Estudo Técnico Preliminar 387/2024

1. Informações Básicas

Número do processo: SOLICITAÇÃO 3085/2024

2. Descrição da necessidade

Aquisição de impressos gráficos para utilização nas unidades da Secretaria de Saúde. A referida aquisição se faz necessária para viabilizar a reposição do estoque do Almoxarifado Central, visando a utilização dos servidores da Pasta que laboram no setor administrativo das unidades, pelo período de 90 dias .

3. Área requisitante

Área Requisitante	Responsável
Secretaria de Administração e Finanças-Divisão de Almoxarifado e Patrimônio	André Luis Tavares

4. Descrição dos Requisitos da Contratação

Para o atendimento, a(s) empresa(s) vencedora(s) deverá(ão) efetuar a(s) entrega(s) em sua totalidade no prazo máximo de 10 (Dez) dias úteis no endereço Rua José Frazatto 580, loteamento Santo Antonio- Jaguariúna-SP, no horário das 08:00 as 12:00 e das 13:00 as 17: 00 hs.

A(s) empresa(s) vencedora(s) deverá(ão) apresentar a contra prova antes da entrega dos itens solicitados para aprovação.

Forma de Pagamento (28 dias)

5. Levantamento de Mercado

Para a contratação foram feitas cotações em empresas de fornecimento de materiais gráficos e pesquisa no âmbito de pregões contratações públicas através dos sites BEC Bolsa Eletrônica de Compras SP e Painel de Preços, porém por serem ítens específicos da Prefeitura de Jaguariúna, não encontramos contratações nos sites BEC, GOV e Painel de Preços, com objetivo de identificar a existência de novas metodologias, tecnologias ou inovações que melhor atendam às necessidades da Administração Municipal.

6. Descrição da solução como um todo

Aquisição de materiais gráficos, para um período de 90 dias, para compor o estoque do Almoxarifado Central e distribuição aos departamentos solicitantes, onde cabe ao Almoxarifado

Central o recebimento e distribuição de todos os materiais de consumo utilizados pelas unidades da Prefeitura Municipal.

7. Estimativa das Quantidades a serem Contratadas

400	UN	CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO E AGENDAMENTO ODONTOLÓGICO, MEDIDA APROXIMADA 11,0 X 8,0 CM, GRAMATURA 150G, FRENTE E VERSO (IMPRESSÃO COR PRETO)
150	BL	ATESTADO MÉDICO, MEDIDA APROXIMADA 15,0 X 21,0 CM, GRAMATURA 75G, 01 VIA (BLOCO COM 100 FOLHAS- IMPRESSÃO COR PRETO)
40	BL	BOLETIM DIÁRIO DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL, TAMANHO A4, GRAMATURA 75G, 01 VIA (BLOCO COM 100 FOLHAS-IMPRESSÃO COR PRETO)
2.000	UN	CARTEIRA DE CONTROLE DE DIABETES E HIPERTENSÃO, MEDIDA APROXIMADA 11,4 X 14,0 CM, CAPA GRAMATURA 150G COM IMPRESSÃO 04 CORES COLORIDAS E PRETO E 04 FOLHAS INTERNAS FRENTE E VERSO GRAMATURA 75G COM IMPRESSÃO COR PRETO
2.000	UN	ENVELOPE GRANDE, MEDIDA APROXIMADA 36,0 X 26,0 CM, BRANCO, COM TIMBRE DA PREFEITURA, GRAMATURA 90G -IMPRESSÃO COR PRETO
2.000	UN	ENVELOPE MÉDIO, MEDIDA APROXIMADA 28,0 X 20,0 CM, BRANCO, COM TIMBRE DA PREFEITURA-GRAMATURA 90G-IMPRESSÃO COR PRETO
8.000	UN	ENVELOPE PRONTUÁRIO, MEDIDA APROXIMADA 36,5 X 25,5 CM , KRAFT NATURAL, COM ABERTURA SUPERIOR, COM TIMBRE DA PREFEITURA-GRAMATURA 110G- IMPRESSÃO COR PRETO
150	BL	EXAME LABORATORIAL, MEDIDA APROXIMADA 15,0 X 21,0 CM, GRAMATURA 75G, 01 VIA (BLOCO COM 100 FOLHAS- IMPRESSÃO COR PRETO)
50	BL	IDENTIFICAÇÃO ABERTURA PRONTUÁRIO MEDIDA APROXIMADA 21,5 X 21,0 CM, GRAMATURA 75G, 01 VIA, NUMERADO (SERÁ INFORMADO JUNTO AO PEDIDO), (BLOCO COM 100 FOLHAS- IMPRESSÃO COR PRETO E NUMERAÇÃO COR VERMELHA)
40	BL	IMPRESSO ODONTOLOGICO ANAMNESE, TAMANHO A4, GRAMATURA 75G, FRENTE E VERSO (BLOCO COM 100 FOLHAS- IMPRESSÃO COR PRETO)
200	BL	RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL, MEDIDA APROXIMADA 21,0 X 14,6 CM, EM DUAS VIAS AUTOCOPIATIVAS,SENDO A 1ºVIA BRANCA E A 2ºVERDE, GRAMATURA ENTRE 51 A 54 G/M2 , BLOCO COM 50 JG DE 02 VIAS(100 FOLHAS) - IMPRESSÃO COR PRETO
300	BL	RECEITUÁRIO MÉDICO, TAMANHO A4, 02 VIAS BRANCAS AUTOCOPIATIVAS, GRAMATURA ENTRE 51 A 54 G/M2, BLOCO C/50 JG DE 02 VIAS (100 FOLHAS)- IMPRESSÃO COR PRETO
100	BL	REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA, TAMANHO A4, GRAMATURA 75G, 01 VIA (BLOCO COM 100 FOLHAS- IMPRESSÃO COR PRETO)
500	UN	CARTEIRA DE GESTANTE, FRENTE E VERSO, MEDIDA APROXIMADA 18,5 X 30,0 CM, GRAMATURA 120G (IMPRESSÃO COM CORES VERDE, AZUL, AMARELO E PRETO)
200	BL	RETORNO, MEDIDA APROXIMADA 10,5 X 6,0 CM, GRAMATURA 75G, 01 VIA (BLOCO COM 100 FOLHAS- IMPRESSÃO COR PRETO)
20	BL	TERMO DE RETIRADA DO GLICOSÍMETRO E LANCETADOR, TAMANHO A4, GRAMATURA 75G, FRENTE EM 02 PARTES PICOTADO, 01 VIA (BLOCO COM 100 FOLHAS- IMPRESSÃO COR PRETO)
50	BL	REQUISIÇÃO PARA ECOGRAFIA-TAMANHO A4- BLOCO COM 100 FOLHAS-MPRESSÃO COR PRETO
200	BL	IMPRESSO CHECK LIST VIATURAS SAÚDE- FRENTE E VERSO, A4 75G, BLOCO COM 100 FOLHAS- MPRESSÃO COR PRETO

