DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA (DFD)

08/2026

ORGÃO: Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.873.674/0001-17

INTRODUÇÃO
De acordo com o inciso IV do art. 2º do Decreto nº 10.947, de 25 de janeiro de 2022, o Documento de Formalização de Demanda (DFD) é o documento que fundamenta o plano de contratações anual, em que a área requisitante evidencia e detalha a necessidade de contratação

1- INFORMAÇÕES GERAIS

1.1- Previsão para a Conclusão do Processo

Para estabelecer a previsão acerca da conclusão do processo, se faz indispensável levar em consideração, no mínimo dois prováveis cenários:

I – Não havendo interposição de recursos, após declarado vencedor, o processo poderá ser finalizado, a vencedora apta a ter o objeto adjudicado em seu favor, e os autos encaminhados para autoridade competente, deliberar acerca da homologação, oportunidade e conveniência para a contratação. Nesse cenário a conclusão do processo poderá ocorrer entre 08 e 10 dias úteis, após a divulgação do aviso;

– No caso de haver interposição de recursos, após declarado vencedor, considerando o cumprimento dos prazos fixados no inciso I e § 2º do Art. 165 da Lei Federal nº 14.133/2021. O objeto só poderá ser adjudicado e o processo homologado, após o despacho final de julgamento dos recursos. Nesse cenário a conclusão do processo poderá ocorrer entre 17 e 27 dias úteis, após a divulgação do aviso.

1.2- Descrição Sucinta do Objeto

Contratação de empresa especializada na prestação de **serviços gráficos** para atender às demandas da **Unidade Mista Doutor Manoel Novaes** e da **Vigilância em Saúde**, custeada com recursos de custeio e recursos próprios. O fornecimento ocorrerá de forma parcelada, conforme a demanda da Secretaria requisitante, mediante requisição, pelo período de 12 (doze) meses.

Os modelos anexos ao presente Documento de Formalização da Demanda (DFD) possuem caráter meramente referencial e exemplificativo, correspondendo aos modelos atualmente utilizados pela Administração e servindo como parâmetro inicial para a futura contratação, devendo os modelos definitivos ser posteriormente alinhados, ajustados e aprovados pela Secretaria requisitante.

1.3- Objeto Trata-se de:

* Serviço Gráfico

1.4- Grau de prioridade da compra ou da contratação

O objeto ora demandado, é indispensável para viabilizar o cumprimento, de demandas institucionais do Poder Executivo local.

A contratação é de suma importância para o atendimento à população, pois viabilizam a comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços, além de assegurarem a padronização e a legalidade dos documentos utilizados na unidade. Materiais como receituários, atestados e encaminhamentos são instrumentos indispensáveis para o registro

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro – CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

formal de atendimentos e encaminhamentos clínicos, garantindo rastreabilidade, segurança e conformidade com as normas vigentes.

2- JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

2.1. A contratação de serviços gráficos faz-se necessária para atender de forma contínua e eficiente às demandas da Unidade Mista Doutor Manoel Novaes e da Vigilância em Saúde, garantindo a confecção de materiais impressos indispensáveis ao pleno funcionamento das atividades assistenciais, administrativas e de vigilância sanitária e epidemiológica.

2.2. Dentre os materiais a serem confeccionados, destacam-se receituários, atestados médicos, encaminhamentos, laudos, fichas de atendimento, formulários padronizados, materiais educativos e demais impressos utilizados rotineiramente pelos profissionais de saúde. Tais documentos são essenciais para o adequado registro dos atendimentos, formalização de condutas clínicas, monitoramento de agravos à saúde e promoção de ações preventivas junto à população.

2.3. No âmbito da Vigilância em Saúde, os materiais gráficos também desempenham papel fundamental no desenvolvimento de campanhas educativas, ações de conscientização e controle de doenças, contribuindo diretamente para a prevenção de agravos e a disseminação de informações relevantes à saúde pública.

2.4. A disponibilidade regular desses materiais assegura a padronização dos documentos, a organização dos fluxos de atendimento, a rastreabilidade das informações, a segurança dos registros e a conformidade com as normas estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e demais legislações vigentes.

2.5. Ressalta-se que a ausência ou insuficiência desses impressos pode comprometer a qualidade dos serviços prestados, dificultar o registro adequado das informações e impactar negativamente no atendimento à população.

2.6. Dessa forma, a contratação de empresa especializada na prestação de serviços gráficos configura-se como medida indispensável para garantir a continuidade, a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde, promovendo um atendimento seguro, organizado e alinhado às diretrizes das políticas públicas de saúde.

3- MATERIAIS

3.1. Com base no planejamento desta Secretaria Municipal responsável, chegou-se aos quantitativos a seguir alinhados, tendo presente os modelos e quantidades estimadas para a utilização nas unidades demandantes.

3.2. As quantidades estimadas da futura contratação, constam na tabela abaixo.

3.3. Os produtos deverão serem entregues/fornecidos, mediante requisição formalizada pela secretaria demandante, com a expressa anuência do representante da CONTRATANTE, imediatamente após o recebimento da solicitação nas dependências da CONTRATADA.

3.4. Os modelos similares a serem utilizados encontram-se anexos a este DFD, sendo necessária posterior articulação com a empresa contratada para o adequado alinhamento do modelo.

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

LOTE 1: Unidade Mista Doutor Manoel Novaes (MAC)

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE	VALOR. UNI	VALOR. TOTAL
1	Atestado admicional, 1/0 cor, 150x210mm, papel offsert, BLOCO COM 100 FOLHAS.(conforme modelo anexo)	BLOCO	20	R$ 12,13	R$ 242,60
2	Receituário atestado, 1/0 cor, 150x210mm, papel offset, BLOCO COM 100 FOLHAS.(conforme modelo anexo)	BLOCO	400	R$ 9,00	R$ 3.600,00
3	Receituário controle especial, 1/0 cor, duas vias, 150x210mm, papel offset, BLOCO COM 50 FOLHAS.(conforme modelo anexo)	BLOCO	500	R$ 9,00	R$ 4.500,00
4	Receituário médico 1/0 cor, 150/210mm, papel offset, BLOCO COM 100 FOLHAS.(conforme modelo anexo)	BLOCO	1000	R$ 8,00	R$ 8.000,00
5	Guia de encaminhamento, 1/0 cor, tam:220x320mm, papel offset ou aproximadamente, BLOCO COM 100 FOLHAS.(conforme modelo anexo)	BLOCO	20	R$ 12,00	R$ 240,00
6	Requisição de exames 1/0 cor, tam:220x320mm, papel offset, BLOCO COM 100 FOLHAS.(conforme modelo anexo)	BLOCO	500	R$ 13,23	R$ 6.615,00
7	Prontuário do paciente 1/1 cor, BLOCO COM 100 FOLHAS.(conforme modelo anexo)	BLOCO	10	R$ 7,22	R$ 72,20
8	Continuidade de prontuário, BLOCO COM 100 FOLHAS.(conforme modelo anexo)	BLOCO	20	R$ 5,40	R$ 108,00
9	Prontuário dede ficha 1/1 cor, tam:210x297mm, papel offset branco, 100x1 vias ou similar, BLOCO COM 100 FOLHAS.(conforme modelo anexo)	BLOCO	20	R$ 15,10	R$ 302,00
10	Laudo de solicitação/Procedimento ambulatorial, 1/0 cor, tam:220x320 cm, papel offset, BLOCO COM 100 FOLHAS.(conforme modelo anexo)	BLOCO	100	R$ 13,33	R$ 1.333,00
11	BPA-I 1/0 cor, 210x297 mm, 100x1 vias, pepel offset, BLOCO COM 100 FOLHAS.(conforme modelo anexo)	BLOCO	500	R$ 14,52	R$ 7.260,00
12	Laudo para teste rápido 1/0 cor, 220x320 mm, 100x1 vias, papel offset, BLOCO COM 100 FOLHAS.(conforme modelo anexo)	BLOCO	2	R$ 22,13	R$ 44,26
13	Prontuário de atendimento médico 1/0 cor, BLOCO COM 100 FOLHAS.(conforme modelo anexo)	BLOCO	1000	R$ 8,00	R$ 8.000,00
14	Avaliação de risco cirúrgico 1/0 cor, BLOCO COM 100 FOLHAS.(conforme modelo anexo)	BLOCO	10	R$ 9,50	R$ 95,00
15	Requisição de TFD, F&V 1/1 cor, 210x297 mm, papel offset, BLOCO COM 100 FOLHAS.(conforme modelo anexo)	BLOCO	2	R$ 23,44	R$ 46,88
				TOTAL:	R$ 40.458,94

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

Lote 1: Vigilancia em saúde

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE	VALOR. UNI	VALOR. TOTAL
1	Cartão de vacina adulto tam. 71x105mm fechado, 4/2 cor papel cartão ou aproximadamente(conforme modelo anexo)	UNI	500	R$ 0,40	R$ 200,00
2	Termo de inspeção (AUTOCOPIATIVO), tam: 220x320, 1/0 cor, ou aproximadamente, Bloco com 102 folhas .(conforme modelo anexo)	BLOCO	5	R$ 19,97	R$ 99,85
3	Ficha de atendimento anti-rábico humano, 100x1 via, papel 1/1 cor papel offset BLOCO 100X1VIA(conforme modelo anexo)	BLOCO	3	R$ 34,20	R$ 102,60
4	Resumo diário do serviço antivetorial, 100x1 via , 1/1 cor, papel BLOCO COLADO COM 100 FOLHAS.(conforme modelo anexo)	BLOCO	50	R$ 23,50	R$ 1.175,00
5	Banner 120x80cm acabamento com madeiras, ponteiras e cordão-lona front 440g impressa digital.(conforme modelo anexo)	UNI	6	R$ 86,00	R$ 516,00
6	Panfletos (IST) 150x210 MM só frente – 4/0 cores, papel couche brilho 115G (vários modelos distintos)(conforme modelo anexo)	UNI	1000	R$ 0,29	R$ 290,00
7	Adesivo de inspeção de vigilância sanitária 15x15cm, 4/0 cor, vinil(conforme modelo anexo)	UNI	500	R$ 2,50	R$ 1.250,00
				TOTAL:	**R$ 3.633,45**

4- VIGÊNCIA E PRORROGAÇÃO

4.1. Vigência de 12 meses, podendo ser prorrogada mediante solicitação da Secretaria de Saúde

5- DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO

5.1. Considerando as características de utilização, as quantidades necessárias, os períodos informados e os valores estimados, conclui-se que a melhor opção e a mais vantajosa, adequada e disponível no mercado, sob a égide dos princípios da oportunidade e conveniência da Administração Pública está na efetiva Aquisição de material de construção civil através de Ata de Registro de Preços (ARP), assim também pela boa qualidade e procedência de cada produto licitado.

5.2. Salienta-se que esta solução tem sido utilizada no último pleito e tem se mostrado mais eficiente e eficaz no atendimento das necessidades, sendo passível de análise quando se utilizar de outra solução mais vantajosa a Administração Pública no mercado.

5.3. Optou-se pela contratação na modalidade de Sistema de Registro de Preços em virtude de visarmos uma melhor gestão financeira, uma melhor gestão administrativa e uma melhor gestão orçamentária.

5.4. Acredita-se, ainda, que este modelo, torna o processo mais enxuto e reduz desperdícios de tempo e informação, facilitando a gestão contratual e o gerenciamento de riscos, com redução de procedimentos administrativos, além de se reduzir custos financeiros, bem como, viabilizar o critério de economicidade e sustentabilidade para a Administração.

5.5.Visa proporcionar maior segurança ao município.

5.6. Tal solução é a única que existe, pois tais insumos são imprescindíveis e inerentes ao bom andamento do município e a Secretaria de Saúde não possui outra maneira de adquiri-los que não seja por meio de licitação e compra.

6- REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

6.1. O licitante deve proporcionar a entrega, visando atender as necessidades administrativas do setor, condições, quantidades, exigências e estimativas a serem estabelecidas neste instrumento

6.2 O objeto desta licitação refere-se a uma estimativa de utilização dos produtos, a serem aplicadas durante 12 (doze) meses contados a partir da assinatura da Ata de Registro de Preços e/ou do contrato, em conformidade com o disposto na Lei 14.133/21, assim, não poderão ser executados em uma única parcela, devendo haver execuções parciais, de forma a atender as quantidades estipuladas nos pedidos parciais/requisições emitidas pelo Órgão solicitante.

6.2.1 O prazo de vigência do contrato e da ata de registro de preços é de 01 (um) ano contados da assinatura, prorrogáveis por igual período, conforme necessidade.

6.2.2. A licitante vencedora deverá fornecer o objeto em estrita conformidade com disposições e especificações do edital da licitação, de acordo com o Termo de Referência e à proposta de preços apresentada.

6.2.3. Para fornecimento dos produtos, registrados na ARP-Ata de Registros de Preços, que deverá estar devidamente assinada e publicada, nos termos legais, será celebrado o Contrato ou Nota de Empenho ou ainda Autorização de Fornecimento específico a critério da Administração.

6.2.4. A empresa vencedora deverá obrigatoriamente através de sistema emitir comprovante da transação contendo as informações a seguir, independentemente da solicitação do condutor:
a) A data e hora da Transação;
b) Valor da operação,

6.2.5. A Aquisição do **serviço gráfico**, será de forma parcelada. Na medida da necessidade, a Secretaria Municipal de Saúde, através de servidores previamente autorizados, através dos meios de controle atualmente fixados pelo Município, mediante requisição.

6.2.6. O prazo de fornecimento do material deverá ser de 5 (dez) dias úteis.

6.2.7. A CONTRATADA deverá acatar a fiscalização do objeto contratado, realizada pelo fiscal do contrato que poderá a qualquer momento solicitar o teste de qualidade, que deverá ter suas solicitações atendidas imediatamente;

6.2.8. A responsabilidade pelo recebimento dos produtos solicitados ficará a cargo do servidor responsável, designado pela Administração Municipal, que deverá proceder à avaliação de desempenho e atesto da nota fiscal.

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

7- ESTIMATIVA DO VALOR E JUSTIFICATIVA DO PREÇO

7.1. A melhor situação é, sem dúvidas, ter fornecimento de empresas que comprovadamente possuam aptidão, competência e capacidade técnica para o desempenho das atividades que sejam pertinentes em características, quantidades e prazos com o objeto em questão. Dessa forma, o levantamento de mercado foi realizado por meio de resultados de pesquisa de fornecedores que constam no Banco de Preços (http://www.bancodeprecos.com.br) , utilizando a MÉDIA como metodologia aplicada para chegar ao valor de referência.

