



República Federativa do Brasil – Estado do Rio de Janeiro
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
Rua Conde de Araruama, 425 – Centro – Quissamã – RJ

P.M.Q. | 2021
Processo: 14900/2021
Rubrica: mmf Fis. 891

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

EDITAL PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 065/2022

1 - PREÂMBULO

1.1 - A PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, com sede na Rua Conde de Araruama, 425 – Centro – Quissamã – RJ, torna público, para o conhecimento dos interessados que o (a) Pregoeiro (a) e a respectiva Equipe de Apoio, realizará licitação na modalidade de **Pregão Presencial para Registro de Preços**, do tipo **Menor Preço por Item**, devidamente autorizada pelo Fundo Municipal de Saúde, na forma do disposto no processo administrativo nº 14900/2021, que será regida pelas disposições contidas na Lei Federal nº 10.520, de 17 de julho de 2002, subsidiariamente pela Lei Federal nº 8.666, de 21 de Junho de 1993 e suas alterações, pelo Decreto Municipal nº 2425, de 13 de março de 2018, e pelo Decreto Municipal nº 1882, de 06 de maio de 2014, e suas alterações, pela Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, e suas alterações, além das demais disposições legais aplicáveis e do disposto no presente edital.

1.2 - A sessão pública para o credenciamento dos representantes das empresas e abertura dos envelopes contendo a Proposta de Preços e os Documentos de Habilitação definidos neste edital, serão efetuados no local, data e horário seguintes:

Local: Sala de Reuniões da Comissão de Licitação, situada na Rua Conde de Araruama, 425 – Centro – Quissamã – RJ.

Data: 24 de maio de 2022.

Horário: 09:00 horas.

2 - DO OBJETO

2.1 - A presente Licitação na modalidade Pregão Presencial Para Registro de Preços nº 065/2022 foi autorizada no processo nº 14900/2021, pelo Fundo Municipal de Saúde, tendo como objeto o Registro de Preços para aquisição de material gráfico (impressos) destinados às Unidades de Saúde da rede SUS de Quissamã, Coordenação ESF, Vigilância Sanitária, inclusive o Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus – Quissamã, conforme especificações e quantidades relacionadas no Anexo II (Descrição de compra).



2.2 - O Fundo Municipal de Saúde não se obriga a adquirir os itens relacionados dos licitantes vencedores, nem nas quantidades indicadas no ANEXO II (Descrição de Compra), podendo até realizar licitação específica para aquisição de um ou mais itens hipótese em que, em igualdade de condições, o beneficiário do registro terá preferência, respeitada a legislação relativa às licitações.

3 - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

3.1 - A despesa com o objeto desta licitação é estimada no valor total máximo de R\$ 239.879,84 (duzentos e trinta e nove mil oitocentos e setenta e nove reais e oitenta e quatro centavos) e será atendida pela:

CÓDIGO	NATUREZA	FONTES	FICHA	RECURSO	"%"
10.122.0110.2095	3.3.90.30.00.00	170403	1237	ROYALTIES PELO EXCE	5%
10.301.0116.2095	3.3.90.30.00.00	160002	1287	ATENÇÃO BÁSICA	10%
10.301.0116.2095	3.3.90.30.00.00	162102	1285	CO-FINANCIAMENTO	5%
10.301.0116.2095	3.3.90.30.00.00	170401	1288	ROYALTIES ATÉ 5%- LEI	10%
10.301.0119.2095	3.3.90.30.00.00	170401	1328	ROYALTIES ATÉ 5%- LEI	5%
10.302.0120.2095	3.3.90.30.00.00	160003	1374	ATENÇÃO DE ALTA E M	5%
10.302.0120.2095	3.3.90.30.00.00	162101	1372	PROGRAMA ASSIST. HO	10%
10.302.0120.2095	3.3.90.30.00.00	162104	1371	ATENÇÃO PSICOSSOCI	5%
10.302.0120.2095	3.3.90.30.00.00	170401	1375	ROYALTIES ATÉ 5%	5%
10.303.0121.2333	3.3.90.30.00.00	170403	1426	ROYALTIES PELO EXCE	10%
10.303.0121.2333	3.3.90.30.00.00	160001	1425	ASSISTENCIA FARMACI	5%
10.304.0117.2095	3.3.90.30.00.00	160005	1453	VIGILANCIA EM SAÚDE	10%
10.304.0117.2095	3.3.90.30.00.00	170403	1454	ROYALTIES PELO EXCE	5%
10.306.0122.2336	3.3.90.30.00.00	160002	1466	ATENÇÃO BÁSICA	5%
10.306.0122.2336	3.3.90.30.00.00	170401	1467	ROYALTIES ATÉ 5%- LEI	5%

3.2 - O valor estimado constitui-se mera estimativa, não se obrigando o Fundo Municipal de Saúde a utilizá-lo integralmente.

3.4 - O valor máximo estimado dos materiais, objeto desta licitação, foi orçado de acordo com o levantamento elaborado pelo Fundo Municipal de Saúde através da pesquisa de mercado referente aos meses de agosto e setembro de 2021 e consulta a processo anterior da PMQ com correção pelo IGP-M (FGV).



4 - DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

4.1 - O registro de preços será formalizado por intermédio da Ata de Registro de Preços nas condições previstas neste edital.

5 - DO CONTROLE E DA ALTERAÇÃO DE PREÇOS

5.1 - Durante a sua vigência, os preços registrados somente poderão ser ajustados nas hipóteses elencadas no artigo 7º do Decreto Municipal nº 1.882 de 06 de maio de 2014, observadas as disposições contidas na alínea "d" do inciso II do artigo 65 da lei nº 8.666/93, caso em que o órgão gerenciador realizará periodicamente pesquisa de mercado para comprovação da vantajosidade.

5.2 - Quaisquer tributos, custos e despesas diretos ou indiretos omitidos da proposta ou incorretamente cotados serão considerados como inclusos nos preços, não sendo aceitos pleitos de acréscimos, a esse ou a qualquer título, devendo os materiais ser entregues nos locais estabelecidos neste Edital, sem ônus adicional para o Fundo Municipal de Saúde.

5.3 - Comprovada a redução dos preços praticados no mercado, a Administração convocará a empresa vencedora para, após negociação, redefinir os preços e alterar a Ata de Registro de Preços.

6 - PRAZO DA CONTRATAÇÃO E CONDIÇÕES DE ENTREGA

6.1 - O prazo de vigência do Registro será de 12 (doze) meses, a partir da assinatura da Ata de Registro de Preços.

6.2 - O prazo previsto para entrega do objeto deverá ser de 20 (vinte) dias, após o recebimento da nota de empenho e ordem de fornecimento na Secretaria Municipal de Saúde – Quissamã, no local determinado pelo órgão licitante, sob pena de serem aplicadas as sanções administrativas previstas no art. 87, da lei 8.666/93.

7 - DOS ANEXOS

7.1 - São partes integrantes deste Edital:

ANEXO I - Termo de Referência;

ANEXO II - Artes;

ANEXO III - Dados da Licitante;

ANEXO IV - Descrição de compra;



ANEXO III - Modelo de Credenciamento;

ANEXO IV - Declaração de cumprimento das exigências para habilitação, nos termos do art 4º, inciso VII, da Lei nº 10.520, de 17/07/2002 (modelo);

ANEXO V - Declaração relativa ao trabalho de menores, nos termos do inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal de 1988 (Lei nº 9.854/99) (modelo);

ANEXO VI - Modelo de Declaração de ME, EPP ou MEI;

ANEXO VII - Proposta de Preços (download no site <https://www.quissama.rj.gov.br>);

ANEXO VIII - Minuta Ata de Registro de Preços.

