atendimento na unidade de saúde.			
Assinatura: _____			

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAEPENDI
CNPJ: 18.008.862 /0001-26

Processo: 0193/2014

Modalidade: Pregão Presencial

Nº Modalidade: 0084

SAÚDE MUNICÍPIO DE BAEPENDI		SAÚDE SISTEMA S-SUS		FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL				VISITADO POR		DATA	
										/ /	
CONFERIDO POR										FOLHA Nº	
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL		CBO		Ces. CNES UNIDADE		Ces. SCS IFE (INE)		TURNO		DATA	
								M T N		/ /	
Nº (X) CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL		CBO		Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL							
<p>Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Mover 03 - Rua 04 - Distrito 05 - Escola/Creche 06 - Outros</p> <p>Atendimento Materno: 01 - Escala 02 - Preconizada 03 - Complementado 04 - Insuficiente</p> <p>Atenção Domiciliar: 01 - AD1 - Atendimento pela ESF e NASF 02 - AD2 - Atendimento compartilhado EMAD/EMAP 03 - AD3 - Atendimento com usuário EMAD/EMAP</p>											
Nº PRONTUÁRIO											
Nº CARTÃO SUS											
Data de nascimento		/ /									
Dia / mês											
Ano											
Local de atendimento											
Tipo Atendimento:											
Consultas Agendadas Programadas / Consultas Continuadas											
Consultas Agendadas											
Escala Inicial / Orientação											
Consultas no Dia											
Atendimento de Urgência											
Avaliação Antropométrica:											
Peso (kg)											
Altura (cm)											
Ortorexia											
Alimentação Materna											
Gestante											
DUM (Dia / Mês)											
Idade Gestacional (Semanas)											
Atenção Domiciliar											
Modalidade AD: 1, 2 ou 3		AD AD AD AD AD AD AD AD AD AD AD									
Problemas / Condições Avaliadas											
Tensão											
Furúnculos (até 42 dias)											
Saúde Sexual e Reprodutiva											
Fuericultura											
Hipertensão Arterial											
Diabetes											
Colesterol											
Desnutrição											
Alcance											
DPOC											
Tuberculose											
Uso de álcool											
Uso de 20 ou mais drogas											
Saúde Mental											
Hanseníase											
Doenças Transmissíveis											
Tuberculose											
Hanseníase											
Dengue											
DOT											

MODELO – FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL – VERSO

Prestador / Condição Avaliada																			
Equipamento	Classe de Cid de Uso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Classe de Marca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unidade	CDAP - 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	CDAP - 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	UID	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Exame/Substituto(S) e Avaliação (A)	Citopatológico	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Colesterol total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Eletrocardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Exame de urina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Hemoglobina Glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	LPL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Monografia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Hemograma / Fardo de Cid com hematologista	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Genologia para Dengue	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Genologia para HIV	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Genologia para Zika	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Teste de creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Teste de glicose	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Teste de urina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Teste de Glicose	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Ultrassonografia vascular	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Ulipina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	UAC	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Urocultura	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
Outros (SUA)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
Introdução em dia?		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Se não alguma PNL, indicar qual																			
Ficou em Observação?		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
NASF	Avaliação / Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Procedimentos Clínicos / Terapêuticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prescrição Terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comitê	Relatório para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Relatório de evolução contínuo/programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Agendamento pr NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ata do episódio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Encaminhamento pr Serviço Especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Encaminhamento pr CAPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encaminhamento	Encaminhamento pr Internação Hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Encaminhamento pr Urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Encaminhamento pr Serviço de Atenção Domiciliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Encaminhamento Interseional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PC: 01 - MTG/Acupuntura 02 - Artroprotese aplicada à saúde 03 - Fisioterapia 04 - Fisiologia 05 - Termoterapia/Crioterapia 06 - Podas (corte e modelagem em PCL) 07 - Técnicas manuais em PCLs