7.2. Para a elaboração da pesquisa de preços, recorreu-se à consulta ao Banco de Preços, onde foi possível a obtenção do preço estimado, a média, a mediana e o menor dos valores obtidos na pesquisa de preços, uma vez que o cálculo incidiu sobre um conjunto de três ou mais preços, oriundos de um ou mais dos parâmetros, desconsiderados os valores inexequíveis, inconsistentes e os excessivamente elevados, conforme planilha em anexo.

7.3. Com base no Relatório de Cotação que será acostado ao processo e na metodologia aplicada, apurou-se o valor total de R$ 44.092,39 (Quarenta e quatro mil, noventa e dois reais e trinta e nove centavos), referente à aquisição de **serviços gráficos.**

7.2. A pesquisa no banco de preços proporciona obtenção de valores de referência confiáveis e atualizados resultando emn preço justo e adequado para a contratação de bens e serviços

8- INDICAÇÃO DO LOCAL DE ENTREGA/FONECIMENTO

8.1. O local de entrega de referência é a Secretaria Municipal de Saúde de Itacuruba-PE, localizado na Rua Sargento José Herminio dos Santos, n° 71, centro de Itacuruba-PE, CEP 56.430.000.

9- CONTRATAÇÃO CORRELATA E/OU INTERDEPENDENTE

9.1. Não se faz necessária a realização de contratações correlatas e/ou interdependentes para a viabilidade e contratação desta demanda.

10- DESCRIÇÃO DE POSSÍVEL IMPACTO AMBIENTAL

10.1. Deverá ser recomendado ao licitante vencedor, conforme previsão neste instrumento, que a contratada deverá adotar práticas de sustentabilidade na execução do contrato, conforme orientações do art. 6° da IN n°01/2010 (Compras Sustentáveis).

10.2. Os fornecedores deverão atender no que couber os critérios de sustentabilidade ambiental previstos na legislação vigente.

11. IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA REQUISITANTE E RESPONSÁVEIS

Setor Requisitante (Unidade/Setor/D Secretaria Municipal de Saúde	
Responsável pela Demanda	**Matrícula**

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

Paula Talita de Carvalho Novaes Cantarelli	000782
E-mail: secretariadesaudeitacuruba@gmail.com	Telefone: (81) 99964-0500
Fiscal Técnico, titular e substituto: Titular: Hortência Inayran Pereira Pajeú CPF nº 085.305.934-99 Substituto: Eliane Alzira de Manezes Novaes Barros CPF nº 717.835.204-34	 Telefone: (87) 99881-8309 E-mail: itaatencaobasica@gmail.com Telefone: (87) 99901-2997 E-mail: eliane_alzira1@outlook.com
Gestor do Contrato: Paula Talita de Carvalho Novaes Cantarelli	CPF nº 047.677.184-65

12. Créditos Orçamentários

Unidade gestora: 3 - Fundo Municipal de Saúde de Itacuruba
Órgão orçamentário: 17000 - SECRETARIA DE SAÚDE
Unidade orçamentária: 17708 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMI
Função: 10 - Saúde
Subfunção: 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa: 10070 - ASSISTÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR E AMBULATORIAL
Ação: 4.74 - MANUTENÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Despesa 275 3.3.90.30.00 Material de Consumo
Fonte de recurso: 106 - MSC - 1.500.1002 15% de Impostos e Transferência para a Saúde (
Destinação: 1.500.1002 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de
Despesa LDO: 241
Despesa PPA: 269

Despesa 276 3.3.90.30.00 Material de Consumo
Fonte de recurso: 108 - MSC - 1.600.0000 Recursos do SUS do Bloco de Manutenção das Aç
Destinação: 1.600.1002 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de
Despesa LDO: 241
Despesa PPA: 269

Unidade gestora: 3 - Fundo Municipal de Saúde de Itacuruba
Órgão orçamentário: 17000 - SECRETARIA DE SAÚDE
Unidade orçamentária: 17708 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMI
Função: 10 - Saúde
Subfunção: 305 - Vigilância Epidemiológica
Programa: 3035 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Ação: 4.24 - DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL

Despesa 313 3.3.90.30.00 Material de Consumo
Fonte de recurso: 106 - MSC - 1.500.1002 15% de Impostos e Transferência para a Saúde (
Destinação: 1.500.1002 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de
Despesa LDO: 267
Despesa PPA: 301

Despesa 314 3.3.90.30.00 Material de Consumo
Fonte de recurso: 108 - MSC - 1.600.0000 Recursos do SUS do Bloco de Manutenção das Aç
Destinação: 1.600.1002 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de
Despesa LDO: 267
Despesa PPA: 301

Itacuruba (PE), 25 de maio de 2025

gov.br
Documento assinado digitalmente
PAULA TALITA DE CARVALHO NOVAES CANTARI
Data: 25/05/2026 14:04:18-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Paula Talita de Carvalho Novaes Cantarelli
Secretária de Saúde

ANEXOS

ITACURUBA PREFEITURA MUNICIPAL
ITACURUBA PREFEITURA MUNICIPAL
Secretaria Municipal de SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACURUBA

ATESTADO

Atesto para os devidos fins de direito e a quem possa interessar, que o (a) Sr. (a)_____, portador (a) do RG nº _____ compareceu nesta unidade de saúde, das _____ás_____ horas realizando consulta médica e/ou

( ) Exames complementares

( ) Necessitando ficar afastado do trabalho do dia

__/__/___até __/__/__

CID:_____

_____

Médico

Itacuruba, ___de_____de_____

ITACURUBA PREFEITURA MUNICIPAL
Secretaria Municipal de SAÚDE

UBS

SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACURUBA

ATESTADO

Atesto para os devidos fins de direito e a quem possa interessar, que o (a) Sr. (a)_____, portador (a) do RG nº _____ compareceu nesta unidade de saúde, das _____ás_____ horas realizando consulta médica e/ou

( ) Exames complementares

( ) Necessitando ficar afastado do trabalho do dia

__/__/___até __/__/__

CID:_____

_____

Médico

Itacuruba, ___de_____de_____

ITACURUBA
PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: _____

Nome: _____ Registro Nº: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____

Data: ___/___/___ _____ Profissional

ITACURUBA
PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: _____

Nome: _____ Registro Nº: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____

Data: ___/___/___ _____ Profissional

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

ITACURUBA
PREFEITURA MUNICIPAL

Secretaria Municipal de
SAÚDE

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Requisição de exames

Unidade de Saúde:_____

Nome:_____ Registro N°:_____

Clínica:_____ Urgente ☐

BIOQUÍMCA

- ☐ Ácido Úrico
- ☐ Amilase
- ☐ Albumina
- ☐ Bilirrubina Total
- ☐ Bilirrubina Direta
- ☐ Cálcio
- ☐ Colesterol Total
- ☐ Colesterol HDL
- ☐ Colesterol LDL
- ☐ Clearance de Creatinina
- ☐ Creatinina
- ☐ CPK
- ☐ CKMB
- ☐ Curva Glicêmica
- ☐ Desidrogenase Láctica
- ☐ Ferro Sérico
- ☐ Fosfatase Alcalina
- ☐ Fósforo
- ☐ Gama GT
- ☐ Glicose
- ☐ TGO
- ☐ TGP
- ☐ PCR
- ☐ Proteína Total
- ☐ Sódio
- ☐ Potássio
- ☐ Magnésio
- ☐ Triglicerídeos e Ureia

EXAMES IMUNOLÓGICOS

- ☐ Proteína C Reativa – PCR
- ☐ Anti-estreptolisina O – ASO
- ☐ Fator Reumatoide
- ☐ Látex
- ☐ Classificação ABO/RH
- ☐ VDRL

Data:___/___/____

- ☐ Troponina
- ☐ Beta HCG
- ☐ Toxoplasmose IgG / IgM
- ☐ Rubéola IgG / IgM
- ☐ Citomegalovírus IgG / IgM
- ☐ HIV 1 & 2
- ☐ Hepatite B – HBsAg
- ☐ Hepatite C – HCV

EXAMES DE COAGULAÇÃO

- ☐ Tempo de Protrombina – TP
- ☐ Teste de Tromboplastina Parcial Ativada – TTPa
- ☐ Coagulograma I e II

EXAMES PARASITOLÓGICOS

- ☐ Pesquisa de Sangue Oculto
- ☐ Pesquisa de Trofozoítos
- ☐ Exame Parasitológico das Fezes

EXAMES DE URINÁLISE

- ☐ EAS – Elementos e Sedimentoscopia

EXAMES HEMATOLÓGICOS

- ☐ Hemograma com plaquetas
- ☐ VSH
- ☐ Coombs Direto
- ☐ Coombs Indireto
- ☐ Hemoglobina Glicada

_____

Profissional- CRM

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

ITACURUBA
PREFEITURA MUNICIPAL

Secretaria Municipal de
SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACURUBA

ATESTADO

Atesto para os devidos fins de direito e a quem possa interessar, que o (a) Sr. (a)_____, portador (a) do RG nº _____ e CPF nº _____, encontra-se em perfeito estado de saúde, físico e mental, o (a) mesmo (a) está _____ para exercer suas atividades profissionais.

_____
Médico

Itacuruba, ____de_____ de

ITACURUBA
PREFEITURA MUNICIPAL

Secretaria Municipal de
SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACURUBA

ATESTADO

Atesto para os devidos fins de direito e a quem possa interessar, que o (a) Sr. (a)_____, portador (a) do RG nº _____ e CPF nº _____, encontra-se em perfeito estado de saúde, físico e mental, o (a) mesmo (a) está _____ para exercer suas atividades profissionais.

_____
Médico

Itacuruba, ____de_____ de

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF — NÚMERO

1

B

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

2

Medicamento ou Substância

3

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

de _____ de _____

Paciente: 4

Endereço:

Assinatura do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Endereço:

Telefone:

Identidade Nº: Órgão Emissor:

6

CARIMBO DO FORNECEDOR

7

5 Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC

8 Numeração desta impressão: de _____ a _____

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

ANEXO XVII

MODELO DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA "B2"

NOTIFICAÇÃO DA RECEITA

UF | NÚMERO — **B2**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Medicamento ou Substância

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

_____ de _____ de _____

Paciente: _____

Endereço: _____

Assinatura do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Identidade No. _____ Órgão Emissor: _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

_____ ____/____/____

Nome do Vendedor Data

Dados da Gráfica: Nome, Endereço, CNPJ, Nº do Credenciamento Número/Ano da Autorização VISA/DF: _____ Numeração Impressa: De ____ à ____ - Série: ____

Formato 85 x 180 mm

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SISTEMA NACIONAL DE CONTROLE DE RECEITUÁRIOS

Comprovante para entrega

Informações da Numeração

Início da Numeração:	**2601 . 3 - 26 . 0003651**
Fim da Numeração:	**2601 . 3 - 26 . 0004150**
Data de Criação:	29/01/2026, 08:26:30 (BRT)
Tipo de Receituário:	NR003 - Notificação de Receita B2 (NRB2)
Quantidade de Nº:	500

Usuário

Nome do Usuário:	Flávio Beserra de Queiroz
Identificação:	CPF: 043.***.***-85

Flávio Beserra de Queiroz
Fiscal de Vigilância Sanitária
APEVISA - XI GERES
Mat. 4007506X1

Instituição

Nome da Instituição:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE ITACURUBA
Identificação:	CNPJ: 11.***.***/000117

Agencia Pernambucana de Vigilancia Sanitaria
APEVISA

GOVERNO PERNAMBUCO

SOLICITAÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

DADOS DO PROFISSIONAL LIBERAL OU RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome:	Conselho Reg.	Nº Regist.:	CPF:
LUCIANO TAVARES DE CARVALHO	CRF	02784	02350630455

Endereço:	Nº:	Complemento:
RUA DERINALDO BARROS	226	

Bairro:	Cidade:	CEP:	Fone:	Especialidade:
PRADO	SALGUEIRO	56.000-000	87 991948974	BIOQUIMICO

DADOS DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE (Quando o requisitante for um serviço de saúde)

Razão Social: **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ITACURUBA-PE**

Endereço:	Nº:	Complemento:
RUA ALVARO MAGALHAES DE ARAUJO	S/N	

Bairro:	Cidade:	CEP:	Fone:	CNPJ:
CENTRO	ITACURUBA	56.431-009		11.873.674/0001-17

NOTIFICAÇÕES REQUISITADAS

[X]	Notificação de Receita Tipo "A":		Talão(ões)
[ ]	Notificação de Receita Tipo "B":		Notificações
[X]	Notificação de Receita Tipo "B2":	500	Notificações
[ ]	Notificação de Receita Especial: Retinoides:		Notificações
[ ]	Notificação de Receita Especial: Talidomida:		Notificações

AUTORIZAÇÃO PARA RECEBIMENTO

Pelo presente, autorizo a pessoa abaixo identificada a receber a Requisição de Notificação de Receita fornecida pela Vigilância Sanitária.