8 - CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

8.1 - Poderão participar deste Pregão as empresas interessadas cujo ramo de atividade seja compatível com o objeto licitado, inscritas ou não no Cadastro Geral de Fornecedores da Prefeitura Municipal de Quissamã, e que atenderem todas as exigências constantes neste edital e seus anexos, inclusive quanto à documentação.

8.2 - Não poderão participar deste PREGÃO empresas que:

a) Tenham sido suspensas temporariamente de participar de licitações e impedidas de contratar com a Administração Municipal Direta e Indireta, nos termos do inciso III, do artigo 87, da Lei Federal 8.666/93;

b) Já incorros na pena do inciso IV, do art.87 da Lei nº 8.666/93, seja qual for o órgão ou entidade que tenha aplicado a reprimenda, em qualquer esfera da Administração Pública;

c) Sejam coligadas, controladoras e controladas pertencentes ao mesmo grupo de acionistas ou cotistas, sejam pessoas físicas ou jurídicas;

d) Em consórcio ou grupo de empresa;

e) Que incorrerem em quaisquer das situações previstas nos incisos I, II e III do art.9º da lei Federal nº 8.666/93.

8.2.1 - A ausência de consórcio não trará prejuízos à competitividade do certame, visto que, em regra, a formação de consórcios é admitida quando o objeto a ser licitado envolve questões de alta complexidade ou de relevante vulto, em que empresas, isoladamente, não teriam condições de suprir os requisitos de habilitação do edital. Nestes casos, a Administração, com vistas a aumentar o número de participantes, admite a formação de consórcio.



9 - DOS ESCLARECIMENTOS, PROVIDÊNCIAS E IMPUGNAÇÃO DO EDITAL

9.1 - Qualquer pessoa, física ou jurídica, é parte legítima para solicitar esclarecimentos providências ou impugnar este edital, desde que encaminhada com antecedência de até 02 (dois) dias úteis da data fixada para o recebimento das propostas, devendo protocolar a petição no Protocolo Geral da Prefeitura Municipal de Quissamã, localizado na Rua Conde de Araruama, 425 – Centro – Quissamã - RJ, no horário das 8hs às 11h30 e de 13h30 às 17hs, de segunda a quinta-feira, e das 8hs às 12hs, na sexta-feira, exceto feriados.

9.2 - Caberá ao (a) Pregoeiro (a) decidir sobre o acolhimento ou não da petição interposta no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, contadas do recebimento da petição.

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

9.4 - Decairá do direito de impugnar os termos deste Edital perante a Prefeitura Municipal de Quissamã o proponente que não o fizer até o segundo dia útil que anteceder à data prevista para a abertura dos envelopes de propostas de preços.

9.5 - O Pregoeiro desconsiderará qualquer impugnação que não esteja no original, ainda que devidamente protocolizado.

10 - DO CREDENCIAMENTO

10.1 - Na data, horário e local indicados neste edital, as empresas interessadas, deverão se credenciar junto ao (a) Pregoeiro (a).

10.2 - Os documentos relativos ao Credenciamento deverão ser apresentados ao (a) Pregoeiro (a), no momento da licitação, **em separado** dos envelopes de documentação e proposta.

10.3 - Os documentos referidos nas alíneas "a" e "b" do subitem 10.4, poderão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente ou publicação em órgão da imprensa oficial, e não serão devolvidos aos licitantes, pois integrarão o processo licitatório. Em caso de autenticação por servidor, lotado no Departamento de Licitações, sugerimos que a documentação seja encaminhada em até 02 (dois) dias úteis antes da data de abertura. Para não ocorrer atraso na abertura do certame

10.4 - Para o Credenciamento deverão ser apresentados os seguintes documentos:



a) Tratando-se de sócio, proprietário, dirigente ou assemelhado da empresa proponente: cópia do ato constitutivo, estatuto, contrato social ou documento equivalente em vigor, devidamente registrado na Junta Comercial ou, tratando-se de Sociedade Simples, do ato constitutivo acompanhado da ata de eleição da diretoria, registrado no Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas, no qual estejam expressos seus poderes para exercer direitos e assumir obrigações em decorrência de tal investidura.

b) Tratando-se de procurador: a procuração por instrumento público ou instrumento particular com firma reconhecida, conforme Termo de Credenciamento (Anexo III), da qual constem dentre outros poderes específicos para formular lances, negociar preço, interpor recursos ou desistir de sua interposição e praticar todo os demais atos pertinentes ao certame, acompanhados do correspondente documento, dentre os indicados na alínea "a", que comprove os poderes do mandante para a outorga.

10.5 - O representante (legal ou procurador) deverão identificar-se exibindo documento oficial de identificação que contenha foto.

10.6 - Será admitido apenas 01 (um) representante para cada licitante credenciada, sendo que cada um deles poderá representar apenas uma credenciada.

10.7 - A ausência do credenciamento não constituirá motivo para inabilitação ou desclassificação de proposta do concorrente.

10.8 - O licitante que não contar com representante presente na sessão ou, ainda que presente, não puder praticar atos em seu nome por conta da apresentação de documentação defeituosa, ficará impedido de participar da fase de lances verbais, de negociar preços, de declarar a intenção de interpor ou de renunciar ao direito de interpor recurso, ficando mantido, portanto, o preço apresentado na proposta escrita, que há de ser considerada para efeito de ordenação das propostas e apuração do menor preço.

10.9 - Encerrada a fase de credenciamento pelo Pregoeiro, não serão admitidos credenciamentos de eventuais licitantes retardatários.



11 - DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DA DECLARAÇÃO DE PLENO ATENDIMENTO AOS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO, DA DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA (ME) OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE (EPP), DA PROPOSTA DE PREÇOS E DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO.

11.1 - A declaração de pleno atendimento aos requisitos de habilitação deverá ser feita de acordo com o modelo estabelecido no Anexo IV deste edital, nos termos do art. 4º, VII, da Lei nº 10.520, de 17.07.2002.

11.2 - As microempresas e empresas de pequeno porte que desejarem usufruir do tratamento diferenciado previsto na Lei Complementar nº 123 de 14 de dezembro de 2006 deverão apresentar, obrigatoriamente, Declaração de acordo com o modelo estabelecido no Anexo VI, assinada por representante legal, manifestando essa condição.

11.3 - As referidas declarações deverão ser apresentadas **FORA** dos Envelopes nº 1 e 2.

11.4 - A não apresentação de declaração prevista no subitem 11.1 implica na desclassificação imediata do licitante.

11.5 - A não apresentação de declaração prevista no subitem 11.2, nas condições descritas, implicará o decaimento do direito de reclamar, posteriormente, esse tratamento diferenciado e favorecido neste certame.

11.6 - A declaração de que cumpre plenamente os requisitos de habilitação previstos no presente instrumento convocatório conforme Anexo IV, deverá ser apresentada em conjunto com as seguintes certidões/cadastros:

a) Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas – CEIS, mantido pela Controladoria-Geral da União (www.portaltransparencia.gov.br/sancoes/ceis);

b) Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Atos de Improbidade Administrativa e Inelegibilidade mantida pelo Conselho Nacional de Justiça (www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php).

c) Lista de Inidôneos e o Cadastro Integrado de Condenações por Ilícitos Administrativos - CADICON, mantidos pelo Tribunal de Contas da União (TCU) - (<https://portal.tcu.gov.br/responsabilizacaopublica/licitantesinidoneos/>);



11.7 - A consulta aos cadastros é recomendação do TCU (Acórdão nº 1.793/2011 – Plenário).
Trata-se de verificação da própria condição de participação na licitação.