SAÚDE <small>NAS PRATAS DE TODOS</small>		FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL				DITADO POR	DATA / /				
						CONFERIDO POR	FOLHA Nº				
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Dia: MES UNIDADE	CBO: EQUIPE (INE)	TURNO	DATA						
				M T N	/ /						
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL		CBO							
Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Mível 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros											
Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nº FRONTOUÁRIO											
Nº CARTÃO SUS											
Data de nascimento		Dia / mês		/		/		/		/	
		A/C									
Local de atendimento											
Faltou 20h Necessidade Especial											
Ocupação											
Tipo Atendimento	Consulta Geralista										
	Exatidão										
	Exatidão										
	Exatidão										
	Exatidão										
Tipo de Consulta	Primeira Consulta Odontológica Programada										
	Consulta de Retorno em Odontologia										
	Consulta de Conclusão do Tratamento em Odontologia										
	Consulta de Manutenção em Odontologia										
	Exatidão										
Vigilância em Saúde Bucal	Acesso aos serviços odontológicos										
	Acesso aos serviços odontológicos										
	Acesso aos serviços odontológicos										
	Acesso aos serviços odontológicos										
	Acesso aos serviços odontológicos										
	Acesso aos serviços odontológicos										
	Acesso aos serviços odontológicos										
Procedimentos (Quantidade realizados)	Acesso à água engarrafada e medição (por dente)										
	Acesso à água engarrafada e medição (por dente)										
	Acesso à água engarrafada e medição (por dente)										
	Acesso à água engarrafada e medição (por dente)										
	Acesso à água engarrafada e medição (por dente)										
	Acesso à água engarrafada e medição (por dente)										
	Acesso à água engarrafada e medição (por dente)										
	Acesso à água engarrafada e medição (por dente)										
	Acesso à água engarrafada e medição (por dente)										
	Acesso à água engarrafada e medição (por dente)										
	Acesso à água engarrafada e medição (por dente)										

MODELO – FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL – VERSO

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAEPENDI
CNPJ: 18.008.862 /0001-26

Processo: 0193/2014

Modalidade: Pregão Presencial

Nº Modalidade: 0084

PROCEDIMENTOS (Quantidade realizada)	Exatoma de dente permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Instalação de prótese dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Molagem extra-gengival pr construção de próteses dentárias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Orientação de Higiene Bucal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Protelax / remoção de placa bacteriana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Protótipo dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Radografia Panorâmica / Interproximal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Realização alissamento e coléctico supragengival (por sextante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Realização alissamento subgingival (por sextante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Restauração de dente dentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Restauração de dente permanente anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Restauração de dente permanente posterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Residência de pontos de orientação táctil (por paciente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Síntese provisória de cavidade dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tratamento de alveolite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Idiossias / Urticária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dentes (DM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	FORNECIMENTO	Exatoma Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crepe Dental		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Flu Dental		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CONDUTA * ENCAMINHAMENTO	Agendamento pr Dentes Profissionais AB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento pr NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Agendamento pr Grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Atendimento a Pacientes com necessidades especiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cirurgia DMF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Edodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Estomatologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Implodontologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Odontologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ortodontia / Ortognato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Parodontia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Previsão Dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Química	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MODELO – FICHA DE PROCEDIMENTOS


Processo: 0193/2014

Modalidade: Pregão Presencial

Nº Modalidade: 0084

SAÚDE MAIS PERTO DE VOCE		SAÚDE SISTEMA E-SUS		FICHA DE PROCEDIMENTOS				DIGITADO POR: _____ DATA: ____/____/____			
				CONFERIDO POR: _____		FOLHA Nº: _____					
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL _____				CBO _____	Cód. CNES UNIDADE _____	Cód. EQUIPE (INE) _____	TURNO M T N		DATA: ____/____/____		
Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros											
Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nº PRONTUÁRIO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nº CARTÃO SUS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento		Dia / mês		/		/		/		/	
		Ano		/		/		/		/	
Local de Atendimento											
Escuta Inicial / Orientação											
Procedimentos / Pequenas Cirurgias	Acupuntura com Inserção de Agulhas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Administração de Vitamina A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cateterismo Vesical de Alívio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cauterização Química de Pequenas Lesões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cirurgia de Unha (Cantoplastia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cuidado de Estomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Curativo Especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Drenagem de Abscesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Electrocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exame Citopatológico de Colo Uterino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exame do Pé Diabético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exérese / Biópsia / Punção de Tumores Superficiais de Pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fundoscopia (Exame de Fundo de Olho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Infiltração em Cavidade Sinovial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Remoção de Corpo Estranho da Cavidade Auditiva e Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Remoção de Corpo Estranho Subcutâneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Retirada de Cerume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Retirada de Pontos de Cirurgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sutura Simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Triagem Oftalmológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tamponamento de Epistaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teste Rápido	De Gravidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Para HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Para Hepatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Para Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administração de Medicamentos	Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Intramuscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Endovenosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inalação / Nebulização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros (SU)	Tópica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Penicilina para Tratamento de Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedimentos Consolidados											
Total no Período	Aferição de PA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aferição de Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Curativo Simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coleta de material para Exame Laboratorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Glicemia Capilar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medição de altura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medição de Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MODELO – FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA – FRENTE

		FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA			DITADO POR: _____ DATA: ____/____/____
					COLHEIDO POR: _____ FOLHA Nº: _____
DATA DE ATIVIDADE	HORA INÍCIO	HORA FIM	Nº DO CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	AL	CBO
____/____/____	____:____	____:____	_____	_____	_____
Nº MÊS (ESCOLA / CRECHE)		PROGRAMAÇÃO DE Nº DE PARTICIPANTES		_____	_____
_____		_____		_____	_____
LOCAL DE ATIVIDADE			_____	_____	_____
_____			_____	_____	_____
_____			_____	_____	_____
_____			_____	_____	_____

Legenda: Opção de Múltipla Escolha Opção de Única Escolha (Marcar X na opção desejada)

ATIVIDADE (Opção Única)		EMAS PARA RESUMÃO (Opção Múltipla)	
<input type="checkbox"/> 01	Reunião de Equipe	<input type="checkbox"/> 01	Questões Administrativas / Funcionamento
<input type="checkbox"/> 02	Reunião com outras Equipes do Setor	<input type="checkbox"/> 02	Processos de Trabalho
<input type="checkbox"/> 03	Reunião Interdisciplinar / Conselho Local de Saúde / Comissão Local	<input type="checkbox"/> 03	Diagnóstico e / Temática / Monitoramento do Território
		<input type="checkbox"/> 04	Planejamento / Monitoramento das Ações de Saúde
		<input type="checkbox"/> 05	Classificação de Caso / Projeto Terapêutico - Grupos
		<input type="checkbox"/> 06	Educação Permanente
		<input type="checkbox"/> 07	Outros

ATIVIDADE (Opção Única)	
<input type="checkbox"/> 04	Atividade Criativa
<input type="checkbox"/> 05	Atendimento em Grupo
<input type="checkbox"/> 06	Avaliação / Procedimento Criativo

PÚBLICO ALVO (Opção Múltipla)		PRÁTICAS / TEMAS PARA SAÚDE (Opção Múltipla)	
<input type="checkbox"/> 01	Comunidade em geral	<input type="checkbox"/> 01	Alimentação Saudável
<input type="checkbox"/> 02	Criança 0 a 3 anos	<input type="checkbox"/> 02	Adoção tópicos de fôlor
<input type="checkbox"/> 03	Criança 4 a 5 anos	<input type="checkbox"/> 03	Audição Visual
<input type="checkbox"/> 04	Criança 6 a 11 anos	<input type="checkbox"/> 04	Ausultação de pessoas com Doenças Crônicas
<input type="checkbox"/> 05	Adolescente	<input type="checkbox"/> 05	Cidadania e Direitos Humanos
<input type="checkbox"/> 06	Mulher	<input type="checkbox"/> 06	Saúde do Trabalhador
<input type="checkbox"/> 07	Gestante	<input type="checkbox"/> 07	Dependência Química (Tabaco, Álcool e Outras drogas)
<input type="checkbox"/> 08	Homem	<input type="checkbox"/> 08	Envelhecimento (Climático, Andropausa, etc.)
<input type="checkbox"/> 09	Famílias	<input type="checkbox"/> 09	Educação Continuada Supervisionada
<input type="checkbox"/> 10	Idoso	<input type="checkbox"/> 10	Plantas Medicinais / Fitoterapia
<input type="checkbox"/> 11	Pessoas com Doenças Crônicas	<input type="checkbox"/> 11	Práticas Corporais / Atividades Físicas
<input type="checkbox"/> 12	Usuário de Tabaco	<input type="checkbox"/> 12	Práticas Corporais e Mentais em PIC
<input type="checkbox"/> 13	Usuário de Alcool	<input type="checkbox"/> 13	Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz
<input type="checkbox"/> 14	Usuário de Outras Drogas	<input type="checkbox"/> 14	Saúde Ambiental
<input type="checkbox"/> 15	Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental	<input type="checkbox"/> 15	Saúde Bucal
<input type="checkbox"/> 16	Profissional de Educação	<input type="checkbox"/> 16	Saúde Mental
<input type="checkbox"/> 17	Outros	<input type="checkbox"/> 17	Saúde Sexual e Reprodutiva
<input type="checkbox"/> 18		<input type="checkbox"/> 18	Semear Saúde na Escola
<input type="checkbox"/> 19		<input type="checkbox"/> 19	Agronegócio Higienizados
<input type="checkbox"/> 20		<input type="checkbox"/> 20	Antropometria
<input type="checkbox"/> 21		<input type="checkbox"/> 21	Outros

Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	Cód. CNES UNIDADE	Cód. CNES EQUIPE	Nº DE PARTICIPANTES	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	RUBRICA E ASSINATURA DO PROFISSIONAL
_____	_____	_____	_____	_____	

MODELO – FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA – VERSO

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAEPENDI
 CNPJ: 18.008.862 /0001-26

Processo: 0193/2014

Modalidade: Pregão Presencial

Nº Modalidade: 0084

Nº	Nº CARTÃO SUS	DATA DE NASCIMENTO	AVALIAÇÃO ALTERADA	Obrigatório somente para Anexo emetido		ASSINATURA
				PESO	ALTURA	
1		/ /	<input type="checkbox"/>			
2		/ /	<input type="checkbox"/>			
3		/ /	<input type="checkbox"/>			
4		/ /	<input type="checkbox"/>			
5		/ /	<input type="checkbox"/>			
6		/ /	<input type="checkbox"/>			
7		/ /	<input type="checkbox"/>			
8		/ /	<input type="checkbox"/>			
9		/ /	<input type="checkbox"/>			
10		/ /	<input type="checkbox"/>			
11		/ /	<input type="checkbox"/>			
12		/ /	<input type="checkbox"/>			
13		/ /	<input type="checkbox"/>			
14		/ /	<input type="checkbox"/>			
15		/ /	<input type="checkbox"/>			
16		/ /	<input type="checkbox"/>			
17		/ /	<input type="checkbox"/>			
18		/ /	<input type="checkbox"/>			
19		/ /	<input type="checkbox"/>			
20		/ /	<input type="checkbox"/>			
21		/ /	<input type="checkbox"/>			
22		/ /	<input type="checkbox"/>			
23		/ /	<input type="checkbox"/>			
24		/ /	<input type="checkbox"/>			
25		/ /	<input type="checkbox"/>			
26		/ /	<input type="checkbox"/>			
27		/ /	<input type="checkbox"/>			
28		/ /	<input type="checkbox"/>			
29		/ /	<input type="checkbox"/>			
30		/ /	<input type="checkbox"/>			
31		/ /	<input type="checkbox"/>			
32		/ /	<input type="checkbox"/>			
33		/ /	<input type="checkbox"/>			

MODELO – FICHA DE VISITA DOMICILIAR

 	FICHA DE VISITA DOMICILIAR	DIGITADO POR: _____ DATA: / /
		CONFERIDO POR: _____ FOLHA Nº: / /

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Cód. CNES UNIDADE	Cód. EQUIPE (INE)	TURNO	DATA:
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	/ /

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nº PRONTUÁRIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nº CARTÃO SUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data de nascimento	Diá / mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano									
Visita compartilhada com outro profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadastramento / Atualização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visita Periódica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Busca Ativa	Consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vacina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Condiçõnalidades do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivo da Visita Acompanhamento	Gestante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Puérpera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Recém-nascido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com Desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa em reabilitação ou com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com Hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com DPOC/Emfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com Câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com outras Doenças Crônicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pessoa com Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Domiciliados / Acamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Condições de Vulnerabilidade Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Condiçõnalidades do Bolsa Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Saúde Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egresso de Internação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Controle de Ambientes / Vetores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convite Atividades Coletivas / Campanha de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orientação / Prevenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Destino	Visita Realizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Visita Recusada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>