Nome:	RG:	Data Emissão:
JOSÉ FREIRE SOARES NETO	8628345	21/02/2024

Endereço:	Nº:	Complemento:
ALDEIA PANKARÁ	S/N	

Bairro:	Cidade:	CEP:	Fone:
	ITACURUBA-PE	56430-000	

DATA E ASSINATURA

ITACURUBA, 19/01/25
Local e data

Dr. Luciano Tavares de Carvalho
Farmacêutico Bioquímico
CRF: 2784
Assinatura e carimbo com CRA do Profissional

RECEBIMENTO DA REQUISIÇÃO

Recebi da Vigilância Sanitária a **Requisição de Notificação de Receita** nº

Flávio Beserra de Queiroz
Fiscal de Vigilância Sanitária
APEVISA - XI GERES
Mat. 4007506/1

Serra Talhada - PE 29/01/26
Local e data

Assinatura

DUAS VIAS

SECRETARIA DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACURUBA
UNIDADE MISTA DR. MANOEL NOVAES

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	1ª VIA - FARMÁCIA 2ª VIA - PACIENTE

Paciente:
Endereço:
Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: Ident.: Org.: Emissor: End.: Cidade: UF: Telefone:	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO Data: / /

SECRETARIA DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACURUBA
UNIDADE MISTA DR. MANOEL NOVAES

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	1ª VIA - FARMÁCIA 2ª VIA - PACIENTE

Paciente:
Endereço:
Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: Ident.: Org.: Emissor: End.: Cidade: UF: Telefone:	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO Data: / /

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO PRIMÁRIA

CADASTRO INDIVIDUAL

DIGITADO POR: | DATA: / /
CONFERIDO POR: | FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
	-			/ /

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS OU CPF DO CIDADAO* (CNS / CPF) | CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? ◯ Sim ◯ Não | CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR (CNS / CPF) | MICROÁREA* ☐☐ ☐ FA

NOME COMPLETO:*

NOME SOCIAL: | DATA DE NASCIMENTO:* / / | SEXO:* (F) (M)

RAÇA/COR:* ◯ Branca ◯ Preta ◯ Parda ◯ Amarela ◯ Indígena | Etnia:** | Nº NIS (PIS/PASEP)

NOME COMPLETO DA MÃE:* ☐ Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI:* ☐ Desconhecido

NACIONALIDADE:* ◯ Brasileira ◯ Naturalizado ◯ Estrangeiro | PAÍS DE NASCIMENTO:** | DATA DE NATURALIZAÇÃO:** / /

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:** | MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**

DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** / / | TELEFONE CELULAR: ( ) | E-MAIL:

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR
◯ Cônjuge/Companheiro(a) ◯ Filho(a) ◯ Enteado(a) ◯ Neto(a)/Bisneto(a)
◯ Pai/Mãe ◯ Sogro(a) ◯ Irmão/Irmã ◯ Genro/Nora ◯ Outro parente ◯ Não parente

OCUPAÇÃO

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* ◯ Sim ◯ Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?
◯ Creche
◯ Pré-escola (exceto CA)
◯ Classe de Alfabetização - CA
◯ Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries
◯ Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries
◯ Ensino Fundamental Completo
◯ Ensino Fundamental Especial
◯ Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)
◯ Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)
◯ Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)
◯ Ensino Médio Especial
◯ Ensino Médio EJA (Supletivo)
◯ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
◯ Alfabetização para Adultos (Mobral etc.)
◯ Nenhum

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO
◯ Empregador
◯ Assalariado com carteira de trabalho
◯ Assalariado sem carteira de trabalho
◯ Autônomo com previdência social
◯ Autônomo sem previdência social
◯ Aposentado/Pensionista
◯ Desempregado
◯ Não trabalha
◯ Servidor público/militar
◯ Outro

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? ☐ Adulto Responsável ☐ Outra(s) Criança(s) ☐ Adolescente ☐ Sozinha ☐ Creche ☐ Outro

FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? ◯ Sim ◯ Não | PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? ◯ Sim ◯ Não | POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? ◯ Sim ◯ Não

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL OU CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS? ◯ Sim ◯ Não | SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?* ◯ Sim ◯ Não
SE SIM, QUAL?**
◯ Heterossexual ◯ Gay ◯ Lésbica
◯ Bissexual ◯ Assexual ◯ Pansexual
◯ Outro

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?* ◯ Sim ◯ Não
SE SIM, QUAL?**
◯ Homem cisgênero ◯ Mulher cisgênero
◯ Homem transgênero ◯ Mulher transgênero
◯ Travesti ◯ Não-Binário ◯ Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?* ◯ Sim ◯ Não
SE SIM, QUAL(IS)?
☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva
☐ Visual ☐ Física ☐ Outra

INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS - TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA)

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES QUE VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA? ◯ Sim ◯ Não

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ COMEU APENAS ALGUNS ALIMENTOS QUE AINDA TINHA, PORQUE O DINHEIRO ACABOU? ◯ Sim ◯ Não

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

◯ Mudança de território ◯ Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE:
Data do óbito:** / / | Número da D.O.: -

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador(a) 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 o não atendimento na unidade de saúde.

_____
Assinatura

1/2

CI/e-SUS AB v.5.2

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

ESTÁ GESTANTE? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?
◯ Abaixo do Peso ◯ Peso Adequado ◯ Acima do Peso

ESTÁ FUMANTE? ◯ Sim ◯ Não

FAZ USO DE ÁLCOOL? ◯ Sim ◯ Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? ◯ Sim ◯ Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? ◯ Sim ◯ Não

TEM DIABETES? ◯ Sim ◯ Não

TEVE AVC/DERRAME? ◯ Sim ◯ Não

TEVE INFARTO? ◯ Sim ◯ Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? ◯ Sim ◯ Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**
☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outra ☐ Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? ◯ Sim ◯ Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**
☐ Insuficiência Renal ☐ Outro ☐ Não Sabe

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? ◯ Sim ◯ Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**
☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outra ☐ Não Sabe

ESTÁ COM HANSENÍASE? ◯ Sim ◯ Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE? ◯ Sim ◯ Não

TEM OU TEVE CÂNCER? ◯ Sim ◯ Não

TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? ◯ Sim ◯ Não
SE SIM, POR QUAL CAUSA?

TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? ◯ Sim ◯ Não

ESTÁ ACAMADO? ◯ Sim ◯ Não

ESTÁ DOMICILIADO? ◯ Sim ◯ Não

USA PLANTAS MEDICINAIS? ◯ Sim ◯ Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? ◯ Sim ◯ Não

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE
1 - QUAL? 2 - QUAL? 3 - QUAL?

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* ◯ Sim ◯ Não
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?
◯ < 6 meses ◯ 6 a 12 meses ◯ 1 a 5 anos ◯ > 5 anos

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ◯ Sim ◯ Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? ◯ Sim ◯ Não

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?
◯ 1 vez ◯ 2 ou 3 vezes ◯ mais de 3 vezes

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?
☐ Restaurante Popular ☐ Doação Restaurante ☐ Outras
☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação de Popular

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? ◯ Sim ◯ Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? ◯ Sim ◯ Não
SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? ◯ Sim ◯ Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**
☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ Outras

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ◯ Opção única de escolha **(marcar X na opção desejada)**
Microárea: usar **01** a **99** para o número da microárea.
FA: Fora de Área
***Campo obrigatório**
****Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior**

2/2

CI/e-SUS AB v.5.2

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO PRIMÁRIA

FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA:*
				/ /

TURNO:* (M) (T) (N) PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: ☐ Educação ☐ Saúde

LOCAL DE ATIVIDADE

Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)***	CNES

OUTRA LOCALIDADE:

Nº DE PARTICIPANTES*	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS

CNS DO PROFISSIONAL	CBO***

ATIVIDADE (opção única)*	
01	Reunião de equipe
02	Reunião com outras equipes de saúde
03	Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social

TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***	
01	Questões administrativas/Funcionamento
02	Processos de trabalho
03	Diagnóstico do território/Monitoramento do território
04	Planejamento/Monitoramento das ações da equipe
05	Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular
06	Educação Permanente
07	Outros

ATIVIDADE (opção única)*	
04	Educação em saúde
05	Atendimento em grupo
06	Avaliação/Procedimento coletivo
07	Mobilização social

PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)		TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)		PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)	
01	Comunidade em geral	01	Ações de combate ao *Aedes aegypti*	01	Antropometria
02	Criança 0 a 3 anos	02	Agravos negligenciados	02	Aplicação tópica de flúor
03	Criança 4 a 5 anos	03	Alimentação saudável	03	Desenvolvimento da linguagem
04	Criança 6 a 11 anos	04	Autocuidado de pessoas com doenças crônicas	04	Escovação dental supervisionada
05	Adolescente	05	Cidadania e direitos humanos	05	Práticas corporais e atividade física
06	Mulher	06	Dependência química/tabaco/álcool/ outras drogas	06	PNCT Sessão 1
07	Gestante	07	Envelhecimento/climatério/ andropausa/etc	07	PNCT Sessão 2
08	Homem	08	Plantas medicinais/fitoterapia	08	PNCT Sessão 3
09	Familiares	09	Prevenção da violência e promoção da cultura da paz	09	PNCT Sessão 4
10	Idoso	10	Saúde ambiental	10	Saúde auditiva
11	Pessoas com doenças crônicas	11	Saúde bucal	11	Saúde ocular
12	Usuário de tabaco	12	Saúde do trabalhador	12	Verificação da situação vacinal
13	Usuário de álcool	13	Saúde mental	13	Outras
14	Usuário de outras drogas	14	Saúde sexual e reprodutiva	14	Outro procedimento coletivo Código do SIGTAP
15	Pessoas com sofrimento ou transtorno mental	15	Semana saúde na escola		
16	Profissional de educação	16	Outros		
17	Outros				

1/2

FAC/e-SUS AB v.3.2

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

Nº	CNS DO CIDADÃO*** (CNS / CPF)	DATA DE NASCIMENTO**	SEXO**	AVALIAÇÃO ALTERADA	Obrigatório somente para antropometria: PESO (kg)	ALTURA (cm)	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO: Cessou o hábito de fumar	Abandonou o grupo
1		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
2		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
3		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
4		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
5		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
6		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
7		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
8		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
9		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
10		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
11		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
12		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
13		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
14		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
15		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
16		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
17		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
18		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
19		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
20		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
21		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
22		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
23		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
24		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
25		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
26		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
27		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
28		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
29		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
30		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
31		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
32		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
33		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
34		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
35		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ○ Opção única de escolha **(marcar X na opção desejada)**
***Campo obrigatório**
****Campo obrigatório ao informar lista de participantes**
*****Campo com obrigatoriedade condicionada**

2/2

FAC/e-SUS AB v.3.2

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO PRIMÁRIA

CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR: | DATA:
CONFERIDO: | FOLHA:

CNS DO PROFISSIONAL* | CBO* | CNES* | INE* | DATA*

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA

CEP*: | MUNICÍPIO*: | UF*:
BAIRRO*: | TIPO DE LOGRADOURO*: | NOME DO LOGRADOURO*:
NÚMERO*: ◯ SEM NÚMERO | COMPLEMENTO: | PTO. REFERÊNCIA: | MICROÁREA* ☐ FA

TIPO DE IMÓVEL*

TELEFONES PARA CONTATO

TEL. RESIDÊNCIA: ( ) | TEL. CONTATO: ( )

CONDIÇÕES DE MORADIA

SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*
◯ Próprio ◯ Financiado ◯ Alugado ◯ Arrendado ◯ Cedido ◯ Ocupação ◯ Situação de Rua ◯ Outra

LOCALIZAÇÃO*
◯ Urbana ◯ Rural

TIPO DE DOMICÍLIO
◯ Casa ◯ Apartamento ◯ Cômodo ◯ Outro

Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____

EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra
◯ Proprietário ◯ Parceiro(a)/Meeiro(a) ◯ Assentado(a) ◯ Posseiro ◯ Arrendatário(a)
◯ Comodatário(a) ◯ Beneficiário(a) do Banco da Terra ◯ Não se aplica

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO
◯ Pavimento ◯ Chão Batido ◯ Fluvial ◯ Outro

Disponibilidade de Energia Elétrica? ◯ Sim ◯ Não

MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO

Alvenaria/Tijolo:	Taipa:	Outros:
◯ Com Revestimento	◯ Com Revestimento	◯ Madeira Aparelhada ◯ Palha
◯ Sem Revestimento	◯ Sem Revestimento	◯ Material Aproveitado ◯ Outro Material

ABASTECIMENTO DE ÁGUA
◯ Rede Encanada até o Domicílio ◯ Poço/Nascente no Domicílio ◯ Cisterna
◯ Carro Pipa ◯ Outro

ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO
◯ Filtrada ◯ Fervida ◯ Clorada ◯ Mineral
◯ Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO
◯ Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial ◯ Fossa Séptica ◯ Fossa Rudimentar
◯ Direto para um Rio, Lago ou Mar ◯ Céu Aberto ◯ Outra Forma

DESTINO DO LIXO
◯ Coletado ◯ Queimado/Enterrado ◯ Céu Aberto ◯ Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?
◯ Sim ◯ Não

QUAL(IS)? ☐ Gato ☐ Cachorro ☐ Pássaro ☐ Outros

Quantos: _____

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL** (CNS / CPF)	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
		/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +			☐
		/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +			☐
		/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +			☐
		/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +			☐

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador(a) 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 o não atendimento na unidade de saúde.

_____
Assinatura

1/2

CD/e-SUS AB v.3.2

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA:

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

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME:	CNS DO RESPONSÁVEL:
CARGO NA INSTITUIÇÃO:	TEL. CONTATO:

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

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

_____
Assinatura

Legenda: ☐ **Opção de múltipla escolha** ◯ **Opção de única escolha** **(marcar X na opção desejada)**
Microárea: usar **01** a **99** para o número da microárea.
FA: Fora de Área
Tipo de Imóvel: 01 Domicílio, 02 Comércio, 03 Terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros
*Campo obrigatório
**Campo com obrigatoriedade condicional

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

ITACURUBA
PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
JOÃO JOSÉ FLORÊNCIO

PRONTUÁRIO:_____Data:___/___/___ Hora:_____CPF:_____

Nome:_____

Data de Nascimento: ___/___/___Sexo:_____Idade:_____Telefone:_____

Filiação:_____

_____

Endereço:_____

SUS: _____Raça/Cor:_____Etnia:_____

ATENDIMENTO

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

ITACURUBA
PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
ELIAS ALFEDRO DOS SANTOS

PRONTUÁRIO:_____Data:___/___/___ Hora:_____CPF:_____

Nome:_____

Data de Nascimento: ___/___/___Sexo:_____Idade:_____Telefone:_____

Filiação:_____

_____

Endereço:_____

SUS: _____Raça/Cor:_____Etnia:_____

ATENDIMENTO

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

ITACURUBA
PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
ANIBAL CANTARELLI

PRONTUÁRIO:_____Data:___/___/___ Hora:_____CPF:_____

Nome:_____

Data de Nascimento: ___/___/___Sexo:_____Idade:_____Telefone:_____

Filiação:_____

_____

Endereço:_____

SUS: _____Raça/Cor:_____Etnia:_____

ATENDIMENTO

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ITACURUBA - PE

ANEXO 01

NÚMERO

REQUISIÇÃO DE TFD

ORIGEM

PREFEITURA MUNICIPAL DE:

SECRETARIA MUNICIPAL / ESTADUAL DE: | CÓDIGO

PACIENTE

NOME: | REGISTRO | IDADE / DATA NASC.

ENDEREÇO: | DOCUMENTO DE IDENTIDADE

RESPONSÁVEL / ACOMPANHANTE: | DOCUMENTO DE IDENTIDADE

ENDEREÇO:

UNIDADE REQUISITANTE

NOME: | CÓDIGO SIA / SUS

LAUDO MÉDICO

DESTACAR ASSISTÊNCIA PRESTADA, RESULTADOS DE EXAMES, PATOLOGIA, MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

HÁ NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE

☐ SIM

☐ NÃO

CIDADE/OU UNIDADE DE REFERÊNCIA MAIS PRÓXIMA COM RECURSO DISPONÍVEL

SOLICITADO ATENDIMENTO POR FALTA NO LOCAL DE CONDIÇÕES TÉCNICAS / MATERIAIS

___/___/___
DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

DE ACORDO

☐ SIM

☐ NÃO

SECRETARIA MUNICIPAL / ESTADUAL DE SAÚDE

USO RESTRITO AO ESTADO DE PERNAMBUCO / 02 VIAS

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

SAÚDE e SUS ATENÇÃO PRIMÁRIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE PERNAMBUCO
MUNICÍPIO DE ITACURUBA

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

REFERÊNCIA

Nome do cidadão | CPF/CNS | Classificação de risco

Sexo | Idade | Data de nascimento | Telefone

Nome da mãe | Município de nascimento

Unidade de saúde solicitante | CNES

Profissional solicitante | CNS

Especialidade | Hipótese / Diagnóstico (CID10)

Motivo do encaminhamento

Observação

NOME DO PROFISSIONAL

Itacuruba - PE, ____ de _____ de 202__.

CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de especialidade | AGENDA: Data e Hora ___/___/___

Parecer / conduta da especialidade | Diagnóstico (CID10)

Observação

___/___/_____ _____

Pág. 1 / 1

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls.1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE | 2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE | 4 - Nº DO PRONTUÁRIO

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

9 - NOME DA MÃE | 10 - TELEFONE DE CONTATO (DDD / Nº DO TELEFONE)

11 - NOME DO RESPONSÁVEL | 12 - TELEFONE DE CONTATO (DDD / Nº DO TELEFONE)

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | 15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO | 16 - UF | 17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | 19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | 20 - QTDE.

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE.
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE.
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE.
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE.
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QTDE.

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO | 37-CID10 PRINCIPAL | 38-CID10 SECUNDÁRIO | 39-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 42-DATA DA SOLICITAÇÃO | 45-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF | 44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR | 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF | 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50-DATA DA AUTORIZAÇÃO | 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | 53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 – NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE | 55 - CNES

VisioDocument

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br



SUS

FICHA PERINATAL – Ambulatório

Unidade

Nome

Como quer ser chamada

Endereço

Cidade

Idade anos <15 anos >35 anos

Estado civil/união: Casada, Solteira, Estável, Outro

Instrução: Nenhuma, Fundamental, Médio, Superior

Peso anterior

Gravidez: Risco habitual, Alto risco

Altura cm

Gravidez planejada: SIM, NÃO

DUM / /

DPP / /

DPP eco / /

Tipo de gravidez: Única, Gemelar, Tripla ou mais, Ignorada

Hospitalização na gravidez: NÃO, SIM — Dias

Grupo — Sensibilizada: Rh + NÃO, Rh – SIM

Transferida: NÃO, SIM — Local, Data

Antecedentes familiares: Diabetes, Hipertensão arterial, Gemelar, Outros

Gestações: Abortos, Gestas prévias, Parto vaginal, Nascidos vivos, Vivem

3 ou + abortos

Ectópica

Cesárea

Morreram na 1ª semana

Morreram depois da 1ª semana

Nascidos mortos

Bebê <2.500g

Bebê >4.500g

Parto

2 cesáreas prévias

Pré-eclâmpsia, Eclâmpsia

NÃO SIM — Final da gestação anterior há 1 ano

Antecedentes clínicos (NÃO SIM): Diabetes, Infecção urinária, Infertilidade, Dific. amament., Outros; Cardiopatia, Tromboembolismo, Hipertensão arterial, Outros; Cir. pélv. uterina, Cirurgia

Fumo (nº de cigarros), Álcool, Outras drogas, Violência doméstica, HIV/Aids, Sífilis, Taxoplasmose, Infecção urinária

Anemia, Inc. istmocervical, Ameaça de parto premat., Isoimunização Rh, Oligo/polidrâmnio, Rotura premat. de membrana, CIUR, Pós-datismo, Febre

Gestação atual (NÃO SIM): Hipertensão arterial, Pré-eclâmp./eclâmpsia, Cardiopatia, Diabetes gestacional, Uso de insulina, Hemorragia 1º trimestre, Hemorragia 2º trimestre, Hemorragia 3º trimestre, Exantema/rash cutâneo

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado
ABO-RH				
Glicemia de Jejum				
Teste Oral Tolerân. Glic.				
Sífilis (teste rápido)				
VDRL				
HIV/Anti-HIV (teste rápido)				
Hepatite B-HBsAg				
Toxoplasmose				
Hemog. Hematócrito				
Urina-EAS				
Urina-Cultura				
Coombs Indireto				

Vacina Influenza — Data / /

Vacina dTpa — Data / /

Vacina antitetânica (dT): Sem informação de imunização; Imunizada há menos de 5 anos; Imunizada há mais de 5 anos — 1ª dose / /, 2ª dose / /, 3ª dose / /, Reforço / /

Vacina Hepatite B — Imunizada: 1ª dose / /, 2ª dose (1 mês após 1ª dose) / /, 3ª dose (6 meses após 1ª dose) / /

Eletroforese de Hemoglobina: Padrão AA; Heterozigose AS, AC; Homozigoze SS, SC

Ultrassonografia

Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros
/ /						
/ /						
/ /						

Malária — Somente para gestantes da Região Amazônica. Neg. Pos. / / / / / / / / / / / /

Sulfato ferroso

Ácido fólico

Tratamento de Sífilis: 1ª dose / /, 2ª dose / /, 3ª dose / /

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

Curva de altura uterina / idade gestacional

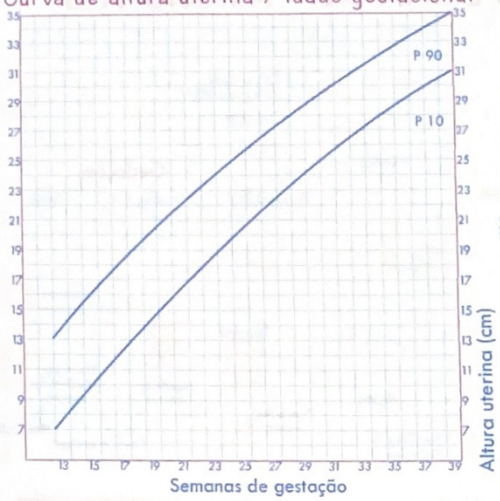
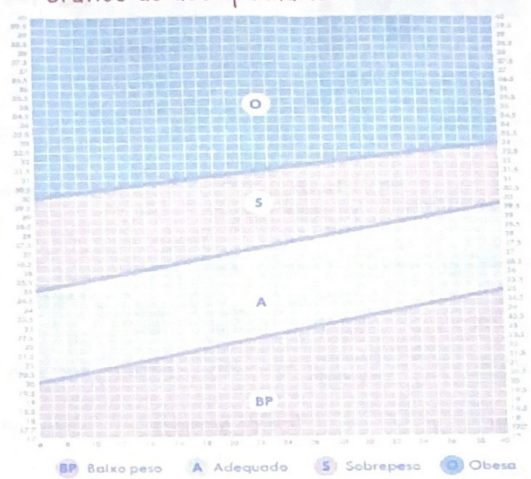


Gráfico de acompanhamento nutricional



	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª
Data										
Queixa										
IG - DUM/USG										
Peso (kg) / IMC										
Edema										
Pressão arterial (mmHG)										
Altura uterina (cm)										
Apresentação fetal										
BCF / Mov. fetal										
Toque, se indicado										
Exantema (presença ou relato)										

Realizou visita à maternidade — SIM NÃO — Data

Participou de atividades educativas — SIM NÃO — Data — Data — Data

Parto e nascimento

Idade gest. (Semanas)

Início trab. parto: Espontâneo, Induzido

Terminação: Espontânea, Cesárea, Fórceps, Outros

Parto (NÃO SIM)

- Episiotomia
- Laceração
- Dequit. espont.
- Placenta compl.

Medicação no parto

- Anestesia local
- Anestesia reg.
- Anestesia geral
- Analgesia
- Tranq.
- Ocitocina
- Antibiótico
- Outra
- Nenhum

Recém-nascido

Semanas

Sexo	Fem.	Masc.
VDLR	Neg.	Posit.
APGAR	1° min.	5° min.
Reanimação	NÃO	SIM
Ex. físico imediato	Normal	Anormal
Peso	Menor 2.500g	Estatura
Peso/IG	Adequado	Grande / Pequeno
Per. cef.	Idade exam. fís.	Menor de 37

Alta materna

- Sadio
- Transf.
- Com patol.
- Óbito:
- Gravidez
- Parto
- Puerpério

Alta recém-nascido

- Sadio
- Transf.
- Com patol.
- Óbito:
- Fetal
- Intraparto
- Pós-parto
- Dias
- Horas

Patologias R.N.

- Nenhuma
- M. hial.
- Apneias
- Infecção
- S. asp.
- Hemorr.
- Neurol.
- Hiperb.
- A. cong.
- Outra SDR

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

MINISTÉRIO DA SAÚDE — *REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO*

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

UF | CNES da Unidade de Saúde | Nº Protocolo (nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde

Município | Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*

Nome Completo da Mulher*

Nome Completo da Mãe*

Apelido da Mulher

CPF | Nacionalidade

Data de Nascimento* | Idade | Raça/cor: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena/ Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Número | Complemento | Bairro | UF

Código do Município | Município

CEP | DDD | Telefone

Ponto de Referência

Escolaridade: ☐ Analfabeta ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame*
   - ☐ Rastreamento
   - ☐ Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)
   - ☐ Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)

2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?*
   - ☐ Sim. Quando fez o último exame? ano
   - ☐ Não ☐ Não sabe

3. Usa DIU?* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

4. Está grávida?* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

5. Usa pílula anticoncepcional?* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

7. Já fez tratamento por radioterapia?* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

8. Data da última menstruação / regra:* ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ ☐ Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?* (não considerar a primeira relação sexual na vida)
   - ☐ Sim
   - ☐ Não / Não sabe / Não lembra

10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?* (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)
    - ☐ Sim
    - ☐ Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

11. Inspeção do colo*
    - ☐ Normal
    - ☐ Ausente (anomalias congênitas ou retirada cirurgicamente)
    - ☐ Alterado
    - ☐ Colo não visualizado

12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
    - ☐ Sim
    - ☐ Não

NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.

Data da coleta* ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ | Responsável*

nº 415

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório*

Número do Exame*

Nome do Laboratório*

Recebido em:* / /

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR:

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

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:*

- ☐ Escamoso
- ☐ Glandular
- ☐ Metaplásico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*

- ☐ Satisfatória

Insatisfatório para avaliação oncótica devido a:

- ☐ Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
- ☐ Sangue em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Piócitos em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Artefatos de dessecamento em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Outros, especificar _____

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?

☐ Sim ☐ Não

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

- ☐ Inflamação
- ☐ Metaplasia escamosa imatura
- ☐ Reparação
- ☐ Atrofia com inflamação
- ☐ Radiação _____
- ☐ Outros; especificar:

MICROBIOLOGIA

- ☐ Lactobacillus sp
- ☐ Cocos
- ☐ Sugestivo de Chlamydia sp
- ☐ Actinomyces sp
- ☐ Candida sp
- ☐ Trichomonas vaginalis
- ☐ Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes
- ☐ Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)
- ☐ Outros bacilos _____
- ☐ Outros; especificar:

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

Escamosas:
- ☐ Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)
- ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)

Glandulares:
- ☐ Possivelmente não neoplásicas
- ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

De origem indefinida:
- ☐ Possivelmente não neoplásicas
- ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

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

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

- ☐ Adenocarcinoma "in situ"

Adenocarcinoma invasor:
- ☐ Cervical
- ☐ Endometrial
- ☐ Sem outras especificações

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

Observações Gerais: _____

Screening pelo citotécnico:

Responsável*

Data do Resultado*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Utero e da Mama

UF | Código da Unidade de Saúde (CNES)

Unidade de Saúde

Código Município | Município | Prontuário

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe da paciente preenchidos

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS | Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

Nome Completo do(a) paciente

Apelido do(a) paciente

Nome Completo da Mãe

Identidade | Orgão Emissor | UF | CNPF (CPF)

Data de Nascimento / / | Idade | Cor/Raça ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena/ Etnia

Dados Residenciais | Nacionalidade

Logradouro

Número | Complemento

Bairro | UF

Código Município | Município

CEP – | DDD | Telefone –

Ponto de Referência

Escolaridade

☐ Analfabeto ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?

☐ Sim, mama direita
☐ Sim, mama esquerda
☐ Não

2. Apresenta risco elevado* para câncer de mama?

☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

* Risco elevado são:
Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:
- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
- câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;

Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*
Mulheres com história pessoal de câncer de mama

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?

☐ Sim
☐ Nunca foram examinadas anteriormente

4- Fez mamografia alguma vez?

☐ Sim. Quando fez a última mamografia? ☐☐☐☐
☐ Não
☐ Não sabe

1º Semestre de 2011 nº 332

INDICAÇÃO CLÍNICA

5 - Mamografia diagnóstica ☐ mama direita ☐ mama esquerda ☐ ambas

☐ 5a. Achados no exame clínico

Mama direita

☐ Lesão papilar ☐ Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica

Nódulo:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

Mama esquerda

☐ Lesão papilar ☐ Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica

Nódulo:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

☐ 5b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐

☐ 5c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐

☐ 5d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

6 - ☐ Mamografia de rastreamento

Data de solicitação ___/___/_____ Examinador _____

Número do Exame: _____ Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

5 - Mamografia Diagnóstica

5a - Achados no exame clínico
Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supraclavicular)

5b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS®)
Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

5c - Lesão com diagnóstico de câncer
Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento

5d -Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante
Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta

6 - Mamografia de Rastreamento
Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos ou maiores de 35 anos com histórico familiar de câncer de mama. Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama

Localização

QSL - *Quadrante superior lateral*
QIL - *Quadrante inferior lateral*
QSM - *Quadrante superior medial*
QIM - *Quadrante inferior medial*
UQlat - *União dos quadrantes laterais*
UQsup - *União dos quadrantes superiores*
UQint - *União dos quadrantes internos*
UQmed- *União dos quadrantes mediais*
RRA - *Região retroareolar*
RC - *Região central (união de todos os quadrantes)*
PA - *Prolongamento axilar*
NR - *Não realizado*

Itacuruba (PE), 25 de maio de 2026

gov.br
Documento assinado digitalmente
PAULA TALITA DE CARVALHO NOVAES CANTARI
Data: 25/05/2026 13:33:13-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Paula Talita de Carvalho Novaes Cantarelli
Secretária de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA (DFD)

07/2026

ORGÃO: Fundo Municipal de Saúde CNPJ: 11.873.674/0001-17

INTRODUÇÃO
De acordo com o inciso IV do art. 2º do Decreto nº 10.947, de 25 de janeiro de 2022, o Documento de Formalização de Demanda (DFD) é o documento que fundamenta o plano de contratações anual, em que a área requisitante evidencia e detalha a necessidade de contratação

1- INFORMAÇÕES GERAIS

1.1- Previsão para a Conclusão do Processo

Para estabelecer a previsão acerca da conclusão do processo, se faz indispensável levar em consideração, no mínimo dois prováveis cenários:

I – Não havendo interposição de recursos, após declarado vencedor, o processo poderá ser finalizado, a vencedora apta a ter o objeto adjudicado em seu favor, e os autos encaminhados para autoridade competente, deliberar acerca da homologação, oportunidade e conveniência para a contratação. Nesse cenário a conclusão do processo poderá ocorrer entre 08 e 10 dias úteis, após a divulgação do aviso;

– No caso de haver interposição de recursos, após declarado vencedor, considerando o cumprimento dos prazos fixados no inciso I e § 2º do Art. 165 da Lei Federal nº 14.133/2021. O objeto só poderá ser adjudicado e o processo homologado, após o despacho final de julgamento dos recursos. Nesse cenário a conclusão do processo poderá ocorrer entre 17 e 27 dias úteis, após a divulgação do aviso.