11.8 - No dia, hora e local indicados neste edital, cada licitante deverá apresentar ao (a) Pregoeiro (a) os envelopes contendo a proposta de preços e os documentos de habilitação, conforme item **DA HABILITAÇÃO (item 13.6)**, que deverão ser entregues em envelopes opacos, distintos, devidamente fechados. As partes externas desses envelopes deverão estar identificadas conforme abaixo:

À
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
PREGÃO Nº 065/2022- Processo nº 14900/2021
ENVELOPE N. 1 - PROPOSTA DE PREÇOS
NOME DA EMPRESA:
ENDEREÇO:
CNPJ:

À
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
PREGÃO Nº 065/2022 - Processo nº 14900/2021
ENVELOPE N. 2 HABILITAÇÃO
NOME DA EMPRESA:
ENDEREÇO:
CNPJ:

12 - DA PROPOSTA DE PREÇOS

12.1 - O modelo de Proposta de Preços gerado pelo sistema Supernova está disponível para download no site da PMQ, <https://www.quissama.rj.gov.br>, e deverá ser elaborada pelo licitante e salva em mídia de armazenamento (pen drive) no formato Excel. A mesma deverá ser preenchida e entregue no dia da abertura do certame junto com uma via impressa da proposta gerada, devendo ser datada e assinada.

12.2 - A Proposta de Preços deverá indicar o número do processo e do pregão, razão social da proponente, CNPJ, endereço completo, os números de telefone para contato e marca dos produtos ofertados.

12.3 - Conter preços unitário e total em algarismos e preço total por extenso, expressos em moeda corrente nacional, apurados à data de sua apresentação e devendo ser computadas todas as despesas relativas ao objeto do contrato, bem como os respectivos custos diretos e indiretos, tributos, remunerações, despesas fiscais e financeiras e quaisquer outras necessárias ao cumprimento do objeto desta licitação. Nenhuma reivindicação adicional de pagamento ou reajustamento de preços será considerada, ressalvada a possibilidade de ser mantido o reequilíbrio econômico-financeiro.

12.4 - Conter oferta firme e precisa, sem alternativa de preço ou qualquer outra condição que induza o julgamento a ter mais de um resultado.



12.5 - Prazo de validade da proposta de, no mínimo, 60 (sessenta) dias corridos, contados a partir da data para abertura dos envelopes, podendo ser prorrogado por acordo das partes.

12.6 - Os preços deverão ser apresentados com precisão de duas casas decimais.

12.7 - Todos os elementos e informações necessários à elaboração da proposta de preços estão sendo fornecidas pela administração, de forma que as empresas interessadas tenham completo conhecimento do objeto da licitação.

12.8 - Não serão consideradas propostas que deixarem de atender, no todo ou em parte, qualquer das disposições deste Edital, bem como aquelas manifestamente inexequíveis, além das que contiverem preços vis ou excessivos face aos preços correntes no mercado; igualmente as elaboradas em desacordo com a legislação aplicável.

12.9 - Não serão admitidas, posteriormente, alegações de enganos, erros ou distrações na apresentação das propostas comerciais, como justificativas de quaisquer acréscimos ou solicitações de reembolsos e indenizações de qualquer natureza.

12.10 - As licitantes arcarão com todos os custos relativos à apresentação das suas propostas. O Município, em hipótese alguma será responsável por tais custos, quaisquer que sejam os procedimentos na licitação ou os seus resultados.

12.11 - Para os licitantes que fizerem lances será considerado o último valor ofertado e a redução alcança todos os valores apresentados na proposta.

12.12 - Caso os prazos que tratam este item não estejam expressamente indicados na proposta, os mesmos serão considerados como aceitos.

12.13 - Não serão levadas em consideração quaisquer ofertas que não se enquadrem nas especificações exigidas neste edital.

12.14 - Para a verificação de erro de cálculo entre o preço unitário e o total, prevalecerá sempre o primeiro, para efeito de saneamento.

12.15 - A apresentação da Proposta de Preço implicará aceitação, por parte do proponente, das condições estabelecidas neste Edital e seus anexos.



13 - DA HABILITAÇÃO

13.1 - O proponente deverá apresentar dentro do envelope n° 02 todos os documentos exigidos no subitem 13.6 como condição para participar do certame cujo descumprimento resulta automática inabilitação.

13.2 - Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente ou cópia acompanhada do original para autenticação por servidor, lotado no Departamento de Licitações, ou publicação em órgão da imprensa oficial. Em caso de autenticação por servidor, lotado no Departamento de Licitações, sugerimos que a documentação seja encaminhada em até 02 (dois) dias úteis antes da data de abertura. Para evitar atraso na abertura do certame.

13.3 - Os documentos expedidos via internet e, inclusive, aqueles outros apresentados terão sempre que necessário, suas autenticidades/validades comprovadas por parte do (a) Pregoeiro (a).

13.4 - Não serão aceitos protocolos de entrega ou de solicitação de documento em substituição aos documentos requeridos no presente Edital e seus anexos.

13.5 - As folhas da documentação deverão estar numeradas em ordem crescente, e não poderão conter rasuras ou entrelinhas e serão rubricadas pelo representante da licitante.

13.6 - A DOCUMENTAÇÃO DEVERÁ CONTER:

13.6.1 - HABILITAÇÃO JURÍDICA

- a) Registro comercial, no caso de empresa individual;
- b) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhados de documentação de eleição de seus administradores;
- c) Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova de diretoria em exercício;
- d) Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir.



Obs.: Os documentos relacionados no subitem "13.6.1" não precisarão constar no Envelope nº 2 – Habilitação se tiverem sido apresentados para o credenciamento deste Pregão.

13.6.2 – REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (C.N.P.J.), mediante apresentação da consulta ao site <http://www.receita.fazenda.gov.br>;
- b) Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;
- c) Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, extensiva às contribuições sociais administradas pela Secretaria da Receita Federal – Certidão Conjunta Negativa de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, podendo ser demonstrada por meio de Certidão Positiva com efeitos de negativa;
- d) Certidão Negativa de Débitos – CND ou Certidão Positiva com efeito de Negativa relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) dentro da validade na data da licitação;
- e) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT) ou Certidão Positiva de Débitos Trabalhistas em nome do interessado, com os mesmos efeitos da CNDT, segundo o disposto no art. 642-A, § 2º da CLT; mediante apresentação da consulta ao site [http:// www.tst.gov.br/certidao](http://www.tst.gov.br/certidao);
- f) Prova de regularidade de recolhimento do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS). As empresas com sede no Estado do Rio de Janeiro deverão apresentar a Certidão Negativa de ICMS acompanhadas da Certidão da Procuradoria Geral do Estado.
- g) Fazenda Municipal: apresentação da certidão Negativa de Débitos, ou Certidão Positiva com efeito de Negativa, de todos os Tributos.

13.6.2.1 MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE:

13.6.2.1.1 - A comprovação de regularidade fiscal das microempresas e empresas de pequeno porte somente será exigida para efeito de assinatura do contrato, no entanto, por ocasião da participação neste certame licitatório, deverão apresentar toda a documentação exigida para tanto, mesmo que esta apresente alguma restrição;

13.6.2.1.2 - havendo alguma restrição na comprovação da regularidade fiscal exigida neste edital, será assegurado à microempresa ou empresa de pequeno porte adjudicatária deste certame o



prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados do momento em que for declarada a vencedora, prorrogáveis por igual período, a critério da Administração da Prefeitura Municipal de Quissamã, para a regularização da documentação, pagamento ou parcelamento do débito, e emissão de eventuais certidões negativas ou positivas com efeito de certidão negativa;

13.6.2.1.3 - a falta de regularização da documentação no prazo previsto neste edital implicará a decadência do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas no art. 81 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, sendo facultado à Administração convocar as licitantes remanescentes para assinar a Ata de Registro de Preços, na ordem de classificação, ou revogar a licitação.