8. Estimativa do Valor da Contratação

Valor (R$): 28.490,50

Com embasamento nos dados apresentados anteriormente, realizamos o levantamento para estimativa dos valores de contratação e apresentamos as memorias de cálculo, onde encontramos o preço médio em R$ 28.490,50

9. Justificativa para o Parcelamento ou não da Solução

Optou-se por dividir a demanda em ítens, visto que o objeto é divisível e não há prejuízo para o
conjunto da solução ou perda de economia de escala, além de ser técnica e economicamente viável. Junto a isso, o parcelamento do objeto visa propiciar a ampla participação de fornecedores
que, embora não disponham de capacidade para execução da totalidade do objeto, podem fazê-lo
com relação a itens ou unidades autônomas, permitindo que empresas distintas sejam contratadas.

10. Contratações Correlatas e/ou Interdependentes

Declaramos que até o período, conforme valores estipulados na Lei 14.133/21, em seu art. 75, inciso II, devidamente atualizados conforme o art. 182, *não foi ultrapassado o valor legal autorizado para as aquisições deste objeto, bem como de itens correlatos e/ou interdependentes, por esta secretaria municipal,* sendo assim mantido o respeito às determinações legais.

11. Alinhamento entre a Contratação e o Planejamento

Esta contratação tem recorrência trimestral até finalização do novo processo licitatório em andamento, bem como, foi autorizada pela Secretaria de Saúde, tendo em vista sua necessidade na rotina das unidades da Secretaria e consequente atendimento à população.

12. Benefícios a serem alcançados com a contratação

Com a contratação centralizada no Almoxarifado Central, teremos um maior controle dos gastos e distribuição dos materiais, gerando uma redução no consumo e consequentemente economia aos cofres públicos

13. Providências a serem Adotadas

O material adquirido será recebido, conferido e controlado no Almoxarifado Central, posteriormente será distribuído conforme as solicitações enviadas através do sistema Sonner.

14. Possíveis Impactos Ambientais

Para a prestação dos serviços gráficos, objetos da presente contratação, são utilizados diversos produtos químicos, considerados tóxicos, que dessa forma geram resíduos/rejeitos após suas execuções, os quais pelas suas características, necessitam de adequados tratamentos quanto às destinações, a serem realizadas pelas empresas do ramo, tendo em vista a minimizar os impactos

ambientais, dessa forma a contratada deverá cumprir integralmente todas as normativas legais relativas à proteção ambiental, quer sejam federais, estaduais ou municipais, responsabilizando-se a mesma por quaisquer penalidades decorrentes de sua inobservância

15. Declaração de Viabilidade

Esta equipe de planejamento declara **viável** esta contratação.

15.1. Justificativa da Viabilidade

Fornecimento de impressos gráficos, para utilização nas unidades da Secretaria de Saúde, esses produtos são utilizados pelos funcionários que laboram no setor administrativo e compõem o estoque do almoxarifado central obtendo maior controle e menores custos na sua aquisição.

16. Responsáveis

Todas as assinaturas eletrônicas seguem o horário oficial de Brasília e fundamentam-se no §3º do Art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

ANDRE LUIS TAVARES

CHEFE DIVISÃO DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

Lista de Anexos

Atenção: Apenas arquivos nos formatos ".pdf", ".txt", ".jpg", ".jpeg", ".gif" e ".png" enumerados abaixo são anexados diretamente a este documento.