1.2- Descrição Sucinta do Objeto

Contratação de empresa especializada na prestação de serviços gráficos para atender às demandas da **Atenção Básica** (UBS Elias Alfredo, UBS João José Florêncio e UBS Aníbal Cantarelli Filho). O fornecimento ocorrerá de forma parcelada, conforme a demanda da Secretaria requisitante, mediante requisição, pelo período de 12 (doze) meses.

Os modelos anexos ao presente Documento de Formalização da Demanda (DFD) possuem caráter meramente referencial e exemplificativo, correspondendo aos modelos atualmente utilizados pela Administração e servindo como parâmetro inicial para a futura contratação, devendo os modelos definitivos ser posteriormente alinhados, ajustados e aprovados pela Secretaria requisitante.

Objeto Trata-se de:
* Serviço Gráfico

1.4- Grau de prioridade da compra ou da contratação

O objeto ora demandado, é indispensável para viabilizar o cumprimento, de demandas institucionais do Poder Executivo local

A contratação é de suma importância para o atendimento à população, pois viabilizam a comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços, além de assegurarem a padronização e a legalidade dos documentos utilizados nas unidades. Materiais como receituários, atestados e encaminhamentos são instrumentos indispensáveis para o registro formal de atendimentos e encaminhamentos clínicos, garantindo rastreabilidade, segurança e conformidade com as normas vigentes.

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

2- JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

2.1. A contratação de serviços gráficos faz-se necessária para a confecção de diversos materiais essenciais ao pleno funcionamento das atividades da Atenção Básica, tais como receituários, encaminhamentos, atestados, folders, cartazes, banners e materiais educativos.

2.2. Esses materiais são de suma importância para o atendimento à população, pois viabilizam a comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços, além de assegurarem a padronização e a legalidade dos documentos utilizados nas unidades. Materiais como receituários, atestados e encaminhamentos são instrumentos indispensáveis para o registro formal de atendimentos e encaminhamentos clínicos, garantindo rastreabilidade, segurança e conformidade com as normas vigentes.

2.3. Os materiais gráficos também são fundamentais para o desenvolvimento de ações de educação em saúde e promoção da saúde, uma vez que folders, cartazes e banners auxiliam na divulgação de campanhas preventivas, orientações e serviços oferecidos à comunidade. Dessa forma, contribuem para o fortalecimento das estratégias de cuidado e comunicação junto à população.

2.4. A aquisição de serviços gráficos, é essencial para o fortalecimento das ações voltadas à Saúde da Mulher na Atenção Básica. Esses materiais têm como objetivo apoiar o trabalho das equipes de saúde, garantindo a padronização dos documentos utilizados nos atendimentos, bem como a ampliação da divulgação de campanhas e orientações sobre prevenção, promoção e cuidados com a saúde feminina.

2.5. Os receituários e formulários impressos são instrumentos indispensáveis para o registro adequado dos atendimentos, assegurando organização, rastreabilidade e conformidade com as normas do Sistema Único de Saúde (SUS). Já os materiais de comunicação visual, como banners e folders, são ferramentas estratégicas de educação em saúde, utilizadas em salas de espera, unidades básicas e eventos, contribuindo para o aumento do acesso à informação e estímulo ao autocuidado.

3- MATERIAIS

3.1. Com base no planejamento desta Secretaria Municipal responsável, chegou-se aos quantitativos a seguir alinhados, tendo presente os modelos e quantidades estimadas para a utilização nas unidades demandantes.

3.2. As quantidades estimadas da futura contratação, constam na tabela abaixo.

3.3. Os produtos deverão serem entregues/fornecidos, mediante requisição formalizada pela secretaria demandante, com a expressa anuência do representante da CONTRATANTE, imediatamente após o recebimento da solicitação nas dependências da CONTRATADA.

3.4. Os modelos similares a serem utilizados encontram-se anexos a este DFD, sendo necessária posterior articulação com a empresa contratada para o adequado alinhamento do modelo.

Lote 1: Atenção Básica

ITEM	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE	VALOR. UNI	VALOR. TOTAL
1	Atestado admicional, 1/0 cor, 150x210mm, papel offsert, BLOCO 100X1(conforme modelo anexo)	BLOCO	72	R$ 12,13	R$ 873,36
2	Cartão do usuário psicotrópico, papel cartão, 14,8x10,5cm fechado ou aproxidamente(conforme modelo anexo)	UNI	800	R$ 0,95	R$ 760,00

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

3	Cartão do usuário hipertenso e diabético, papel cartão, 14,8x10,5cm fechado ou similar(conforme modelo anexo)	UNI	800	R$ 0,90	R$ 720,00
4	Receituário atestado, 1/0 cor, 150x210mm, papel offset, BLOCO COM 100(conforme modelo anexo)	BLOCO	150	R$ 9,00	R$ 1.350,00
5	Receituário controle especial, 1/0 cor, duas vias, 150x210mm, papel offset, BLOCO COM 50 FOLHAS(conforme modelo anexo)	BLOCO	150	R$ 9,00	R$ 1.350,00
6	Receituário médico 1/0 cor, 150/210mm, papel offset, BLOCO COM 100 FOLHAS(conforme modelo anexo)	BLOCO	500	R$ 8,00	R$ 4.000,00
7	Guia de encaminhamento, 1/0 cor, tam:220x320mm, papel offset ou aproximadamente, BLOCO COM 100 FOLHAS(conforme modelo anexo)	BLOCO	500	R$ 12,00	R$ 6.000,00
8	Requisição de exames 1/0 cor, tam:220x320mm, papel offset, BLOCO COM 100 FOLHAS(conforme modelo anexo)	BLOCO	500	R$ 13,23	R$ 6.615,00
9	Panfletos (diversos) 150x210 MM só frente - 4/0 cores, papel couche brilho 115G (vários modelos distintos)(conforme modelo anexo)	UNI	2200	R$ 0,29	R$ 638,00
10	Laudo para teste rápido 1/0 cor, 220x320 mm, 100x1 vias, papel offset, BLOCO COM 100 FOLHAS(conforme modelo anexo)	BLOCO	400	R$ 22,13	R$ 8.852,00
11	Banner 120x80cm acabamento com madeiras, ponteiras e cordão-lona front 440g impressa digital.(conforme modelo anexo)	UNI	40	R$ 86,00	R$ 3.440,00
12	Ficha de Cadastro domiciliar, tam; 220x320, papel offsert, Bloco com 100(conforme modelo anexo)	BLOCO	100	R$ 17,59	R$ 1.759,00
13	Solicitação de mamografia, tam:220x320mm, papel offset, BLOCO COM 100 FOLHAS(conforme modelo anexo)	BLOCO	40	R$ 17,59	R$ 703,60
14	Ficha de cadastro individual, tam; 220x320 mm, 100x1 vias, papel offset, BLOCO COM 100 FOLHAS(conforme modelo anexo)	BLOCO	100	R$ 16,90	R$ 1.690,00
15	Cartão Para Gestante - Tamanho Aproximado De 215Mm X 315Mm, 2X2 Cor, Confeccionado Em Papel Offset, Com Gramatura De 180G/M2. Impresso Em Frente E Verso(conforme modelo anexo)	UNI	200	R$ 3,50	R$ 700,00
16	Cartão de planejamento Familliar 14,8x10,5 fechado ou similar(conforme modelo anexo)	UNI	4000	R$ 0,94	R$ 3.760,00
17	Requisição de TFD, F&V 1/1 cor, 210x297 mm, papel offset, BLOCO COM 100 FOLHAS.(conforme modelo anexo)	BLOCO	400	R$ 23,44	R$ 9.376,00
				TOTAL:	**R$ 52.586,96**

4- VIGÊNCIA E PRORROGAÇÃO

4.1. Vigência de 12 meses, podendo ser prorrogada mediante solicitação da Secretaria de Saúde.

5- DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO

5.1. Considerando as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, especialmente no âmbito da Atenção Básica, bem como a demanda contínua por materiais impressos indispensáveis ao desenvolvimento das ações, campanhas, programas e atividades administrativas e assistenciais, conclui-se que a contratação de empresa especializada na prestação de serviços gráficos constitui a solução mais vantajosa, adequada e disponível no mercado. A contratação visa assegurar o fornecimento de impressos com qualidade, dentro dos padrões técnicos exigidos e em quantidade suficiente para atender às necessidades da rede municipal de saúde, observando os princípios da eficiência, economicidade, continuidade dos serviços públicos e interesse público.

5.2. Salienta-se que esta solução tem sido utilizada no último pleito e tem se mostrado mais eficiente e eficaz no atendimento das necessidades, sendo passível de análise quando se utilizar de outra

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

solução mais vantajosa a Administração Pública no mercado.

5.3. Optou-se pela realização da contratação por meio de procedimento licitatório convencional, considerando a definição prévia dos quantitativos necessários, garantindo adequada gestão financeira, administrativa e orçamentária, com observância aos princípios da eficiência e da economicidade.

5.4. Acredita-se, ainda, que este modelo, torna o processo mais enxuto e reduz desperdícios de tempo e informação, facilitando a gestão contratual e o gerenciamento de riscos, com redução de procedimentos administrativos, além de se reduzir custos financeiros, bem como, viabilizar o critério de economicidade e sustentabilidade para a Administração.

5.5.Visa proporcionar maior segurança ao município.

5.6. Tal solução é a única que existe, pois tais insumos são imprescindíveis e inerentes ao bom andamento do município e a Secretaria de Saúde não possui outra maneira de adquiri-los que não seja por meio de licitação e compra.

6- REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

6.1. O licitante deve proporcionar a entrega, visando atender as necessidades administrativas do setor, condições, quantidades, exigências e estimativas a serem estabelecidas neste instrumento.

6.2 O objeto desta licitação refere-se a uma estimativa de utilização dos produtos, a serem aplicadas durante 12 (doze) meses contados a partir da assinatura do contrato, em conformidade com o disposto na Lei 14.133/21, assim, não poderão ser executados em uma única parcela, devendo haver execuções parciais, de forma a atender as quantidades estipuladas nos pedidos parciais/requisições emitidas pelo Órgão solicitante.

6.2.1 O prazo de vigência do contrato é de 01 (um) ano contados da assinatura, prorrogáveis por igual período, conforme necessidade.

6.2.2. A licitante vencedora deverá fornecer o objeto em estrita conformidade com disposições e especificações do edital da licitação, de acordo com o Termo de Referência e à proposta de preços apresentada.

6.2.3. Para o fornecimento dos produtos, o Contrato deverá estar devidamente assinado e publicado, nos termos legais, será celebrado o Contrato ou Nota de Empenho ou ainda Autorização de Fornecimento específico a critério da Administração.

6.2.4. A Aquisição do **serviço gráfico**, será de forma parcelada. Na medida da necessidade, a Secretaria Municipal de Saúde, através de servidores previamente autorizados, através dos meios de controle atualmente fixados pelo Município, mediante requisição.

6.2.5. O prazo de fornecimento do material deverá ser de 5 (dez) dias úteis.

6.2.6. Os produtos deverão estar de acordo com as exigências do Código de Defesa do Consumidor, Ministério da Saúde/ANVISA e ANS, especialmente no tocante aos vícios de qualidade ou quantidade que os tornem impróprios ou inadequados ao uso a que se destinam ou lhes diminuam o valor, conforme diploma legal.

6.2.7. A CONTRATADA deverá acatar a fiscalização do objeto contratado, realizada pelo fiscal do contrato que poderá a qualquer momento solicitar o teste de qualidade, que deverá ter suas

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

solicitações atendidas imediatamente;

6.2.8. A responsabilidade pelo recebimento dos produtos solicitados ficará a cargo do servidor responsável, designado pela Administração Municipal, que deverá proceder à avaliação de desempenho e atesto da nota fiscal.

6.2.9. Verificada alguma falha no fornecimento, a Contratada obriga-se a reparar, corrigir, remover, reconstruir, ou substituir, os produtos entregues e não aceitos pelo Contratante, em função da existência de irregularidades, incorreções, no prazo IMEDIATO, contados da notificação que lhe for entregue oficialmente, sem ônus adicional para a Contratante, sem o que será convocada a segunda classificada, sem prejuízo da aplicação das sanções previstas nos artigos 155 e 156 da Lei 14.133/21 e artigos 20 e 56 a 80 do Código de Defesa do Consumidor.

7- ESTIMATIVA DO VALOR E JUSTIFICATIVA DO PREÇO

7.1. A melhor situação é, sem dúvidas, ter fornecimento de empresas que comprovadamente possuam aptidão, competência e capacidade técnica para o desempenho das atividades que sejam pertinentes em características, quantidades e prazos com o objeto em questão. Dessa forma, o levantamento de mercado foi realizado por meio de resultados de pesquisa de fornecedores que constam no Banco de Preços (http://www.bancodeprecos.com.br), utilizando a MÉDIA como metodologia aplicada para chegar ao valor de referência.

7.2. Para a elaboração da pesquisa de preços, recorreu-se à consulta ao Banco de Preços, onde foi possível a obtenção do preço estimado, a média, a mediana e o menor dos valores obtidos na pesquisa de preços, uma vez que o cálculo incidiu sobre um conjunto de três ou mais preços, oriundos de um ou mais dos parâmetros, desconsiderados os valores inexequíveis, inconsistentes e os excessivamente elevados, conforme planilha em anexo.

7.3. Com base no Relatório de Cotação que será acostado ao processo e na metodologia aplicada, apurou-se o valor de R$ 52.586,96 (Cinquenta e dois mil, quinhentos e oitenta e seis reais e noventa e seis centavos) para **Atenção Básica**, referente à aquisição de **serviços gráficos**.

7.2. A pesquisa no banco de preços proporciona obtenção de valores de referência confiáveis e atualizados resultando emn preço justo e adequado para a contratação de bens e serviços

8- INDICAÇÃO DO LOCAL DE ENTREGA/FONECIMENTO

8.1. O local de entrega de referência é a Secretaria Municipal de Saúde de Itacuruba-PE, localizado na Rua Sargento José Herminio dos Santos, n° 71, centro de Itacuruba-PE, CEP 56.430.000.