13.6.3 – QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

a) Certidões negativas de falência, concordata ou recuperação judicial expedidas pelos distribuidores da sede da pessoa jurídica. As certidões serão válidas pelo prazo de 90 dias, a partir de sua expedição, até sua apresentação na data da licitação, se outro prazo não constar no documento.

b) Não constituirá motivo de inabilitação a anotação de distribuição de processo de recuperação judicial ou pedido de homologação de recuperação extrajudicial, caso haja comprovação de que o plano já tenha sido aprovado/homologado pelo juízo competente quando da entrega da documentação de habilitação deste pregão.

13.6.4 – DECLARAÇÃO RELATIVA A TRABALHO DE MENORES

Declaração firmada pela licitante nos termos do modelo que integra o Anexo V deste edital, expressando que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não empregam menor de dezesseis anos, salvo a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz, em cumprimento ao disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal de 1988 e de acordo com o inciso V do Art. 27 da Lei Federal 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999.

14 - DO PROCEDIMENTO E JULGAMENTO DAS PROPOSTAS

14.1 - No dia, hora e local indicados neste Edital, será aberta a sessão de processamento do Pregão, iniciando-se com o credenciamento dos interessados em participar do certame.



14.2 - Após o credenciamento, será declarada a abertura da sessão, não sendo mais admitido novos proponentes.

14.3 - Aberta à sessão, os interessados ou seus representantes deverão apresentar ao (a) Pregoeiro (a) declaração dando ciência de que cumprem plenamente os requisitos de habilitação (Anexo IV) e, em envelopes separados, a proposta de preços e os documentos de habilitação. A não apresentação da declaração em questão acarretará o impedimento da empresa de participar do certame.

14.4 - Serão abertos os envelopes contendo as Propostas de Preços, as quais serão conferidas verificando sua conformidade com os requisitos estabelecidos no presente edital e seus anexos, classificando em ordem crescente de valores aquelas que estiverem em conformidade e desclassificando as que estiverem em desacordo com as regras estipuladas no edital, sendo rubricadas pelo (a) Pregoeiro (a), pela equipe de apoio e, posteriormente pelos representantes das licitantes.

14.5 - Para o julgamento e classificação das propostas, será adotado o critério de MENOR PREÇO POR ITEM, observados os prazos máximos para fornecimento, as especificações técnicas e parâmetros mínimos de desenvolvimento e qualidade definidos no edital e em seus anexos. É vedada a aceitação de proposta com preço superior ao fixado no ANEXO II (Descrição de Compra) deste edital.

14.6 - Iniciada a abertura dos envelopes, não caberá desistência da proposta, salvo por motivo justo, decorrente de fato superveniente e aceito pelo (a) Pregoeiro (a).

14.7 - No curso da Sessão, o autor da oferta de valor mais baixo e os das ofertas com preços até 10% (dez por cento) superiores àquela, poderão fazer novos lances verbais, sucessivos e de valores distintos, até que as empresas licitantes manifestarem desinteresse em apresentar novos lances e se proclame o vencedor. Dos lances ofertados não caberá retratação.

14.8 - Não havendo pelo menos 3 (três) ofertas nas condições definidas no subitem anterior, poderão os autores das melhores propostas, até o máximo de (três), oferecer novos lances verbais e sucessivos, quaisquer que sejam os preços oferecidos nas propostas escritas.

14.9 - Caso duas ou mais propostas iniciais apresentarem preços iguais, será realizado sorteio para determinação da ordem de oferta dos lances.



14.10 - Em seguida, será dado início à etapa de apresentação de lances verbais pelos proponentes, que deverão ser formulados de forma sucessiva, em valores distintos e decrescentes.

14.11 - O (a) Pregoeiro (a) convidará individualmente os licitantes classificados, de forma sequencial, a apresentar lances verbais, a partir do autor da proposta classificada de maior preço e os demais, em ordem decrescente de valor.

14.12 - É vedada a oferta de lance verbal com vista ao empate.

14.13 - Quando convocado pelo (a) Pregoeiro (a), a desistência da proponente de apresentar lance verbal implicará na exclusão da etapa de lances verbais, e na manutenção do último preço apresentado pela licitante para efeito de ordenação das propostas.

14.14 - Não poderá haver desistência dos lances ofertados, sujeitando-se o licitante desistente às penalidades constantes deste edital e seus anexos.

14.15 - O encerramento da etapa competitiva dar-se-á quando, indagados pelo (a) Pregoeiro (a), as licitantes qualificadas manifestarem seu desinteresse em apresentar novos lances.

14.16 - Caso não se realizem lances verbais, será verificada pelo (a) Pregoeiro (a) a conformidade entre a (s) proposta (s) escrita (s) de menor preço e o valor estimado para a contratação.

14.17 - Declarada encerrada a etapa competitiva e ordenadas as propostas, o (a) Pregoeiro (a) examinará a aceitabilidade da primeira classificada, quanto ao objeto e valor, decidindo motivadamente a respeito.

14.18 - O (a) Pregoeiro (a) poderá negociar diretamente com a (s) licitante (s) vencedora (s) para que seja (m) obtido (s) melhor (es) preço (s) aceitável (is), devendo esta (s) negociação (ões) se dar (em) em público e formalizadas (s) em ata.

14.19 - Considerada aceitável a oferta de menor preço, o (a) Pregoeiro (a) procederá à abertura do invólucro contendo os documentos de habilitação do licitante, para verificação do atendimento das condições fixadas no edital, facultando-lhe o saneamento de falha (s) formal (is) relativa (s) à documentação na própria sessão.

14.19.1 - A verificação será certificada pelo (a) Pregoeiro (a), anexando aos autos documentos passíveis de obtenção por meio eletrônico, salvo impossibilidade devidamente justificada.



14.19.2 - A administração não se responsabilizará pela eventual indisponibilidade dos meios eletrônicos no momento da verificação. Ocorrendo essa indisponibilidade e não sendo apresentados os documentos alcançados pela verificação, o licitante será inabilitado.

14.20 - Verificado o atendimento das exigências de habilitação fixadas no edital, o (a) Pregoeiro (a) declarará a (s) licitante (s) vencedora (a), adjudicando a ela (s) o objeto do certame, caso nenhuma licitante manifeste a intenção de recorrer.

14.21 - Se a oferta não for aceitável ou se o licitante desatender às exigências habilitatórias, o (a) Pregoeiro (a) examinará as ofertas subsequentes e a qualificação dos licitantes, na ordem de classificação, e assim sucessivamente, até a apuração de uma que atenda ao edital, sendo o respectivo licitante declarado vencedor.

14.22 - Caso não haja representante credenciado, dentre as empresas convocadas para completar o número de três, na forma dos subitens **14.7 e 14.8** serão considerados os preços ofertados pelas empresas do envelope de proposta, para efeito de classificação final, não havendo qualquer hipótese de nova convocação de licitantes remanescentes para oferta de lances verbais.

14.23 - O (a) Pregoeiro (a), na fase de julgamento, poderá promover quaisquer diligências julgadas necessárias à análise das propostas e da documentação, devendo os licitantes atender às solicitações no prazo por ele estipulado, contado do recebimento da convocação.

14.24 - Da Sessão Pública será lavrada ata circunstanciada, devendo ser assinada pelo (a) Pregoeiro (a), pela Equipe de Apoio e por todas as empresas licitantes presentes.