- Anexo I - CARTAO IDENTIFICAÇÃO E AGEND ODONTOLOGICO.pdf (108.57 KB)
- Anexo II - ATESTADO MEDICO.pdf (162.72 KB)
- Anexo III - Boletim Diário de producao Ambulatorial.pdf (190.76 KB)
- Anexo IV - CARTEIRA CONTROLE DIABETES CAPA.pdf (204.43 KB)
- Anexo V - CARTEIRA CONTROLE DIABETES FOLHA INTERNA FRENTE E VERSO.pdf (86.54 KB)
- Anexo VI - ENVELOPE GRANDE.pdf (102.96 KB)
- Anexo VII - ENVELOPE MÉDIO.pdf (81.94 KB)
- Anexo VIII - ENVELOPE PRONTUARIO.pdf (195.31 KB)
- Anexo IX - EXAME LABORATORIAL.pdf (107.83 KB)
- Anexo X - Identificacao de abertura de prontuario.pdf (158.96 KB)
- Anexo XI - ANAMNESE FRENTE.PDF (124.24 KB)
- Anexo XII - ANAMNESE VERSO.PDF (119.73 KB)
- Anexo XIII - RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL.pdf (175.22 KB)
- Anexo XIV - RECEITUARIO MEDICO.pdf (279.61 KB)
- Anexo XV - REFERENCIA E CONTRA REFERENCIA.pdf (215.33 KB)
- Anexo XVI - CARTÃO DA GESTANTE.pdf (722.87 KB)
- Anexo XVII - RETORNO.pdf (41.95 KB)
- Anexo XVIII - TERMO RETIRADA GLICOSIMETRO.pdf (393.03 KB)
- Anexo XIX - Requisicao Ecografia.pdf (211.5 KB)
- Anexo XX - Check list viaturas frente.pdf (341.87 KB)
- Anexo XXI - Check list viaturas verso.pdf (343.17 KB)

Anexo I - CARTAO IDENTIFICAÇÃO E AGEND ODONTOLOGICO.pdf

Secretaria Municipal de Saúde

Jaguariúna - SP

ODONTOLOGIA (19) 3837-4475

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO E AGENDAMENTO

Nome: _____

Matrícula nº: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Cartão Nacional Saúde: _____

IMPORTANTE: Sempre que vier ao Posto trazer este cartão

DATA	DENTISTA	HORA

Anexo II - ATESTADO MEDICO.pdf

Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna - SP

Avenida Lauro de Carvalho, 1215 - Centro - Tels. (19) 3837-2424 / 3837-2463 - Cep 13910-025 - Jaguariúna - SP

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

O SR. (A)_____

HORÁRIO DE CHEGADA_____:_____HS.

HORÁRIO DE SAÍDA_____:_____HS.

COMPARECEU A ESTE SERVIÇO PARA:

1 - CONSULTA_____ ☐

2 - ACOMPANHAMENTO FAMÍLIAR _____ ☐

3 - MARCAR EXAME _____ ☐

4 - FAZER EXAME _____ ☐

5 - RETIRAR EXAME_____ ☐

6 - FISIOTERAPIA _____ ☐

7 - PROCEDIMENTO AMBULATORIAL_____ ☐

OUTROSSIM COMUNICAMOS QUE:

☐ Nada apresenta que o impossibilite ao trabalho

☐ Deverá permanecer em repouso no horário acima

☐ Deverá permanecer em repouso no período da manhã

☐ Deverá permanecer em repouso no período da tarde

☐ Deverá permanecer em repouso no dia de hoje

☐ Deverá permanecer em repouso no período de _____( ) dias

INDISPENSÁVEL

CARIMBO MÉDICO COM CRM

AUTORIZO O MÉDICO ASSISTENTE A REGISTRAR O CID (CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS), NESTE RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO.

Ass.:_____

CID _____

Jaguariúna_____/_____/_____

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

Anexo III - Boletim Diário de producao Ambulatorial.pdf

Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna - SP
Rua Cândido Bueno 1.299 - Sala 10 - Piso Inferior - Centro - Tels.: (19) 3837-2424 / 3837-2463 - Cep 13820-000 - Jaguariúna - SP

Boletim Diário de Produção Ambulatorial

Data:_____/_____/_____ U.B.S._____

Profissional:_____
(Assinatura e Carimbo)

Ambulatório / Programa:_____

Prontuário		CID	Proc.	Prontuário		CID	Proc.
01				13			
02				14			
03				15			
04				16			
05				17			
06				18			
07				19			
08				20			
09				21			
10				22			
11				23			
12				24			

Anexo IV - CARTEIRA CONTROLE DIABETES CAPA.pdf

Secretaria Municipal de Saúde
Jaguariúna - SP
Avenida Lauro de Carvalho, 1215 - Centro
Tels. (19) 3837-2424 / 3837-2463 - Cep 13910-025 - Jaguariúna - SP

Paciente:_____
Médico:_____
Matrícula:_____

Unidade de Saúde: _____

CONTROLE

( ) Pressão Arterial
( ) Glicemia Capilar

FREQUÊNCIA DE CONTROLE

( ) Diário
( ) Dias Alternados
( ) Semanal
( ) Outros:_____

_____

RECOMENDAÇÕES:

- Reduzir o sal da alimentação
- Evitar frituras e alimentos gordurosos
- É muito importante manter seu peso adequado, evitando excesso de alimento...
- E manter-se fisicamente ativo.