9- CONTRATAÇÃO CORRELATA E/OU INTERDEPENDENTE

9.1. Não se faz necessária a realização de contratações correlatas e/ou interdependentes para a viabilidade e contratação desta demanda.

10- DESCRIÇÃO DE POSSÍVEL IMPACTO AMBIENTAL

10.1. Deverá ser recomendado ao licitante vencedor, conforme previsão neste instrumento, que a contratada deverá adotar práticas de sustentabilidade na execução do contrato, conforme orientações do art. 6° da IN n°01/2010 (Compras Sustentáveis).

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, n° 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

10.2. Os fornecedores deverão atender no que couber os critérios de sustentabilidade ambiental previstos na legislação vigente.

11. IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA REQUISITANTE E RESPONSÁVEIS	
Setor Requisitante (Unidade/Setor/D Secretaria Municipal de Saúde	
Responsável pela Demanda Paula Talita de Carvalho Novaes Cantarelli	**Matrícula** 000782
E-mail: secretariadesaudeitacuruba@gmail.com	Telefone: (81) 99964-0500
Fiscal Técnico, titular e substituto: Titular: Hortência Inayran Pereira Pajeú CPF nº 085.305.934-99 Substituto: Eliane Alzira de Manezes Novaes Barros CPF nº 717.835.204-34	 Telefone: (87) 99881-8309 E-mail: itaatencaobasica@gmail.com Telefone: (87) 99901-2997 E-mail: eliane_alzira1@outlook.com
Gestor do Contrato: Paula Talita de Carvalho Novaes Cantarelli	CPF nº 047.677.184-65

12. Créditos Orçamentários	
LOTE 1: **Atenção Básica**	
Unidade gestora:	**3 - Fundo Municipal de Saúde de Itacuruba**
Órgão orçamentário:	**17000 - SECRETARIA DE SAÚDE**
Unidade orçamentária:	**17708 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMI**
Função:	**10 - Saúde**
Subfunção:	**301 - Atenção Básica**
Programa:	**3013 - ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA POPULAÇÃO**
Ação:	**4.7300 - MANUTENÇÃO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**
Despesa 257	3.3.90.39.00 Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica Fonte de recurso: 106 - MSC - 1.500.1002 15% de Impostos e Transferência para a Saúde (Destinação: 1.500.1002 - Identificação das despesas com ações e serviços públicos de Despesa LDO: 232 Despesa PPA: 260
Despesa 258	3.3.90.39.00 Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica Fonte de recurso: 108 - MSC - 1.600.0000 Recursos do SUS do Bloco de Manutenção das Aç Destinação: 1.600.0000 - Sem Marcador Definido Despesa LDO: 232 Despesa PPA: 260

Itacuruba (PE), 26 de maio de 2026

Paula Talita de Carvalho Novaes Cantarelli
Secretária de Saúde

ITACURUBA
PREFEITURA MUNICIPAL

ITACURUBA
PREFEITURA MUNICIPAL

Secretaria Municipal de
SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACURUBA

ATESTADO

Atesto para os devidos fins de direito e a quem possa interessar, que o (a) Sr. (a)_____, portador (a) do RG nº _____ compareceu nesta unidade de saúde, das _____ás_____ horas realizando consulta médica e/ou

( ) Exames complementares

( ) Necessitando ficar afastado do trabalho do dia

___/___/___até ___/___/___

CID:_____

_____

Médico

Itacuruba, ____de_____de _____

ITACURUBA
PREFEITURA MUNICIPAL

Secretaria Municipal de
SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACURUBA

ATESTADO

Atesto para os devidos fins de direito e a quem possa interessar, que o (a) Sr. (a)_____, portador (a) do RG nº _____ compareceu nesta unidade de saúde, das _____ás_____ horas realizando consulta médica e/ou

( ) Exames complementares

( ) Necessitando ficar afastado do trabalho do dia

___/___/___até ___/___/___

CID:_____

_____

Médico

Itacuruba, ____de_____de _____

ITACURUBA
PREFEITURA MUNICIPAL

ANEXOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: _____

Nome: _____ Registro N°: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____

Data: ___/___/____ _____ Profissional

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: _____

Nome: _____ Registro N°: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____

Data: ___/___/____ _____ Profissional

ITACURUBA
PREFEITURA MUNICIPAL

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Requisição de exames

Secretaria Municipal de SAÚDE

Unidade de Saúde:_____

Nome:_____ Registro N°:_____

Clínica:_____ Urgente ☐

BIOQUÍMCA

- ☐ Ácido Úrico
- ☐ Amilase
- ☐ Albumina
- ☐ Bilirrubina Total
- ☐ Bilirrubina Direta
- ☐ Cálcio
- ☐ Colesterol Total
- ☐ Colesterol HDL
- ☐ Colesterol LDL
- ☐ Clearance de Creatinina
- ☐ Creatinina
- ☐ CPK
- ☐ CKMB
- ☐ Curva Glicêmica
- ☐ Desidrogenase Láctica
- ☐ Ferro Sérico
- ☐ Fosfatase Alcalina
- ☐ Fósforo
- ☐ Gama GT
- ☐ Glicose
- ☐ TGO
- ☐ TGP
- ☐ PCR
- ☐ Proteína Total
- ☐ Sódio
- ☐ Potássio
- ☐ Magnésio
- ☐ Triglicerídeos e Ureia

EXAMES IMUNOLÓGICOS

- ☐ Proteína C Reativa – PCR
- ☐ Anti-estreptolisina O – ASO
- ☐ Fator Reumatoide
- ☐ Látex
- ☐ Classificação ABO/RH
- ☐ VDRL

- ☐ Troponina
- ☐ Beta HCG
- ☐ Toxoplasmose IgG / IgM
- ☐ Rubéola IgG / IgM
- ☐ Citomegalovírus IgG / IgM
- ☐ HIV 1 & 2
- ☐ Hepatite B – HBsAg
- ☐ Hepatite C – HCV

EXAMES DE COAGULAÇÃO

- ☐ Tempo de Protrombina – TP
- ☐ Teste de Tromboplastina Parcial Ativada – TTPa
- ☐ Coagulograma I e II

EXAMES PARASITOLÓGICOS

- ☐ Pesquisa de Sangue Oculto
- ☐ Pesquisa de Trofozoítos
- ☐ Exame Parasitológico das Fezes

EXAMES DE URINÁLISE

- ☐ EAS – Elementos e Sedimentoscopia

EXAMES HEMATOLÓGICOS

- ☐ Hemograma com plaquetas
- ☐ VSH
- ☐ Coombs Direto
- ☐ Coombs Indireto
- ☐ Hemoglobina Glicada

Data:___/___/____

_____

Profissional- CRM

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

ITACURUBA
PREFEITURA MUNICIPAL

Secretaria Municipal de
SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACURUBA

ATESTADO

Atesto para os devidos fins de direito e a quem possa interessar, que o (a) Sr. (a)_____, portador (a) do RG nº _____e CPF nº _____, encontra-se em perfeito estado de saúde, físico e mental, o (a) mesmo (a) está _____ para exercer suas atividades profissionais.

_____

Médico

Itacuruba, ____de_____ de

ITACURUBA
PREFEITURA MUNICIPAL

Secretaria Municipal de
SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACURUBA

ATESTADO

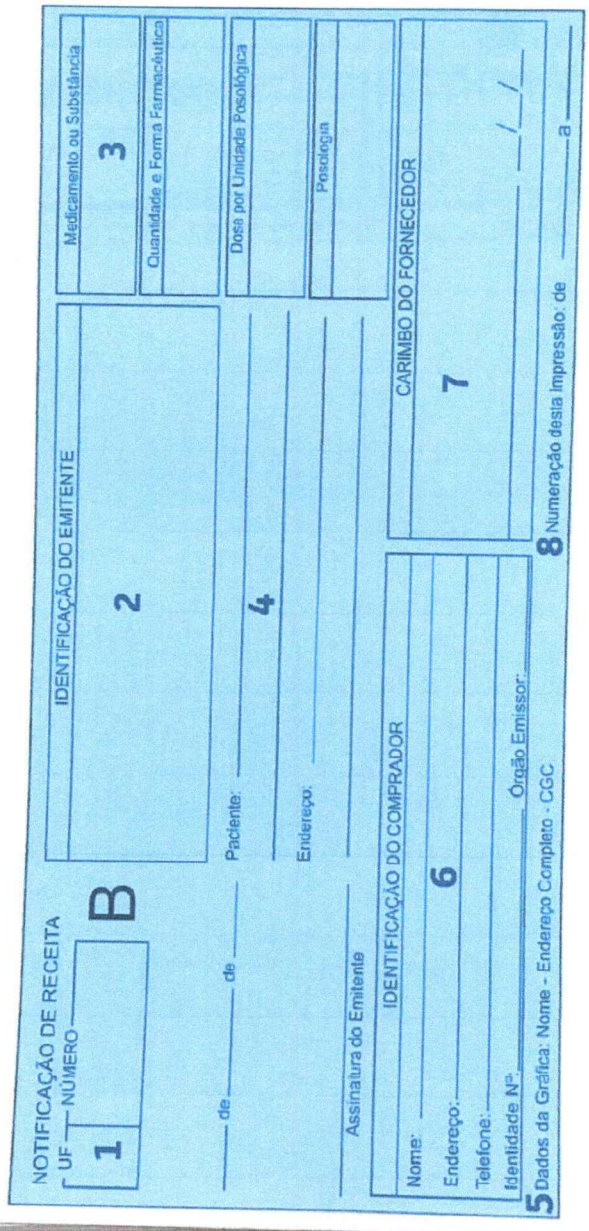
Atesto para os devidos fins de direito e a quem possa interessar, que o (a) Sr. (a)_____, portador (a) do RG nº _____e CPF nº _____, encontra-se em perfeito estado de saúde, físico e mental, o (a) mesmo (a) está _____ para exercer suas atividades profissionais.

_____

Médico

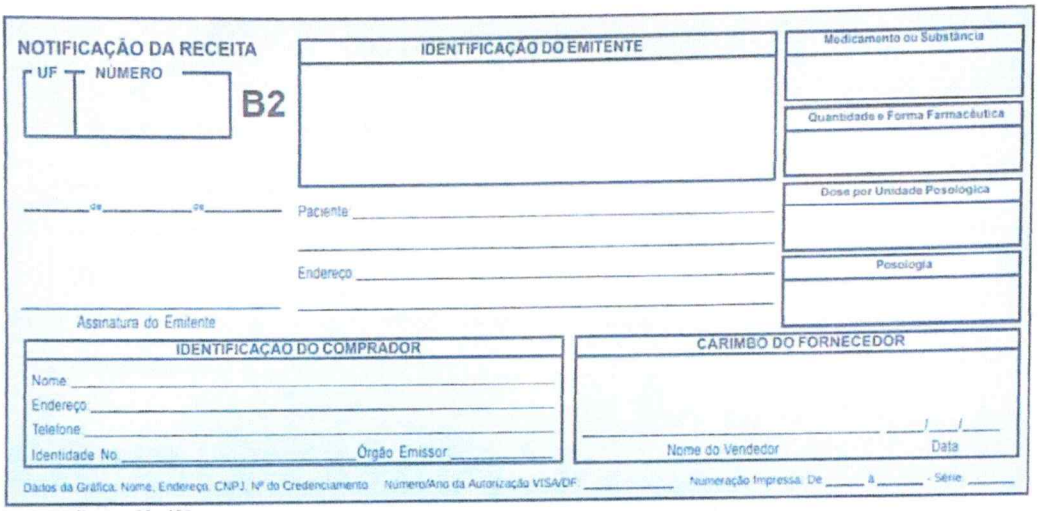
Itacuruba, ____de_____ de

ITACURUBA
PREFEITURA MUNICIPAL


NOTIFICAÇÃO DE RECEITA
UF
NÚMERO
1
B
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
2
Medicamento ou Substância
3
Quantidade e Forma Farmacêutica
Dose por Unidade Posológica
Posologia
de
de
Paciente:
4
Endereço:
Assinatura do Emitente
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome:
Endereço:
Telefone:
Identidade Nº.
Órgão Emissor:
6
CARIMBO DO FORNECEDOR
7
__/__/__
5 Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC
8 Numeração desta Impressão: de
a

ANEXO XVII

MODELO DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA "B2"



Formato 85 x 180 mm

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SISTEMA NACIONAL DE CONTROLE DE RECEITUÁRIOS

Comprovante para entrega

Informações da Numeração

Início da Numeração:	**2601 . 3 - 26 . 0003651**
Fim da Numeração:	**2601 . 3 - 26 . 0004150**
Data de Criação:	29/01/2026, 08:26:30 (BRT)
Tipo de Receituário:	NR003 - Notificação de Receita B2 (NRB2)
Quantidade de Nº:	500

Usuário

Nome do Usuário:	Flávio Beserra de Queiroz
Identificação:	CPF: 043.***.***-85

Flávio Beserra de Queiroz
Fiscal de Vigilância Sanitária
APEVISA - XI GERES
Mat. 4007506X1

Instituição

Nome da Instituição:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE ITACURUBA
Identificação:	CNPJ: 11.***.***/000117

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária
APEVISA

GOVERNO PERNAMBUCO

SOLICITAÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

DADOS DO PROFISSIONAL LIBERAL OU RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome	Conselho Reg.	Nº Regist.:	CPF:
LUCIANO TAVARES DE CARVALHO	CRF	02784	02350630455

Endereço:	Nº:	Complemento:
RUA DERINALDO BARROS	226	

Bairro:	Cidade:	CEP:	Fone:	Especialidade:
PRADO	SALGUEIRO	56.000-000	87 991948974	BIOQUIMICO

DADOS DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE (Quando o requisitante for um serviço de saúde)

Razão Social: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ITACURUBA-PE

Endereço:	Nº:	Complemento:
RUA ALVARO MAGALHAES DE ARAUJO	S/N	

Bairro:	Cidade:	CEP:	Fone:	CNPJ:
CENTRO	ITACURUBA	56.431-009		11.873.674/0001-17

NOTIFICAÇÕES REQUISITADAS

[X]	Notificação de Receita Tipo "A":	_____	Talão(ões)
[ ]	Notificação de Receita Tipo "B":	_____	Notificações
[X]	Notificação de Receita Tipo "B2":	500	Notificações
[ ]	Notificação de Receita Especial: Retinoides:	_____	Notificações
[ ]	Notificação de Receita Especial: Talidomida:	_____	Notificações

AUTORIZAÇÃO PARA RECEBIMENTO

Pelo presente, autorizo a pessoa abaixo identificada a receber a Requisição de Notificação de Receita fornecida pela Vigilância Sanitária.