14.25 - Microempresas e empresas de pequeno porte:

14.25.1 - a microempresa ou a empresa de pequeno porte mais bem classificada, nos termos do art. 44 da Lei Complementar nº 123/2006, com preços iguais ou até 5% (cinco por cento) superiores à proposta de melhor preço, será convocada para apresentar nova proposta no prazo máximo de 5 (cinco) minutos após o encerramento dos lances, sob pena de preclusão, de acordo com o estabelecido no § 3º do art. 45 da Lei Complementar nº 123/06;

14.25.2 - não ocorrendo a apresentação da proposta da microempresa ou empresa de pequeno porte, na forma do subitem anterior, serão convocadas, na ordem classificatória, as remanescentes que porventura se enquadrem na hipótese acima, para o exercício do mesmo direito.



15 - DOS RECURSOS

15.1 - Declarado o vencedor e ao final da sessão, qualquer licitante poderá manifestar imediate e motivadamente a intenção de recorrer, quando lhe será concedido o prazo de 3 (três) dias úteis para apresentação das razões do recurso, ficando os demais licitantes desde logo intimados para apresentar contrarrazões em igual número de dias, que começarão a correr do término do prazo do recorrente, sendo-lhes assegurada vista imediata dos autos.

15.2 - Os recursos e as contrarrazões interpostos pelas licitantes referentes a este Pregão deverão ser protocolados no Protocolo Geral da Prefeitura Municipal de Quissamã, localizado na Rua Conde de Araruama, 425 - Centro - Quissamã - RJ, no horário das 8hs às 11h30 e de 13h30 às 17hs, de segunda a quinta-feira, e das 8hs às 12hs, na sexta-feira, exceto feriados.

15.3 - O acolhimento do recurso importará na invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento.

16 - DA FORMALIZAÇÃO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇO

16.1 - Uma vez homologado o resultado da licitação será formalizada a Ata de Registro de Preços, documento vinculativo obrigacional, com características de compromisso para a futura contratação, que terá vigência até 12 (doze) meses, a partir da sua assinatura.

16.2 - O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE convocará formalmente a licitante classificada em primeiro lugar, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, informando o local e data para assinatura da Ata de Registro de Preços. A convocação far-se-á através de ofício, dentro do prazo de validade de sua proposta.

16.2.1 - O prazo previsto no item anterior poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, quando, durante o seu transcurso, for solicitado pelo fornecedor convocado, desde que ocorra motivo justificado e aceito pelo Fundo Municipal de Saúde.

16.2.2 - Para retirada do empenho, a licitante vencedora deverá manter a mesmas condições de habilitação consignadas neste edital.

16.2.3 - Nos termos do art. 62 da Lei n.º 8.666/93, o presente edital e seus anexos e a proposta do adjudicatário serão partes integrantes da nota de empenho de despesa, a qual substituirá o instrumento de contrato.



16.2.4 - A recusa injustificada do adjudicatário em aceitar a nota de empenho, até 5 (cinco) dias após sua emissão, caracteriza o descumprimento total da obrigação, sujeitando-o às penalidades legalmente estabelecidas, e facultando a **PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ** convocar os licitantes remanescentes, obedecida a ordem de classificação ou revogar a licitação.

16.2.5 - É vedada a subcontratação, cessão ou transferência parcial ou total do objeto deste edital.

16.2.6 - Quando do comparecimento da empresa para assinatura da Ata, deverão ser apresentados os documentos de Carteira de Identidade e o Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) do responsável pela assinatura do contrato e o ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor. Se for procurador, apresentar, juntamente, a procuração comprovando o mandato.

16.2.7 - A ata firmada com o licitante fornecedor observará a minuta do Anexo VIII, podendo ser alterada nos termos dos artigos 57, 58 e 65, da Lei n.º 8.666/93.

16.2.8 - A Ata de Registro de Preços, durante sua vigência, poderá ser utilizada e estendida a qualquer Órgão Público ou Entidade da Administração Municipal, que não tenha participado do certame licitatório, mediante prévia consulta ao órgão/entidade gerenciador da Ata de Registro de Preços, desde que devidamente comprovada a vantagem de sua utilização.

16.2.9 - O (s) Órgão (aos) Público (s) e/ou Entidade (s) da Administração que não participar (em) do registro de preços, e que desejar (em) fazer uso da Ata de Registro de Preços, deverá (ão) manifestar seu interesse junto ao órgão/entidade gerenciador da Ata de Registro de Preços, para que indique os possíveis fornecedores e respectivos preços a serem praticados, obedecidos a ordem de classificação.

16.2.10 - Caberá ao fornecedor beneficiário da Ata de Registro de Preços, observadas as condições nela estabelecidas, optar pela aceitação ou não pelo fornecimento a outros Órgãos Públicos e/ou Entidades da Administração, independentemente dos quantitativos registrados em Ata, desde que este fornecimento não prejudique as obrigações anteriormente assumidas.

16.2.11 - As aquisições ou contratações adicionais a que se refere o subitem anterior não poderão exceder por Órgão Público e/ou Entidades da Administração, a 50% (cinquenta por cento) dos quantitativos registrados na Ata de Registro de Preços.



16.2.12 - O quantitativo decorrente das adesões à ata de registro de preços não poderá exceder, na totalidade, ao dobro do quantitativo de cada item registrado na ata de registro de preços, independente do número de órgãos não participantes que aderirem.

16.2.13 - O Órgão gerenciador somente poderá autorizar adesão à ata após a primeira aquisição ou contratação por Órgão integrante da ata.

16.2.14 - Após a autorização do Órgão Gerenciador, o Órgão não participante deverá efetivar a aquisição ou contratação solicitada em até noventa dias, observado o prazo de vigência da ata.

17 - DA EMISSÃO DOS PEDIDOS

17.1 - O Fundo Municipal de Saúde, respeitada a ordem de registro, selecionará os fornecedores para os quais serão emitidos os pedidos de fornecimento, quando necessário.

17.2 - O fornecedor convocado que não cumprir as obrigações estabelecidas na Ata de Registro de Preços estará sujeito às sanções previstas neste edital. Neste caso, o Fundo Municipal de Saúde convocará, obedecida a ordem de classificação, o próximo fornecedor registrado no SRP.

18 - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

18.1 - No caso de descumprimento total ou parcial das condições deste edital, o Fundo Municipal de Saúde, sem prejuízo das perdas e danos e das multas cabíveis, nos termos da lei civil, aplicará à contratada, conforme o caso, as penalidades previstas nos art. 86, 87 e 88 da Lei Federal nº 8.666/93, bem como, no que couber, as seguintes sanções:

18.1.1 - multa moratória de 1% (um por cento) ao dia, por dia útil que exceder o prazo de fornecimento, sobre o valor do saldo não atendido, respeitados os limites da lei civil;

18.1.2 - multa administrativa de até 20% (vinte por cento) sobre o valor da nota de empenho, nas demais hipóteses de inadimplemento ou infração de qualquer natureza, seja contratual ou legal.

18.1.3 - As multas moratórias e administrativas poderão ser aplicadas cumulativamente ou individualmente, não impedindo que o Fundo Municipal de Saúde rescinda, unilateralmente, a Ata de Registro de Preço e aplique as demais sanções legais cabíveis.

18.1.4 - As multas administrativas e moratórias aplicadas serão descontadas dos pagamentos eventualmente devidos pela Administração à contratada ou, ainda, quando for o caso, cobrada judicialmente, em consonância com os parágrafos 2º e 3º do art. 86 da Lei Federal nº 8.666/93.



18.1.5 - A aplicação de multas não elidirá, em face do descumprimento do pactuado, o direito do Fundo Municipal de Saúde de rescindir de pleno direito o contrato, independente de ação, notificação ou interpelação judicial ou extrajudicial, sem prejuízo das demais cominações legais e contratuais cabíveis, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

18.1.6 - A licitante que não retirar o empenho dentro do prazo de validade da sua proposta, deixar de entregar a documentação exigida para a contratação, retardar a execução, descumprir, injustificadamente, qualquer cláusula contratual, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal poderá, nos termos do art. 7º da Lei Federal nº 10.520/02, ser impedida de contratar com a Administração Pública pelo prazo de até 5 (cinco) anos, sem prejuízo da aplicação das demais cominações legais, tudo proporcionalmente ao grau de culpabilidade da conduta apenada.