IMPORTANTE

- Não interromper sua medicação sem ordem médica
- Tomar a medicação seguindo corretamente as orientações quanto à horário e dosagem
- Não deixe seu medicamento terminar; agende sua consulta com antecedência.

Anexo V - CARTEIRA CONTROLE DIABETES FOLHA INTERNA FRENTE E VERSO.pdf

DATA	HORA	P. A.	Glicemia Capilar		RESP.
			Jejum	Pós Prandial	

Anexo VI - ENVELOPE GRANDE.pdf

Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna

Avenida Lauro de Carvalho, 1215 - Centro - CEP 13910-025 - Jaguariúna/SP
Tels.: (19) 3837-2424 / 3837-2463

Anexo VII - ENVELOPE MÉDIO.pdf

Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna

Avenida Lauro de Carvalho, 1215 - Centro - CEP 13910-025 - Jaguariúna/SP
Tels.: (19) 3837-2424 / 3837-2463

Anexo VIII - ENVELOPE PRONTUARIO.pdf

Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna

Avenida Lauro de Carvalho. 1215 - Centro - Tels. (19) 3837-2424 / 3837-2463 - Cep 13910-025 - Jaguariúna - SP

MATRÍCULA N º_____

NOME:_____

CARTÃO CIDADÃO Nº: _____

OBSERVAÇÃO: _____

Anexo IX - EXAME LABORATORIAL.pdf

Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna

Avenida Lauro de Carvalho, 1215 - Centro - CEP 13910-025 - Jaguariúna/SP
Tel.: (19) 3837-2424 / 3837-2463

EXAME LABORATORIAL

Data: _____

Nome: _____

Matrícula: _____ Idade: _____

Urgência

☐ Exames Urgentes para hoje: _____ horas

☐ Exames Urgentes para amanhã: _____ horas

Exames de rotina ☐ Para retorno dia: ____/____/____

Exames Solicitados:

1-	7-
2-	8-
3-	9-
4-	10-
5-	11-
6-	12-

CID: _____

Médico: _____ CRM: _____

Carimbo:

Anexo X - Identificacao de abertura de prontuario.pdf

MATRÍCULA 89601	DATA DA MATRÍCULA	ESCOLARIDADE

NOME DO PACIENTE	CARTÃO CIDADÃO

DATA DE NASCIMENTO	SEXO	RG

UBS

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

NOME DA RUA

BAIRRO

NÚMERO DA CASA	TELEFONE

OBSERVAÇÃO

IPTU _____

PONTO DE REFERÊNCIA _____

_____

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO _____

Identificação abertura prontuário

Anexo XI - ANAMNESE FRENTE.PDF

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JAGUARIÚNA
ODONTOLOGIA

NOME:	**Nº:**	**C.C:**
ENDEREÇO:	N.º	CIDADE:
BAIRRO:		CEP:
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	TEL:	

Moradia: ( ) menos de 1 ano ( ) 1 a 3 anos ( ) 3 a 9 anos ( ) mais de 10 anos

Orientação sobre horário de atendimento ( ) sim _____

Orientação sobre faltas no tratamento ( ) sim _____

	SIM	***NÃO***
1. Já tomou anestesia para tratamento odontológico?		
2. Observou ou teve alguma reação?		
3. Sangra muito quando se machuca ou extrai dentes? (Hemorragia)		
4. Já teve algum tipo de problema com tratamentos dentários anteriores		
5. Fica nervoso(a) antes de algum tratamento ou consulta ao Dentista?		
6. Foi Submetido a alguma cirurgia?		

7. Qual?

8. Assinale o que tem ou teve:

( ) Falta de Ar	( ) Dor no peito	( ) Pressão Alta	( ) Tireóide
( ) Dores de Cabeça	( ) Desmaio	( ) Reumatismo	( ) Asma
( ) ATM	( ) Tuberculose	( ) Convulsões	( ) Sinusite
( ) Aftas Bucais	( ) Diabetes	( ) Hepatite	( ) Problemas Cardíacos
( ) Anemia	( ) AIDS	( ) D.S.T.	( ) Problemas Neurológicos
( ) Fumante	( ) Outros Vícios	( ) Úlcera Digestiva	( ) Tratamento Psiquiátrico

9. Exame Físico

Face:	Bochechas:
Nariz:	Garganta:
Lábios:	Pálato:
Língua:	Anomalias Dentais:
Assoalho da Boca:	Oclusão: ( ) Normal - ( ) Boa - ( ) Ruim
Freios:	Higiene: ( ) Normal - ( ) Boa - ( ) Ruim

10. Tem algum tipo de alergia a medicamentos? Qual:

11. Tem algum tipo de alergia a alimentos? Qual:

12. Está fazendo alguma dieta especial no momento?

13. Você já teve (ou tem) alguma outra doença grave ou não listada aqui? Qual:

14. Você está gravida?

Observação:

_____

Assinatura do Paciente

RG:

Anexo XII - ANAMNESE VERSO.PDF

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JAGUARIÚNA

0

Estado Atual e Tratamento Necessário

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
Estado																
Tratamento																
Tratamento																
Estado																
				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Decíduo	**Permanente**	**Estado**	***Tratamento***
A	0	São	0 Nenhum
B	1	Cariado	1 Tratamento Preventivo
C	2	Restaurado e Cariado	2 Restauração 1 face
D	3	Restaurado sem cárie	3 Restauração 2 ou mais faces
E	4	Ausente (por cárie)	4 Coroa ou Pilar de Ponte
-	5	Ausente	5 Elemento de Ponte
F	6	Selante	6 Endodontia
G	7	Coroa ou Pilar de Ponte	7 Extração
-	8	Dente Incluso	8 Outro Tratamento: _____

Data	Região Dente	PROCEDIMENTOS REALIZADOS	Responsável

Anexo XIII - RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL.pdf

Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna-SP
Avenida Lauro de Carvalho, 1215 - Centro - Tels. (19) 3837-2424 / 3837-2463
Cep 13910-025 - Jaguariúna - SP

1.ª VIA FARMÁCIA
2.ª VIA PACIENTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo _____

CRM _____ UF _____ Nº _____

Endereço Completo e Telefone _____

Cidade _____ UF _____

_____ / _____ / _____
Data

_____
Assinatura

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome _____	
Ident.: _____ Órg. Emissor: _____	
Endereço: _____	
Cidade: _____ UF: _____	_____ Data: / /
Telefone: _____	ASSINATURA DO FARMACEUTICO

Somente serão entregues os medicamentos que constarem na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUNE) da Secretária Municipal de Saúde de Jaguariúna.

Anexo XIV - RECEITUARIO MEDICO.pdf

Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna/SP

Avenida Lauro de Carvalho, 1215 - Centro - CEP 13910-025 - Jaguariúna/SP
Tel.: (19) 3837-2424 / 3837-2463

FAVOR PREENCHER EM LETRA LEGÍVEL E PELO PRINCÍPIO ATIVO

Nome:_____ Nº_____

VALIDADE:_____ Mês (es)

Somente serão entregues os medicamentos que constarem na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (RESUME) da Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA SACRETARIA DE SAÚDE

1)	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:
2)	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:
3)	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:
4)	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:
5)	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:
6)	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:
7)	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:	RETIRADO EM: / Qtde: Visto:

Anexo XV - REFERENCIA E CONTRA REFERENCIA.pdf

REFERÊNCIA

Central de Agendamentos
PREFEITURA MUNICIPAL
DE JAGUARIÚNA - SP

Secretaria Municipal de Saúde

Data: _____ _____ _____ _____
Dia Mês Ano Período

Consulta marcada por: _____ na central de agendamento com _____
Funcionária

_____ _____ _____ _____ _____ _____
Local da Consulta Unidade Dia Mês Ano Hora

Endereço: Rua _____ Nº. _____ Bairro: _____

Especialidade	Especialista

_____ _____ _____
NOME IDADE Nº. PRONTUÁRIO

Quadro Clínico:

Conduta e Exames Realizados:

Diagnósticos e Solicitações (motivo do encaminhamento):

_____
Médico - CRM

Central de Agendamentos
PREFEITURA MUNICIPAL
DE JAGUARIÚNA - SP

CONTRA - REFERÊNCIA

Informações para :**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

_____ _____ _____
NOME IDADE Nº. PRONTUÁRIO

Parecer da Especialidade: (exames e tratamentos realizados)

Orientações ao Paciente

_____
Médico - CRM

( ) Retomar à Unidade de Origem
( ) Marcar nova consulta neste serviço: Prazo _____
( ) Marcar exame

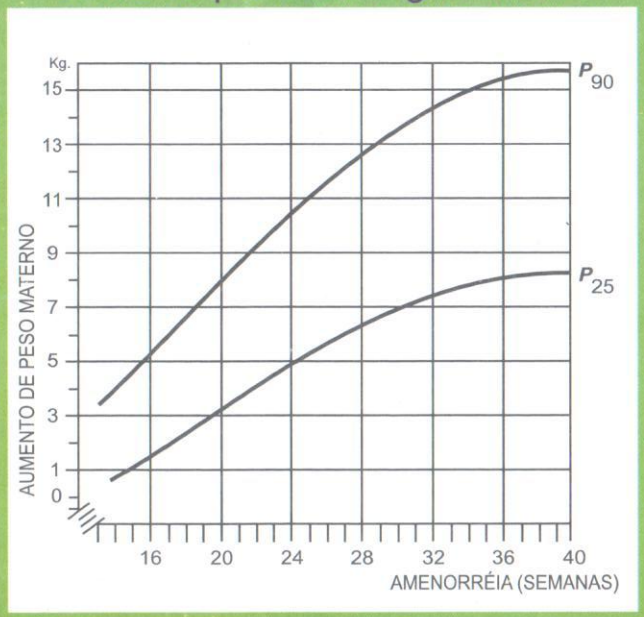
Senhor Paciente: Caso não possa comparecer à consulta ou exame, favor avisar pessoalmente na Secretaria de Saúde ou no telefone (19) 3837-2424

Anexo XVI - CARTÃO DA GESTANTE.pdf

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado	Orientação/Conduta
Hb-Ht							
Glicemia de Jejum							
VDRL							
Urina (rotina)							
Anti HIV							
ABO-RH							
Coombs Indireto							

Ultra-sonografia						
Data	IG DUM	IG USG	Peso Fetal	Placenta	Líquido	

Curva de peso/idade gestacional



Curva altura uterina/idade gestacional

CARTÃO DA GESTANTE

Nome:

Endereço:

Município:

Prontuário:

AGENDAMENTO

Data	Hora	Nome do Profissional	Sala

Você precisa fazer no mínimo 6 consultas.
É um direito seu.