Nome:	RG:	Data Emissão:
JOSÉ FREIRE SOARES NETO	8628345	21/02/2024

Endereço:	Nº:	Complemento:
ALDEIA PANKARÁ	S/N	

Bairro:	Cidade:	CEP:	Fone:
	ITACURUBA-PE	56430-000	

DATA E ASSINATURA

ITACURUBA,19/01/25
Local e data

Dr. Luciano Tavares de Carvalho
Farmacêutico Bioquímico
CRF: 2784
Assinatura e carimbo com CRF do Profissional

RECEBIMENTO DA REQUISIÇÃO

Recebi da Vigilância Sanitária a **Requisição de Notificação de Receita** nº

Flávio Beserra de Queiroz
Fiscal de Vigilância Sanitária
APEVISA - XI GERES
Mat. 4007506/1

Serra Talhada - PE 29/01/26
Local e data

Assinatura

SECRETARIA DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACURUBA
UNIDADE MISTA DR. MANOEL NOVAES

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	1ª VIA - FARMÁCIA 2ª VIA - PACIENTE

Paciente:
Endereço:
Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: Ident.: Org.: Emissor: End.: Cidade: UF: Telefone:	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO Data:

SECRETARIA DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACURUBA
UNIDADE MISTA DR. MANOEL NOVAES

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	1ª VIA - FARMÁCIA 2ª VIA - PACIENTE

Paciente:
Endereço:
Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: Ident.: Org.: Emissor: End.: Cidade: UF: Telefone:	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO Data:

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

ITACURUBA
PREFEITURA MUNICIPAL

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO PRIMÁRIA

CADASTRO INDIVIDUAL

DIGITADO POR: | DATA: / /
CONFERIDO POR: | FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL* | CBO* | CNES* | INE* | DATA* / /

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS OU CPF DO CIDADÃO* (CNS / CPF)
CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? ○ Sim ○ Não
CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR (CNS / CPF)
MICROÁREA* ☐ FA

NOME COMPLETO:*
NOME SOCIAL: | DATA DE NASCIMENTO:* / / | SEXO:* Ⓕ Ⓜ
RAÇA/COR:* ○ Branca ○ Preta ○ Parda ○ Amarela ○ Indígena | Etnia:** | Nº NIS (PIS/PASEP)
NOME COMPLETO DA MÃE:* ☐ Desconhecido
NOME COMPLETO DO PAI:* ☐ Desconhecido
NACIONALIDADE:* ○ Brasileira ○ Naturalizado ○ Estrangeiro | PAÍS DE NASCIMENTO:** | DATA DE NATURALIZAÇÃO:** / /
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:** | MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**
DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** / / | TELEFONE CELULAR: ( ) | E-MAIL:

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR
○ Cônjuge/Companheiro(a) ○ Filho(a) ○ Enteado(a) ○ Neto(a)/Bisneto(a)
○ Pai/Mãe ○ Sogro(a) ○ Irmão/Irmã ○ Genro/Nora ○ Outro parente ○ Não parente

OCUPAÇÃO

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* ○ Sim ○ Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?
○ Creche
○ Pré-escola (exceto CA)
○ Classe de Alfabetização - CA
○ Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries
○ Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries
○ Ensino Fundamental Completo
○ Ensino Fundamental Especial
○ Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)
○ Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)
○ Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)
○ Ensino Médio Especial
○ Ensino Médio EJA (Supletivo)
○ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
○ Alfabetização para Adultos (Mobral etc.)
○ Nenhum

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO
○ Empregador
○ Assalariado com carteira de trabalho
○ Assalariado sem carteira de trabalho
○ Autônomo com previdência social
○ Autônomo sem previdência social
○ Aposentado/Pensionista
○ Desempregado
○ Não trabalha
○ Servidor público/militar
○ Outro

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? ☐ Adulto Responsável ☐ Outra(s) Criança(s) ☐ Adolescente ☐ Sozinha ☐ Creche ☐ Outro

FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? ○ Sim ○ Não | PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? ○ Sim ○ Não | POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? ○ Sim ○ Não

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL OU CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS? ○ Sim ○ Não | SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?* ○ Sim ○ Não
SE SIM, QUAL?** ○ Heterossexual ○ Gay ○ Lésbica ○ Bissexual ○ Assexual ○ Pansexual ○ Outro

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?* ○ Sim ○ Não
SE SIM, QUAL?** ○ Homem cisgênero ○ Mulher cisgênero ○ Homem transgênero ○ Mulher transgênero ○ Travesti ○ Não-Binário ○ Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?* ○ Sim ○ Não
SE SIM, QUAL(IS)? ☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva ☐ Visual ☐ Física ☐ Outra

INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS - TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA)

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES QUE VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA? ○ Sim ○ Não

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ COMEU APENAS ALGUNS ALIMENTOS QUE AINDA TINHA, PORQUE O DINHEIRO ACABOU? ○ Sim ○ Não

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

○ Mudança de território ○ Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE: Data do óbito:** / / Número da D.O.

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, ______________________, portador(a) 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 o não atendimento na unidade de saúde.

____
Assinatura

1/2 CI/e-SUS AB v.5.2

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

ESTÁ GESTANTE? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?
◯ Abaixo do Peso ◯ Peso Adequado ◯ Acima do Peso

ESTÁ FUMANTE? ◯ Sim ◯ Não

FAZ USO DE ÁLCOOL? ◯ Sim ◯ Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? ◯ Sim ◯ Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? ◯ Sim ◯ Não

TEM DIABETES? ◯ Sim ◯ Não

TEVE AVC/DERRAME? ◯ Sim ◯ Não

TEVE INFARTO? ◯ Sim ◯ Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS) **
☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outra ☐ Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS) **
☐ Insuficiência Renal ☐ Outro ☐ Não Sabe

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS) **
☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outra ☐ Não Sabe

ESTÁ COM HANSENÍASE? ◯ Sim ◯ Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE? ◯ Sim ◯ Não

TEM OU TEVE CÂNCER? ◯ Sim ◯ Não

TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, POR QUAL CAUSA?

TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? ◯ Sim ◯ Não

ESTÁ ACAMADO? ◯ Sim ◯ Não

ESTÁ DOMICILIADO? ◯ Sim ◯ Não

USA PLANTAS MEDICINAIS? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? ◯ Sim ◯ Não

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL? 2 - QUAL? 3 - QUAL?

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* ◯ Sim ◯ Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?
◯ < 6 meses ◯ 6 a 12 meses ◯ 1 a 5 anos ◯ > 5 anos

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ◯ Sim ◯ Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? ◯ Sim ◯ Não

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?
◯ 1 vez ◯ 2 ou 3 vezes ◯ mais de 3 vezes

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?
☐ Restaurante Popular ☐ Doação Restaurante ☐ Outras
☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação de Popular

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS) **
☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ Outras

Legenda: ☐ Opção multipla de escolha ◯ Opção única de escolha **(marcar X na opção desejada)**
Microárea: usar **01** a **99** para o número da microárea.
FA: Fora de Área
***Campo obrigatório**
****Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior**

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO PRIMÁRIA

FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA:*
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_	|_|_|_|_|-|_|_|	|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /

TURNO:* (M)(T)(N) PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: ☐ Educação ☐ Saúde		CNS DO PROFISSIONAL	CBO***
LOCAL DE ATIVIDADE		|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_	|_|_|_|_|-|_|_|
Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)***	CNES	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_	|_|_|_|_|-|_|_|
|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_	|_|_|_|_|-|_|_|
OUTRA LOCALIDADE:		|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_	|_|_|_|_|-|_|_|
Nº DE PARTICIPANTES*	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_	|_|_|_|_|-|_|_|
|_|_|_|	|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_	|_|_|_|_|-|_|_|

ATIVIDADE (opção única)*	
01	Reunião de equipe
02	Reunião com outras equipes de saúde
03	Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social

TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***	
01	Questões administrativas/Funcionamento
02	Processos de trabalho
03	Diagnóstico do território/Monitoramento do território
04	Planejamento/Monitoramento das ações da equipe
05	Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular
06	Educação Permanente
07	Outros

ATIVIDADE (opção única)*	
04	Educação em saúde
05	Atendimento em grupo
06	Avaliação/Procedimento coletivo
07	Mobilização social

PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)		TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)		PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)	
01	Comunidade em geral	01	Ações de combate ao *Aedes aegypti*	01	Antropometria
02	Criança 0 a 3 anos	02	Agravos negligenciados	02	Aplicação tópica de fluor
03	Criança 4 a 5 anos	03	Alimentação saudável	03	Desenvolvimento da linguagem
04	Criança 6 a 11 anos	04	Autocuidado de pessoas com doenças crônicas	04	Escovação dental supervisionada
05	Adolescente	05	Cidadania e direitos humanos	05	Práticas corporais e atividade física
06	Mulher	06	Dependência química/tabaco/álcool/ outras drogas	06	PNCT Sessão 1
07	Gestante	07	Envelhecimento/climatério/ andropausa/etc	07	PNCT Sessão 2
08	Homem	08	Plantas medicinais/fitoterapia	08	PNCT Sessão 3
09	Familiares	09	Prevenção da violência e promoção da cultura da paz	09	PNCT Sessão 4
10	Idoso	10	Saúde ambiental	10	Saúde auditiva
11	Pessoas com doenças crônicas	11	Saúde bucal	11	Saúde ocular
12	Usuário de tabaco	12	Saúde do trabalhador	12	Verificação da situação vacinal
13	Usuário de álcool	13	Saúde mental	13	Outras
14	Usuário de outras drogas	14	Saúde sexual e reprodutiva	14	Outro procedimento coletivo Código do SIGTAP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
15	Pessoas com sofrimento ou transtorno mental	15	Semana saúde na escola		
16	Profissional de educação	16	Outros		
17	Outros				

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

Nº	CNS DO CIDADÃO*** (ou CPF)	DATA DE NASCIMENTO**	SEXO**	AVALIAÇÃO ALTERADA	Obrigatório somente para antropometria: PESO (kg)	ALTURA (cm)	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO: Cessou o hábito de fumar	Abandonou o grupo
1		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
2		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
3		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
4		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
5		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
6		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
7		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
8		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
9		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
10		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
11		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
12		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
13		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
14		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
15		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
16		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
17		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
18		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
19		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
20		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
21		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
22		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
23		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
24		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
25		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
26		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
27		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
28		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
29		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
30		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
31		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
32		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
33		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
34		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐
35		/ /	(F) (M)	☐			☐	☐

Legenda: ☐ Opção multipla de escolha ○ Opção unica de escolha **(marcar X na opção desejada)**
***Campo obrigatório**
****Campo obrigatório ao informar lista de participantes**
*****Campo com obrigatoriedade condicionada**

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO PRIMÁRIA

CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR:	DATA:
CONFERIDO:	FOLHA:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
				/ /

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA

CEP*:	MUNICÍPIO*:	UF*:
BAIRRO*:	TIPO DE LOGRADOURO*:	NOME DO LOGRADOURO*:
NÚMERO*: ◯ SEM NÚMERO	COMPLEMENTO	PTO. REFERÊNCIA: / MICROÁREA* ☐☐ ☐FA

TIPO DE IMÓVEL*

TELEFONES PARA CONTATO

TEL. RESIDÊNCIA ( ) | TEL. CONTATO ( )

CONDIÇÕES DE MORADIA

SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*

◯ Próprio ◯ Financiado ◯ Alugado ◯ Arrendado ◯ Cedido ◯ Ocupação ◯ Situação de Rua ◯ Outra

LOCALIZAÇÃO*

◯ Urbana ◯ Rural

TIPO DE DOMICÍLIO

◯ Casa ◯ Apartamento ◯ Cômodo ◯ Outro

Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____

EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra

◯ Proprietário ◯ Parceiro(a)/Meeiro(a) ◯ Assentado(a) ◯ Posseiro ◯ Arrendatário(a) ◯ Comodatário(a) ◯ Beneficiário(a) do Banco da Terra ◯ Não se aplica

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO

◯ Pavimento ◯ Chão Batido ◯ Fluvial ◯ Outro

Disponibilidade de Energia Elétrica? ◯ Sim ◯ Não

MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO

Alvenaria/Tijolo:	Taipa:	Outros:
◯ Com Revestimento	◯ Com Revestimento	◯ Madeira Aparelhada ◯ Palha
◯ Sem Revestimento	◯ Sem Revestimento	◯ Material Aproveitado ◯ Outro Material

ABASTECIMENTO DE ÁGUA

◯ Rede Encanada até o Domicílio ◯ Poço/Nascente no Domicílio ◯ Cisterna ◯ Carro Pipa ◯ Outro

ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO

◯ Filtrada ◯ Fervida ◯ Clorada ◯ Mineral ◯ Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO

◯ Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial ◯ Fossa Séptica ◯ Fossa Rudimentar ◯ Direto para um Rio, Lago ou Mar ◯ Céu Aberto ◯ Outra Forma

DESTINO DO LIXO

◯ Coletado ◯ Queimado/Enterrado ◯ Céu Aberto ◯ Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?

◯ Sim ◯ Não

QUAL(IS)? ☐ Gato ☐ Cachorro ☐ Pássaro ☐ Outros

Quantos: _____

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL** (CPF / CNS)	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
		/ /	ⓝⓘ①②③④+			☐
		/ /	ⓝⓘ①②③④+			☐
		/ /	ⓝⓘ①②③④+			☐
		/ /	ⓝⓘ①②③④+			☐

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

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

_____
Assinatura

1/2

CDS e-SUS AB v 3.2

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA:

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

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME:	CNS DO RESPONSÁVEL:
CARGO NA INSTITUIÇÃO:	TEL. CONTATO:

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

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

_____
Assinatura

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

Microárea: usar **01** a **99** para o número da microárea.

FA: Fora de Área

Tipo de Imóvel: 01 Domicílio, 02 Comércio, 03 Terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

*Campo obrigatório

**Campo com obrigatoriedade condicional

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

ITACURUBA
PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
JOÃO JOSÉ FLORÊNCIO

PRONTUÁRIO:_____Data:___/___/___ Hora:_____CPF:_____

Nome:_____

Data de Nascimento: ___/___/___Sexo:_____Idade:_____Telefone:_____

Filiação:_____

_____

Endereço:_____

SUS: _____Raça/Cor:_____Etnia:_____

ATENDIMENTO

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

ITACURUBA
PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
ELIAS ALFEDRO DOS SANTOS

PRONTUÁRIO:_____Data:___/___/___ Hora:_____CPF:_____

Nome:_____

Data de Nascimento: ___/___/___Sexo:_____Idade:_____Telefone:_____

Filiação:_____

_____

Endereço:_____

SUS: _____Raça/Cor:_____Etnia:_____

ATENDIMENTO

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

ITACURUBA
PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
ANIBAL CANTARELLI

PRONTUÁRIO:_____Data:___/___/___ Hora:_____CPF:_____

Nome:_____

Data de Nascimento: ___/___/___Sexo:_____Idade:_____Telefone:_____

Filiação:_____

_____

Endereço:_____

SUS: _____Raça/Cor:_____Etnia:_____

ATENDIMENTO

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ITACURUBA - PE

ANEXO 01

NÚMERO

REQUISIÇÃO DE TFD

ORIGEM

PREFEITURA MUNICIPAL DE:

SECRETARIA MUNICIPAL / ESTADUAL DE: | CÓDIGO

PACIENTE

NOME: | REGISTRO | IDADE / DATA NASC.