19 - DO RECEBIMENTO DO OBJETO

19.1 - Observado o prazo de entrega, horários e local, os materiais serão recebidos definitivamente pelo Fundo Municipal de Saúde, imediatamente após verificada a conformidade das quantidades e especificações com aquelas contratadas e consignadas no ANEXO II (Descrição da compra) deste edital;

19.2 - O aceite/aprovação dos produtos pelo Fundo Municipal de Saúde não exclui a responsabilidade civil do fornecedor por vício de quantidade ou qualidade do material ou disparidades com as especificações estabelecidas no ANEXO II (Descrição da compra) deste edital;

19.3 - O(s) licitante(s) vencedor(es) terá (ão) que entregar os produtos objeto deste Edital no Almoxarifado da SEMSA, à Rua Barão de Monte Cedro, S/Nº – Centro - Quissamã CEP 28.735-000, no horário das 8h às 16h, de segunda a sexta-feira, exceto nos feriados do Município de Quissamã, do Estado do Rio de Janeiro e Nacional, telefone (22) 2768-9300, ramal 9440.

20 - DO CANCELAMENTO DO REGISTRO DE PREÇOS

20.1 - O fornecedor registrado poderá ter o seu registro de preços cancelado, por intermédio de processo administrativo específico, assegurado o contraditório e ampla defesa.

20.2 - O cancelamento do seu registro poderá ser:



20.2.1 - a pedido do próprio, quando comprovar estar impossibilitado de cumprir as exigências da Ata, pela ocorrência de fato superveniente que venha comprometer a perfeita execução contratual, decorrente de caso fortuito ou de força maior devidamente comprovado.

20.2.2 - por iniciativa do Fundo Municipal de Saúde:

20.2.2.1 - quando o fornecedor registrado:

- a) não aceitar reduzir o preço registrado, na hipótese deste se tornar superior àqueles praticados no mercado;
- b) perder qualquer condição de habilitação ou qualificação técnica exigida no processo licitatório;
- c) descumprir as obrigações decorrentes da Ata de Registro de Preços;
- d) não assinar o contrato ou deixar de retirar a respectiva nota de empenho ou instrumento equivalente, no prazo estabelecido pelo Fundo Municipal de Saúde, sem justificativa aceitável;

20.2.2.2 - por razões de interesse público, devidamente motivadas e justificadas.

20.3 - Em qualquer das hipóteses acima, concluído o processo, o Fundo Municipal de Saúde fará devido apostilamento na Ata de Registro de Preços e informará aos proponentes a nova ordem de registro.

21 - DA REVOGAÇÃO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

21.1 - A Ata de Registro de Preços poderá ser revogada pela Administração:

22.1.1 - automaticamente;

22.1.2 - por decurso de prazo de vigência;

22.1.3 - quando não restarem fornecedores registrados.

22.1.4 - pelo Fundo Municipal de Saúde, quando caracterizado o interesse público.

22 - CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

22.1 - A licitante contratada deverá apresentar a documentação para a cobrança respectiva ao Departamento de Despesas do Fundo Municipal de Saúde, até o 5º (quinto) dia útil posterior à data final do período de adimplemento da obrigação.

22.2 - O pagamento será efetuado por empenho ordinário e realizado em até 30 dias, sem juros e consectários após o cumprimento do objeto e apresentação do documento fiscal, que deverá ser aceito pelo órgão comprador.



22.3 - Caso o FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE efetue o pagamento devido à contratada em prazo inferior a 30 (trinta) dias, será descontado da importância devida o valor correspondente a 0,033% (trinta e três milésimos por cento) por dia de antecipação.

22.4 - Na hipótese de o documento de cobrança apresentar erros, fica suspenso o prazo para pagamento, prosseguindo-se a contagem somente após a apresentação da nova documentação isenta de erros.

22.5 - O atraso no pagamento implicará na incidência de juros de 1% (um por cento) ao mês, mais TR como compensação financeira, calculado pro rata die entre o 31º (trigésimo primeiro) dia da data da entrega aposta pelo protocolo do FMS no título da cobrança e a data do efetivo pagamento.

22.6 - Os pagamentos efetuados antecipadamente, sofrerão desconto pro rata die, calculados pela variação da TR entre o dia do efetivo pagamento e data inicialmente prevista para pagamento.

§ 1º - A variação do valor contratual para fazer face ao reajuste de preços, as atualizações, compensações ou penalizações financeiras decorrentes das condições de pagamento estabelecidas, bem como, o empenho de dotações orçamentárias suplementares até o limite do seu valor corrigido podem ser registrados por simples apostila, dispensado o aditamento.

23 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

23.1 - As informações relativas a este Edital poderão ser esclarecidas junto ao Fundo Municipal de Saúde, na Rua Conde de Araruama, 425 – Centro - Quissamã – RJ, de segunda a quinta-feira no horário de 8h às 11h e de 13h30 às 16h, e sexta-feira no horário de 08h às 11h ou pelo telefone (22) 2768-9300, ramal 9383, com o Sr. Alexandre, ou com o Departamento de Licitação pelo telefone (22) 2768-9300, ramal 9323, exceto feriados. As dúvidas a serem esclarecidas por telefone serão aquelas de caráter estritamente informal.

23.2 - O edital poderá ser consultado por qualquer interessado na Sala da Comissão Permanente de Licitação, situada à Rua Conde de Araruama, 425 – Centro – Quissamã – RJ, durante o expediente normal do órgão licitante e no site: www.quissama.rj.gov.br.

23.3 - As normas que disciplinam este pregão serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, desde que não comprometa o interesse da Administração, a finalidade e a segurança da contratação.



23.4 - Se não houver tempo suficiente para a abertura dos envelopes "Proposta" e "Documentação" em um único momento, em face do exame da proposta/documentação com os requisitos deste edital, ou, ainda, se os trabalhos não puderem ser concluídos e/ou surgirem dúvidas que não possam ser dirimidas de imediato, os motivos serão consignados em ata e a continuação dar-se-á em sessão a ser convocada posteriormente.

23.5 - Os envelopes não abertos, já rubricados no fecho, obrigatoriamente, pelo (a) Pregoeiro (a) e pelos representantes legais das licitantes presentes, ficarão em poder do (a) Pregoeiro (a) e sob sua guarda até nova reunião oportunamente marcada para prosseguimento dos trabalhos.

23.6 - A Administração poderá, a qualquer momento, revogar esta Licitação por razões de interesse público, decorrente de fato superveniente devidamente comprovado, ou anular o certame, se constatado vício no seu processamento.

23.7 - Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização do certame na data marcada, a sessão de entrega e abertura dos envelopes será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo horário e local aqui estabelecidos, desde que não haja comunicação expressa do (a) Pregoeiro (a) em contrário.

23.8 - Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e seus anexos, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento, e considerar-se-ão os dias consecutivos, exceto quando for explicitamente disposto em contrário. Ademais, os prazos somente se iniciam ou vencem em dias de expediente na Prefeitura Municipal de Quissamã.

23.9 - Os proponentes assumem todos os custos de preparação e de apresentação de suas propostas e a Prefeitura Municipal de Quissamã não será, em nenhum caso, responsável por esses custos, independentemente da condução ou do resultado do processo licitatório.

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

23.11 - O desatendimento de exigências formais não essenciais não importará no afastamento do proponente, desde que seja possível a aferição da sua qualificação e a exata compreensão da sua proposta, durante a realização da sessão pública de Pregão.