IDADE ANOS

MENOR DE 15 ☐
MAIOR DE 35 ☐

Nº DE HISTÓRIA CLÍNICA

ALFABETIZADAS: ☐ SIM ☐ NÃO

ESTUDOS: ☐ NENHUM ☐ SECUNDÁRIO ☐ PRIMÁRIO ☐ UNIVERSITÁRIO

ANOS COMPLETOS

ESTADO CIVIL/UNIÃO: CASAD. ☐ ESTÁVEL ☐ SOLT. ☐ OUTRO ☐

ANTECEDENTES

FAMILIARES

	SIM	NÃO
DIABETES	☐	☐
HIPERT. ART.	☐	☐
GEMELARES	☐	☐
OUTROS	☐	☐

PESSOAIS

	SIM	NÃO
INFECÇÃO URINÁRIA	☐	☐
INFERTILIDADE	☐	☐
DIABETES	☐	☐
HIPERT. CRÔNICA	☐	☐
CIRURG. PÉLV. UTERINA	☐	☐
OUTROS	☐	☐

OBSTÉTRICOS (Anotar o número de)

GESTAS — ABORTOS — PARTO — NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS ☐

VACINAIS — CESÁREAS

NASC. VIVOS — VIVEM — MORRERAM 1ª SEMANA — MORRERAM APÓS 1ª SEMANA

NASC. MORTOS

DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO: MÊS ANO

ALGUM RN PESOU MENOS DE 2.500G: ☐ NÃO ☐ SIM

NASCIMENTO COM MAIOR PESO: g

GRAVIDEZ ATUAL

PESO ANTERIOR: Kg — ESTATURA

	DIA	MÊS	ANO
DUM			
DPP			

DÚVIDAS: ☐ SIM ☐ NÃO

ANTITETÂNICA PRÉVIA: SIM ☐ NÃO ☐ — 1ª 2ª 3ª — MÊS GESTA

HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ: ☐ SIM ☐ NÃO — DIAS

GRUPO — Rh ☐ - ☐ + — SENSIB. ☐ SIM ☐ NÃO

TRANSF. ☐ SIM ☐ NÃO — DIA MÊS ANO — LOCAL

EX. CLÍNICO NORMAL	☐ SIM ☐ NÃO
EX. DAS MAMAS NORMAL	☐ SIM ☐ NÃO
EX. ODONTOL. NORMAL	☐ SIM ☐ NÃO
PÉLVIS NORMAL	☐ SIM ☐ NÃO
PAPANICOLAOU NORMAL	☐ SIM ☐ NÃO
COLPOSCOPIA NORMAL	☐ SIM ☐ NÃO
EX. CLÍNICO CERVIX	☐ SIM ☐ NÃO
V.D.R.L.	☐ - ☐ +
FUMA	☐ SIM ☐ NÃO
Nº de cigarros dia	

CONSULTA Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DATA										
SEMANAS DE AMENORRÉIA										
PESO (Kg)										
PRESSÃO ARTERIAL MÁX. MIN. (MmHg)										
ALTURA UTERINA (cm) APRESENTAÇÃO										
BCF / MOV. FETAL	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ASS. DO PROFISSIONAL										

PARTO

HOSPITAL:

IDADE GESTA — MENOR DE 37 OU MAIOR DE 42 ☐

TAMANHO FETAL CORRESPONDE: ☐ SIM ☐ NÃO

UNÍCIO: ☐ IND. ☐ ESP.

MEMBRANAS: ☐ INT. ☐ ROT. — DATA RUTURA — HORA DIA MÊS

☐ CEF. ☐ PELV. ☐ TRAN.

TERMINAÇÃO: EXP. ☐ CES. ☐ FOR. ☐ OUT. ☐

HORA MINUTO DIA MÊS ANO

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

ATENDEU:

MÉDIC. ENF/PAR. AUX.EMPIR.OUTROS

PARTO ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

NEONATO ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

EPSIOTOMIA: ☐ SIM ☐ NÃO

LACERAÇÃO: ☐ SIM ☐ NÃO

DEQUIT. EXP.: ☐ SIM ☐ NÃO

PLACENTA COMPL.: ☐ SIM ☐ NÃO

MORTE FETAL: ☐ NÃO ☐ SIM

MOMENTO: ☐ GRAV. ☐ IGNO.