ENDEREÇO: | DOCUMENTO DE IDENTIDADE

RESPONSÁVEL / ACOMPANHANTE: | DOCUMENTO DE IDENTIDADE

ENDEREÇO:

UNIDADE REQUISITANTE

NOME: | CÓDIGO SIA / SUS

LAUDO MÉDICO

DESTACAR ASSISTÊNCIA PRESTADA, RESULTADOS DE EXAMES, PATOLOGIA, MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

HÁ NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE

☐ SIM

☐ NÃO

CIDADE/OU UNIDADE DE REFERÊNCIA MAIS PRÓXIMA COM RECURSO DISPONÍVEL

SOLICITADO ATENDIMENTO POR FALTA NO LOCAL DE CONDIÇÕES TÉCNICAS / MATERIAIS

____/____/____
DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

DE ACORDO

☐ SIM

☐ NÃO

SECRETARIA MUNICIPAL / ESTADUAL DE SAÚDE

USO RESTRITO AO ESTADO DE PERNAMBUCO / 02 VIAS

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hérmínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

REFERÊNCIA

Nome do cidadão | CPF/CNS | Classificação de risco

Sexo | Idade | Data de nascimento | Telefone

Nome da mãe | Município de nascimento

Unidade de saúde solicitante | CNES

Profissional solicitante | CNS

Especialidade | Hipótese / Diagnóstico (CID10)

Motivo do encaminhamento

Observação

NOME DO PROFISSIONAL

Itacuruba - PE, ____ da _____ de 202__.

CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de especialidade | AGENDA: Data e Hora ___/___/___

Parecer / conduta da especialidade | Diagnóstico (CID10)

Observação

___/___/_____ _____

Pág. 1 / 1

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

SUS Sistema Unico de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls.1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAUDE SOLICITANTE | 2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE | 4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAUDE (CNS) | 6 - DATA DE NASCIMENTO | 7 - SEXO (Masc. / Fem) | 8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE | 10 - TELEFONE DE CONTATO (DDD / Nº DO TELEFONE)

11 - NOME DO RESPONSÁVEL | 12 - TELEFONE DE CONTATO (DDD / Nº DO TELEFONE)

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | 15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO | 16 - UF | 17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | 19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | 20 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QTDE

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO | 37-CID10 PRINCIPAL | 38-CID10 SECUNDÁRIO | 39-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 42-DATA DA SOLICITAÇÃO | 45-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF | 44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR | 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF | 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50-DATA DA AUTORIZAÇÃO | 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | 53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

a

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 – NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAUDE EXECUTANTE | 55 - CNES

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br



FICHA PERINATAL – Ambulatório

Unidade

Nome

Como quer ser chamada

Endereço

Cidade

Idade anos <15 anos >35 anos

Estado civil/união

Casada Solteira Estável Outra

Instrução Nenhuma Fundamental Medio Superior

Peso anterior

Gravidez

Risco habitual

Alto risco

Altura cm

Gravidez planejada

SIM NÃO

DUM / /

DPP / /

DPP eco / /

Tipo de gravidez

Única

Gemelar

Tripla ou mais

Ignorada

Hospitalização na gravidez

NÃO SIM

Dias

Grupo

Sensibilizada NÃO

Rh + Rh – SIM

Transferida

NÃO SIM

Local

Data

Antecedentes familiares

NÃO SIM

Diabetes

Hipertensão arterial

Gemelar

Gestas previas

Abortos

3 ou + abortos

Ectópica

Bebê <2.500g

Bebê >4.500g

Parto

Pré-eclâmpsia Eclâmpsia

Parto vaginal

Cesarea

2 cesareas prévias

Gestações

Nascidos vivos

Vivem

Morreram no 1º semana

Nascidos mortos

Morreram depois da 1ª semana

Final da gestação anterior há 1 ano NÃO SIM

NÃO SIM

Diabetes

Infecção urinária

Infertilidade

Dific. amament

Cardiopatia

Tromboembolismo

Hipertensão arterial

Antecedentes clínicos

NÃO SIM

Cir. pélv. uterina

Cirurgia

NÃO SIM

Fumo (nº de cigarros)

Álcool

Outras drogas

Violência doméstica

HIV/Aids

Sífilis

Toxoplasmose

Infecção urinária

NÃO SIM

Anemia

Inc. istmocervical

Ameaça de parto prematur.

Isoimunização Rh

Oligo- polidrâmnio

Ruptura prematur. de membrana

CIUR

Pós-datismo

Febre

Gestação atual

NÃO SIM

Hipertensão arterial

Pré-eclâmp./eclâmpsia

Cardiopatia

Diabetes gestacional

Uso de insulina

Hemorragia 1º trimestre

Hemorragia 2º trimestre

Hemorragia 3º trimestre

Exantema/lesão cutânea

Exames

	Data	Resultado
ABO-RH		
Glicemia de Jejum		
Teste Oral Tolerân. Glic.		
Sífilis (teste rápida)		
VDRL		
HIV/Anti-HIV (teste rápido)		
Hepatite B-HBsAg		
Toxoplasmose		
Hemog. Hematócrito		
Urina-EAS		
Urina-Cultura		
Coombs Indireto		

Ultrassonografia

Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros
/ /						
/ /						
/ /						

Malária

Sulfato ferroso

Ácido fólico

Vacina Influenza

Data

Vacina dTpa

Data

Data	Resultado

Vacina antitetânica (dT)

Sem informação de imunização

Imunizado há menos de 5 anos

Imunizado há mais de 5 anos

1ª dose

2ª dose

3ª dose

Reforço

Vacina Hepatite B

Imunizada

1ª dose

2ª dose (1 mês após 1ª dose)

3ª dose (6 meses após 1ª dose)

Eletroforese de Hemoglobina

Padrão AA

Heterozigose AS AC

Homozigoze SS SC

Tratamento de Sífilis

1ª dose / /

2ª dose / /

3ª dose / /

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

Curva de altura uterina / idade gestacional

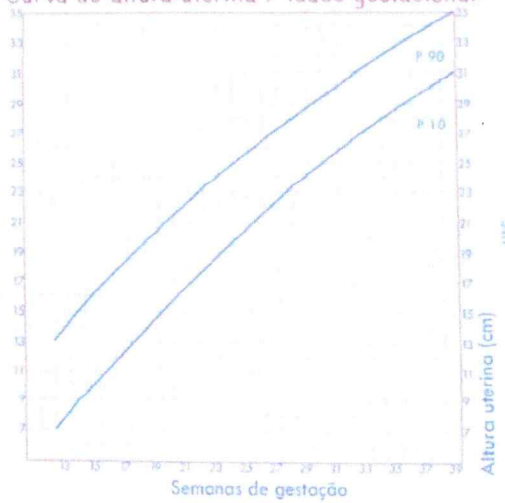


Gráfico de acompanhamento nutricional

Data

Queixo

IG - DUM/USG

Peso (kg) / IMC

Edema

Pressão arterial (mmHG)

Altura uterina (cm)

Apresentação fetal

BCF / Mov. fetal

Toque, se indicado

Exantema (presença ou ausência)

Realizou visita à maternidade

SIM NÃO

Data

Participou de atividades educativas

SIM NÃO

Data

Data

Data

Parto e nascimento

Idade gest.
Semanas

Início trab. parto
Espontâneo
Induzido

Terminação
Espontâneo
Fórceps
Cesárea
Outros

Parto
NÃO SIM
Episiotomia
Laceração
Dequit. espont.
Placenta compl.

Medicação no parto
Anestesia local
Anestesia reg.
Anestesia geral
Analgesia

Trang.
Ocitocina
Antibiótico
Outro
Nenhum

Recém-nascido
Semanas
Sexo — Fem. Masc.
VDLR — Neg. Posit.
APGAR 1º min. 5º min.
Reanimação — NÃO SIM
Ex. físico imediato — Normal Anormal
Peso — Menos 2.500g Estatura
Peso/IG — Adequado Grande Pequeno
Per. cef. — Idade exam. Fis. Menos de 37

Alta materna
Sadio
Com patol.
Transf.
Óbito
Gravidez
Parto
Puerpério

Alta recém-nascido
Sadio
Transf.
Com patol.
Óbito
Fetal
Intraparto
Pós-parto
Dias
Horas

Patologias R.N.
Nenhuma
M. hial.
Apneias
Infecção
S. asp.
Hemorr.
Neurol.
Hiperb.
A. emg.
Outra SDR

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

MINISTÉRIO DA SAÚDE — *REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO*

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

UF | CNES da Unidade de Saúde | Nº Protocolo (nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde

Município | Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*

Nome Completo da Mulher*

Nome Completo da Mãe*

Apelido da Mulher

CPF | Nacionalidade

Data de Nascimento* | Idade | Raça/cor: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena/ Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Número | Complemento | Bairro | UF

Código do Município | Município

CEP | DDD | Telefone

Ponto de Referência

Escolaridade: ☐ Analfabeta ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame*
   - ☐ Rastreamento
   - ☐ Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau)
   - ☐ Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)

2. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?*
   - ☐ Sim. Quando fez o último exame? ano
   - ☐ Não ☐ Não sabe

3. Usa DIU?* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

4. Está grávida?* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

5. Usa pílula anticoncepcional?* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

7. Já fez tratamento por radioterapia?* ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

8. Data da última menstruação / regra.* / / ☐ Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?* (não considerar a primeira relação sexual na vida)
   - ☐ Sim
   - ☐ Não / Não sabe / Não lembra

10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?* (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)
   - ☐ Sim
   - ☐ Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

11. Inspeção do colo*
   - ☐ Normal
   - ☐ Ausente (anomalias congênitas ou retirada cirurgicamente)
   - ☐ Alterado
   - ☐ Colo não visualizado

12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
   - ☐ Sim
   - ☐ Não

NOTA: *No presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.*

Data da coleta* / / | Responsável*

nº 413

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório*

Número do Exame*

Nome do Laboratório*

Recebido em:*

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR:

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

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA *

- ☐ Escamoso
- ☐ Glandular
- ☐ Metaplásico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*

- ☐ Satisfatório

Insatisfatório para avaliação citológica devido a:

- ☐ Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
- ☐ Sangue em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Piócitos em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Artefatos de dessecamento em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Outros, especificar _____

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?

☐ Sim ☐ Não

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

- ☐ Inflamação
- ☐ Metaplasia escamosa imatura
- ☐ Reparação
- ☐ Atrofia com inflamação
- ☐ Radiação _____
- ☐ Outras; especificar:

MICROBIOLOGIA

- ☐ Lactobacillus sp
- ☐ Cocos
- ☐ Sugestivo de Chlamydia sp
- ☐ Actinomyces sp
- ☐ Candida sp
- ☐ Trichomonas vaginalis
- ☐ Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes
- ☐ Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)
- ☐ Outros bacilos _____
- ☐ Outros; especificar:

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

Escamosas:
- ☐ Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)
- ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)

Glandulares:
- ☐ Possivelmente não neoplásicas
- ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

De origem indefinida:
- ☐ Possivelmente não neoplásicas
- ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

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

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

- ☐ Adenocarcinoma "in situ"

Adenocarcinoma invasor:
- ☐ Cervical
- ☐ Endometrial
- ☐ Sem outras especificações

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

Observações Gerais: _____

Screening pelo citotécnico:

Responsável*

Data do Resultado*

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama

UF | Código da Unidade de Saúde (CNES)

Unidade de Saúde

Código Município | Município | Prontuário

ATENÇÃO Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe da paciente preenchidos

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS | Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

Nome Completo do(a) paciente

Apelido do(a) paciente

Nome Completo da Mãe

Identidade | Órgão Emissor | UF | CNPF (CPF)

Data de Nascimento / / | Idade | Cor/Raça ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena/ Etnia

Dados Residenciais

Nacionalidade

Logradouro

Número | Complemento

Bairro | UF

Código Município | Município

CEP - | DDD | Telefone -

Ponto de Referência

Escolaridade

☐ Analfabeto ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?

☐ Sim, mama direita
☐ Sim, mama esquerda
☐ Não

2. Apresenta risco elevado* para câncer de mama?

☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

* Risco elevado são:
Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:
- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
- câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária.

Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*
Mulheres com história pessoal de câncer de mama

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?

☐ Sim
☐ Nunca foram examinadas anteriormente

4- Fez mamografia alguma vez?

☐ Sim. Quando fez a última mamografia?
☐ Não
☐ Não sabe

1º Semestre de 2013

nº 332

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br

INDICAÇÃO CLÍNICA

5 - Mamografia diagnóstica ☐ mama direita ☐ mama esquerda ☐ ambas

☐ 5a. Achados no exame clínico

Mama direita

☐ Lesão papilar ☐ Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica

Nódulo
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

Mama esquerda

☐ Lesão papilar ☐ Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica

Nódulo
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

☐ 5b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐

☐ 5c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐

☐ 5d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

6 - ☐ Mamografia de rastreamento

Data de solicitação ___/___/_____ Examinador _____

Número do Exame _____ Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

5 - Mamografia Diagnóstica

5a - Achados no exame clínico
Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supraclavicular)

5b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS®)
Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

5c - Lesão com diagnóstico de câncer
Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento

5d -Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante
Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta

6 - Mamografia de Rastreamento
Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 a 69 anos ou maiores de 35 anos com histórico familiar de câncer de mama. Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama

Localização

QSL - *Quadrante superior lateral*
QIL - *Quadrante inferior lateral*
QSM - *Quadrante superior medial*
QIM - *Quadrante inferior medial*
UQlat - *União dos quadrantes laterais*
UQsup - *União dos quadrantes superiores*
UQint - *União dos quadrantes internos*
UQmed- *União dos quadrantes mediais*
RRA - *Região retroareolar*
RC - *Região central (união de todos os quadrantes)*
PA - *Prolongamento axilar*
NR - *Não realizada*

Itacuruba (PE), 26 de maio de 2026

Paula Talita de Carvalho Novaes Cantarelli
Secretária de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde - Rua Sargento José Hermínio dos Santos, nº 55, Centro –
CNPJ: 11.873.674/0001-17 | e-mail: saude@itacuruba.pe.gov.br