República Federativa do Brasil – Estado do Rio de Janeiro
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
Rua Conde de Araruama, 425 – Centro – Quissamã – RJ

Processo ^{P.M.Q.} 14900 / 2021
Rubrica uuu Fls 913

23.12 - Os dispositivos que se referem à microempresa aplicam-se, extensivamente, ao Microempreendedor Individual (MEI), nos termos do §2º, art. 18E, da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006.

23.13 - Os envelopes com os documentos relativos à habilitação das licitantes não declaradas vencedoras permanecerão em poder do (a) Pregoeiro (a), devidamente lacrados, até que seja formalizada a assinatura do contrato ou documento equivalente (nota de empenho) pela (s)

licitante (s) vencedora (s). Após o que ficarão por 10 (dez) dias à disposição das licitantes interessadas e, ao final deste prazo, sem que sejam retirados, os mesmos serão destruídos.

23.14 - Da reunião lavrar-se-á ata circunstanciada na qual será registrada as ocorrências relevantes e que, ao final, será assinada pelo (a) Pregoeiro (a), pela Equipe de Apoio e pelos proponentes presentes.

23.15 - Após a realização deste Pregão, os interessados poderão ter acesso aos autos do respectivo processo administrativo, de acordo com o Decreto Municipal nº 2131/2016 que regulamenta o procedimento de acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do §3º do art. 37 e no §2º do art. 216 da Constituição Federal, e na Lei Federal nº 12.527 de 18 de novembro de 2011.

23.16 - Os casos omissos ou situações não explicadas neste Edital e seus anexos serão decididos pelo (a) Pregoeiro (a) com base na legislação em vigor.

23.17- Para fins de dirimir controvérsias deste certame elege-se o foro competente da Comarca de Carapebus/Quissamã, excluído qualquer outro.

Quissamã (RJ), 11 de maio de 2022.


Antônio Carlos do Espírito Santo
Assistente Executivo



República Federativa do Brasil – Estado do Rio de Janeiro
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
Rua Conde de Araruama, 425 – Centro – Quissamã – RJ

Processo: P.M.Q. 14900/2021
Rubrica: *mmf* Fis. 914

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

EDITAL

PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 065/2022

ANEXO I

I - OBJETO

Registro de Preços para aquisição de material gráfico (impressos) destinados as Unidades de Saúde da rede SUS de Quissamã, Coordenação ESF, Vigilância Sanitária, inclusive o Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus – Quissamã.

II - ESPECIFICAÇÃO ITEM

Especificação do item em Anexo

III - JUSTIFICATIVA

A aquisição dos materiais gráficos se faz necessária no intuito de atender a demanda das unidades de saúde de rede SUS de Quissamã, Coordenação ESF, Vigilância Sanitária, inclusive o Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus – Quissamã. Bem como repor o estoque de materiais de expediente, necessário ao funcionamento das unidades – Secretaria Municipal de Saúde de Quissamã. Os impressos são utilizados rotineiramente pelas Unidades, e inclui formulários de alta complexidade e de grande importância como os receituários comuns, utilizado pelos médicos da rede para prescrições médicas. A confecção dos impressos evitará gastos com fotocópias, além da melhoria na qualidade dos documentos.

IV - CRITÉRIO DE JULGAMENTO

Será(ão) vencedora(s) a(s) proposta(s) que:

A compra do item se dará por meio da modalidade licitatória Pregão Presencial, tipo Menor Preço por item.

Atender integralmente às descrições dos itens elencados na presente solicitação de materiais.



República Federativa do Brasil – Estado do Rio de Janeiro
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
Rua Conde de Araruama, 425 – Centro – Quissamã – RJ

P.M.Q. | 2021
Processo 24900 |
Rubrica unif Fis 915

V - LOCAL DE ENTREGA

Almoxarifado SEMSA

Endereço: Rua Barão de Monte Cedro – S/N

Bairro: Centro

Fone: (22) 2768-9300 – ramal: 9440

VI - PRAZO DE ENTREGA

Sempre que julgar necessário, a Contratante solicitará, durante a vigência do Registro de preços, a entrega dos itens registrados, na quantidade necessária, mediante a entrega da Ordem de Fornecimento e Nota de Empenho.

O prazo previsto para entrega do objeto deverá ser de 20 (vinte) dias, após o recebimento da nota de empenho e ordem de fornecimento na Secretaria Municipal de Saúde – Quissamã, no local determinado pelo órgão licitante, sob pena de serem aplicadas as sanções administrativas previstas no art. 87, da lei 8.666/93.

VII - CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

O pagamento será efetuado por empenho ordinário e em até 30 dias, sem juros e consectários após entrega dos materiais solicitados e apresentação de documento fiscal, que deverão ser aceitos pelo órgão licitante.

VIII - CUSTO DOS MATERIAIS

O valor estimado para aquisição dos materiais gráficos é de R\$ 239.879,84 (duzentos e trinta e nove mil oitocentos e setenta e nove reais e oitenta e quatro centavos).

Os preços apresentados pelo(s) licitante(s) serão fixos e irrevogáveis, sendo vedada a inclusão de frete ou quaisquer ônus adicionais ao preço apresentado quando da licitação.

IX - PERÍODO DE VIGÊNCIA/CONSUMO

O período de vigência/ previsão de consumo estimado dos materiais gráficos para tendimento das Unidades de Saúde da rede SUS de Quissamã, Coordenação ESF, Vigilância Sanitária, inclusive o Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus – Quissamã é de 12 (doze) meses.



X - PESQUISA DE PREÇO DE MERCADO

Ressaltamos que encontramos fonte de consulta em Sistema de Compras da Prefeitura Municipal de Quissamã/RJ – Processo Nº 10117/2018. Mês de referência em que obtivemos os orçamentos – Junho e Setembro de 2021.

Em pesquisa de preços de mercado, informamos que foi realizado tentativas de cotações com vários fornecedores mas até a presente data, apenas 3 (Três) fornecedores responderam a proposta. Considera-se a necessidade dos itens visando a continuidade dos serviços na Rede Municipal de Saúde.

XI - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes da contratação do objeto deste Termo de Referência correrão à conta dos recursos específicos consignados no orçamento da Contratante. Para fazer face às despesas será emitida Nota de Empenho.

CÓDIGO	NATUREZA	FONTE	FICHA	RECURSO	"%"
10.122.0110.2095	3.3.90.30.00.00	170403	1237	ROYALTIES PELO EXCE	5%
10.301.0116.2095	3.3.90.30.00.00	160002	1287	ATENÇÃO BÁSICA	10%
10.301.0116.2095	3.3.90.30.00.00	162102	1285	CO-FINANCIAMENTO	5%
10.301.0116.2095	3.3.90.30.00.00	170401	1288	ROYALTIES ATÉ 5%- LEI	10%
10.301.0119.2095	3.3.90.30.00.00	170401	1328	ROYALTIES ATÉ 5%- LEI	5%
10.302.0120.2095	3.3.90.30.00.00	160003	1374	ATENÇÃO DE ALTA E M	5%
10.302.0120.2095	3.3.90.30.00.00	162101	1372	PROGRAMA ASSIST. HO	10%
10.302.0120.2095	3.3.90.30.00.00	162104	1371	ATENÇÃO PSICOSSOCI	5%
10.302.0120.2095	3.3.90.30.00.00	170401	1375	ROYALTIES ATÉ 5%	5%
10.303.0121.2333	3.3.90.30.00.00	170403	1426	ROYALTIES PELO EXCE	10%
10.303.0121.2333	3.3.90.30.00.00	160001	1425	ASSISTENCIA FARMACI	5%
10.304.0117.2095	3.3.90.30.00.00	160005	1453	VIGILANCIA EM SAÚDE	10%
10.304.0117.2095	3.3.90.30.00.00	170403	1454	ROYALTIES PELO EXCE	5%
10.306.0122.2336	3.3.90.30.00.00	160002	1466	ATENÇÃO BÁSICA	5%
10.306.0122.2336	3.3.90.30.00.00	170401	1467	ROYALTIES ATÉ 5%- LEI	5%



República Federativa do Brasil – Estado do Rio de Janeiro
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
Rua Conde de Araruama, 425 – Centro – Quissamã – RJ

P.M.Q.
Processo 14900/2021
Rubrica *[assinatura]* Fls. 917

Cumpre-nos informar que o recurso destinado para pagamento da presente despesa não advém de transferência voluntária da União.