PARTO

MEDICAÇÃO NO PARTO: ☐ ANESTESIA LOCAL ☐ ANESTESIA REGIO. ☐ ANESTESIA GERAL

☐ ANALGÉSICO ☐ TRANQUILIZANTE ☐ OCITOC. ☐ ANTIBIÓTICO ☐ OUTROS ☐ NENHUM

PATOLOGIA NA GESTAÇÃO/PARTO/PUERPÉRIO

☐ GRAVIDEZ MÚLTIPLA	☐ DESPROP. CEF. PÉLV.
☐ HIPERTENSÃO PRÉVIA	☐ HEMORRAG. 1º TRIMES.
☐ PRÉ-ECLÂMPSIA	☐ HEMORRAG. 2º TRIMES.
☐ ECLÂMPSIA	☐ HEMORRAG. 3º TRIMES.
☐ CARDIOPATIA	☐ ANEMIA CRÔNICA
☐ DIABETES	☐ RUTURA PREMAT. MEM.
☐ INFECÇÃO CRÔNICA	☐ INFECÇÃO PUERPER.
☐ OUTRAS INFECÇÕES	☐ HEMORRAG. PUERPE.
☐ PARASITOSES	☐ OUTRA
☐ AMEAÇA DE PARTO PREMAT.	☐ NENHUMA

RECÉM NASCIDO

SEXO: F ☐ M ☐

V.D.R.L.: - ☐ + ☐

APGAR MINUTO: 1º ☐ 5º ☐ — ☐ 6 OU MENOS

REANIMAÇÃO: SIM ☐ NÃO ☐

PESO AO NASCER: g — ☐ MENOS DE 2.500 g

IDADE POR EXAME FÍSICO: Sem. — ☐ MENOR DE 37 SEMANAS

PESO/I.G.: ADEQ. ☐ PEQ. ☐ GRAN. ☐

EX. FÍSICO IMEDIATO: NORMAL ☐ ANORMAL ☐

ESTATURA: Cm

PER. CEF.: Cm

EX. FÍSICO PRÉ-ALTA: NORMAL ☐ ANORMAL ☐

EX. NEURO: NORMAL ☐ ANORMAL ☐ DUVIDOSO ☐

PATOLOGIAS

M. HIALINA ☐	HEMORRA. ☐	A. CONG.. ☐
S. ASPIRAT. ☐	HIPERBILI. ☐	OUTRA. ☐
OUTROS SDR ☐	INFECÇÃO ☐	NENHUMA ☐
APNEIAS ☐	NEUROL. ☐	

RN ALOJ./CONJ.: SIM ☐ NÃO ☐

ALTA DO RN: SADIO ☐ TRANF. ☐ C/PATOL. ☐ ÓBITO ☐

IDADE NA ALTA/TRANSFERÊNCIA: DIAS — HORAS

IDADE AO FALECER: DIAS — HORAS

ALIMENTAÇÃO: PEITO ☐ MISTO ☐ ARTIFIC. ☐

PUERPÉRIO

HORA OU DIAS PÓS-PARTO OU ABORTO			
TEMPERATURA			
PULSO (BATIMENTO/MUNITOO			
PRESSÃO ARTERIAL MÁX./MÍN. (Mm Hg)			
INVÓL. UTERINA			
CARACTERÍSTIC. DOS LÓQUIOS			

ALTA MATERNA: SADIA ☐ TRANFERIDA ☐ C/PATOLOGIA ☐

MORTE MATERNA: GRAVIDEZ ☐ PARTO ☐ PUERPÉRIO ☐

ORIENT./CONTRACEPÇÃO: CONDON ☐ D.I.U. ☐ ORAL ☐ OUTRA ☐ LIG. DE TRO. ☐ RITMO ☐ NENHUM ☐

MINISTÉRIO DA SAÚDE — GOVERNO FEDERAL

Anexo XVII - RETORNO.pdf

Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna
Avenida Lauro de Carvalho, 1215 - Centro - Tels. (19) 3837-2424 / 3837-2463
Cep 13910-025 - Jaguariúna - SP

RETORNO para:

Nome:_____

( ) _____semana

( ) _____mês

( ) ____/____/____

( ) c/ resultado de exames

Data:____/____/____ _____
médico

Anexo XVIII - TERMO RETIRADA GLICOSIMETRO.pdf

Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna
Rua Coronel Amâncio Bueno nº 400 - Centro
Telefones (19) 3867-9852 - 3867-9856 - 3867-9836 - 3867-9724
Cep 13820-000 - Jaguariúna - SP

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA RETIRADA DO GLICOSÍMETRO E LANCETADOR

Eu,_____ portador do Cartão Nacional de Saúde de Número_____ morador a_____ nº_____ CEP:_____ fone: _____ Jaguariúna, recebi da Unidade Básica de Saúde:_____ na data de _____ /_____ /_____ ,01 (hum) glicosímetro da marca: _____ ,chip nº_____,para controle e tratamento do Diabetes Mellitus.

Estou ciente de minha inteira responsabilidade na guarda e conservação do aparelho a mim cedido, uma vez que o mesmo pertence à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Jaguariúna. Do mesmo modo, também estou ciente que este aparelho destina-se ao meu uso pessoal, apenas na forma e segundo as indicações a mim fornecidas pela equipe desta unidade Básica de Saúde, não estando autorizado a cedê-lo para uso de terceiros.

Em caso de perda ou roubo, deverá ser elaborado e apresentado Boletim de Ocorrência. Comprometo-me a devolvê-lo para reposição por aparelho novo de acordo com as determinações a mim fornecidas pela Secretaria Municipal nesta data.

Jaguariúna _____, de_____ de____

Assinatura paciente ou responsável

Assinatura e carimbo do enfermeiro

Picotado Aqui

Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna
Rua Coronel Amâncio Bueno nº 400 - Centro
Telefones (19) 3867-9852 - 3867-9856 - 3867-9836 - 3867-9724
Cep 13820-000 - Jaguariúna - SP

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA RETIRADA DO GLICOSÍMETRO E LANCETADOR

Eu,_____ portador do Cartão Nacional de Saúde de Número_____ morador a_____ nº_____ CEP:_____ fone: _____ Jaguariúna, recebi da Unidade Básica de Saúde:_____ na data de _____ /_____ /_____ ,01 (hum) glicosímetro da marca: _____ ,chip nº_____,para controle e tratamento do Diabetes Mellitus.

Estou ciente de minha inteira responsabilidade na guarda e conservação do aparelho a mim cedido, uma vez que o mesmo pertence à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Jaguariúna. Do mesmo modo, também estou ciente que este aparelho destina-se ao meu uso pessoal, apenas na forma e segundo as indicações a mim fornecidas pela equipe desta unidade Básica de Saúde, não estando autorizado a cedê-lo para uso de terceiros.

Em caso de perda ou roubo, deverá ser elaborado e apresentado Boletim de Ocorrência. Comprometo-me a devolvê-lo para reposição por aparelho novo de acordo com as determinações a mim fornecidas pela Secretaria Municipal nesta data.

Jaguariúna _____, de_____ de____

Assinatura paciente ou responsável

Assinatura e carimbo do enfermeiro

Anexo XIX - Requisicao Ecografia.pdf

Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna

Avenida Lauro de Carvalho, 1215 - Centro - Tels. (19) 3837-2424 / 3837-2463
Cep 13910-025 - Jaguariúna - SP

Ecografia

Nome:_____Data:_____/_____/_____

Idade	Setor Solicitante	DUM	Prontuário

EXAME

( ) Rotina

1. Obstétrico: ( ) 1º trim. ( ) 2º/3º trim.
2. Pélvico: ( ) transvaginal ( ) suprapúblico
3. Abdome: ( ) Total ( ) Superior ( ) V. Biliares
4. ( ) Próstata ( ) Vias urinárias
5. Estruturas Superficiais: ( ) mama ( ) tiróide
   ( ) escroto ( ) parede abdominal
6. Outros ( ). Especificar:_____

Motivo Encaminhamento/História Clínica

Exame Clínico

Exames Subsidiários de Interesse no caso

Hipótese Diagnóstica

Informações Adicionais

Nome, Assinatura e CRM do médico solicitante

Obs.: Não serão aceitos os pedidos com preenchimento incompleto dos dados acima.

Anexo XX - Check list viaturas frente.pdf

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIÚNA

PLANILHA DE SERVIÇO E CONTROLE DIÁRIO DE VEÍCULOS OFICIAIS E DE EMERGÊNCIA

DATA:		HORÁRIO:			VEÍCULO:	PLACA:	KM INICIAL	KM FINAL	KM PERCORRIDO
KM SAÍDA	SAÍDA BASE	CHEGADA DESTINO	SAÍDA DESTINO	~~SAÍDA~~ CHEGADA BASE	DESTINO	USUÁRIO	MOTORISTA	APOIO	KM CHEGADA

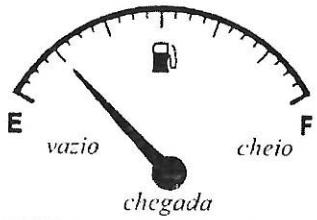
ABASTECIMENTO

( ) DIESEL ( ) ÁLCOOL

( ) GASOLINA

LITROS

KM



FECHAMENTO DE RELATÓRIO

MOTORISTA

ASSINATURA

Anexo XXI - Check list viaturas verso.pdf

CHECK LIST VEÍCULOS

DESCRIÇÃO DO VEÍCULO:

CHECK LIST

ITENS	DESCRIÇÃO	SIM	NÃO	OBSERVAÇÃO
1	Freio de pé			
2	Freio de estacionamento			
3	Motor de partida			
4	Limpador de para brisa			
5	Lavador de para brisa			
6	Buzina			
7	Faróis			
8	Lanternas dianteiras (seta)			
9	Lanternas traseiras (seta)			
10	Luz de freio			
11	Luz de ré			
12	Triângulo de advertência			
13	Extintor de segurança			
14	Espelhos retrovisores			
15	Indicadores de painel			
16	Condições dos pneus			
17	Pneu estepe			
18	Vidros			
19	Portas			
20	Cinto de segurança			
21	Macaco			
22	Chave de roda			
23	Nível de óleo			
24	Nível de fluído de freio			
25	Nível de água			
26	Ruído interno			
27	Lataria			

OBSERVAÇÕES

DATA_____/_____/_____ LOCAL:

Responsável pela verificação:

MOTORISTA