Informa, ainda, que da dotação orçamentária constante dos autos, este órgão pretende utilizar recurso ROYALTIES, ATENÇÃO BÁSICA, CO-FINANCIAMENTO, PROGRAMA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR, ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, ASSISTÊNCIA FARMACEUTA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE, sendo certo que alterações podem ocorrer de acordo com a disponibilidade financeira e orçamentária do município durante a execução.



República Federativa do Brasil – Estado do Rio de Janeiro
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
Rua Conde de Araruama, 425 – Centro – Quissamã – RJ

P.M.Q.
Processo 24900/2021
Rubrica *mmf* Fls 918

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

EDITAL

PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 065/2022

ANEXO II/I

ARTES

Processo ^{P.M.Q.1} 14900/2021
Rubrica unif Fis 919



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE - SUS

RÓTULO DE SORO


DATA _____	
NOME _____	
LEITO _____	
INICIO _____	FIM _____
GOTEJAMENTO _____	
SORO _____	
COMPONENTES _____	

SMSQ-101

Ass. Resp.: _____

C.P.L
visto

67
P.M.O.
Processo 14900/2021
Rubrica umf Fis 922

	CLOREXIDINA ALCOÓLICA 5%
DATA DE ENVASE:	/ /
DATA DE TROCA:	/ /
RESPONSÁVEL:	

C.P.L
visto

Processo ^{P.M.O.} 24900/2021
Rubrica unif Fis 924



**CLOREXIDINA
DEGERMANTE 2%**

Data de envase: _____
Data de troca: _____
Responsável: _____

C.P.L
visto

PMO
Processo 14900/2021
Rubrica mmf Fis 926

HOSPITAL MUNICIPAL MARIANA MARIA DE JESUS
SERVICO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA
QUISSAMÁ

CAFÉ DA MANHÃ COLAÇÃO LANCHE CEIA

Nome: _____ SETO R _____
Idade: _____ DATA: ____/____/2021

<input type="checkbox"/> C/L + PÃO	<input type="checkbox"/> C/L + DISCOITO
<input type="checkbox"/> CHÁ	<input type="checkbox"/> VITAMINA
<input type="checkbox"/> MINGAU	<input type="checkbox"/> IOGURTE
<input type="checkbox"/> SUCO	<input type="checkbox"/> COQUETE LAXATIVO

C.P.L
visto

Processo PM.O. 14900/2021
Rubrica [assinatura] Fls 927

HOSPITAL MUNICIPAL MARIANA MARIA DE JESUS
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA
QUISSAMÃ

DIETA ENTERAL

() CM () UTI GERAL () C.C () PSIQ. () UTI COVID () PED () MAT () EMERG

Horário de início da Infusão: _____ h

NOME: _____ LEITO: _____ DATA: _____

DIETA: _____

VOLUME: _____

* Em casos de diarreia e/ou R0 maior que 200,rv* substitui infusão para metade
**AÍQS ABERTA, VALIDADE DE _____ HORAS



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS



ATESTADO DE MOLÉSTIA

Atesto para os devidos fins que _____
_____ não sofre de
moléstia infecto contagiosa ou psíquica nesta data, que o impeça

Quissamã, _____ de _____ de _____

Assinatura e Carimbo,

11
P.M.O.
Processo 14900/2021
Rubrica mmf Fis. 929



PREFEITURA DE QUISSAMÃ
SECRETARIA DE SAÚDE

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
PROGRAMA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
TEL.: (22) 2768-1445

**ATESTADO MÉDICO PARA FREQUENTAR O
PARQUE AQUÁTICO**

ATESTO QUE _____
NÃO APRESENTA ALTERAÇÕES DE PELE OU CARDIO-RESPIRATÓRIAS, AO
EXAME FÍSICO, QUE IMPEÇAM DE FREQUENTAR A PISCINA.

QUISSAMÃ, _____

ASSINATURA E CARIMBO

C.P.L
visto

Processo ^{P.M.Q.} 14900 | 2021
Rubrica: mmf Fls 930



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS



ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que _____
_____ necessita de
afastamento do trabalho por _____ (_____) dias,
a partir de _____ / _____ / _____ por motivo de doença.

Quissamã, _____ de _____ de _____

Assinatura e carimbo

SMSQ - 006

C.P.L
visto



República Federativa do Brasil - Estado do Rio de Janeiro
Centro de Saúde Benedito Pinto Chagas
Rua Francisco de Assis Carneiro da Silva, 560
Alto Alegre - Quissamã/RJ * CEP: 28735-000

P.M.Q. 17
Processo: 24900 | 2021
Rubrica: mmf | Fls 431

AVALIAÇÃO PRÉ OPERATÓRIA

Declaro para os devidos fins, que o Sr(a) _____ será
submetido(a) ao procedimento _____ incorrendo nos
riscos habituais da Cirurgia / Anestesia.

Resumo da História Clínica:

Exame Físico:

Exame de Laboratório:

Risco Grau:

Atenciosamente,

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura

C.P.L
visto



**BOLETIM DO CENTRO CIRÚRGICO
 CIRURGIA - ANESTESIA**

GH

REG.º HOSPITAL

HOSPITAL

PACIENTE

PRONTUÁRIO

DIAGNÓSTICO

OPERAÇÃO

DATA

MATERIAL E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS	U.	Q.	V.U.	V.T.
Soro Fisiológico 500ml	frc			
Soro Glicosado 500ml	frc			
Ringer	frc			
Hemáceal 500ml	frc			
Sangue Total	frc			
Equipo de Sangue	tubo			
Equipo de Soró	tubo			
Escalpe	tubo			
Thionambutal	frc			
	vidro			
	ml			
Anestésico				
Flaxetil	amp.			
Atropina	amp.			
Prostigmine	amp.			
Oxigênio	unid.			
Lâmina de bisturi	unid.			
	unid.			
	unid.			
Sonda de nasofar	unid.			
Sonda de Foley	unid.			
	cm			
	folha			
	unid.			
	par			
	ml			
Luvas	ml			
	ml			
	ml			
	ml			
	ml			
	tubo			
Calgut Simples 1	tubo			
Calgut Simples 0	tubo			
Calgut Simples 2-0	tubo			
Calgut Cromado 1	tubo			
Calgut Cromado 0	tubo			
Calgut Cromado 2-0	tubo			
	tubo			
	tubo			
Fio de Algodão nº	tubo			
	tubo			
	tubo			
	tubo			

OPERAÇÃO		
TIPO	TABELA	DNPS
	Nº	Código
1 - Pequena		
2 - Média		
3 - Grande		

INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO

CIRURGIÃO
 Assinatura / CRM / Carimbo

AUXILIARES
 Assinatura / CRM / Carimbo

ANESTESIA		
	Nº	Minutos
3 - Outras		
2 - Local		
1 - Geral		

INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO

ANESTESIA
 Serviços de Terceiros? Sim Não
C.P.L
 visto
 Assinatura / CRM / Carimbo

MATERIAL E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS	U.	Q.	V.U.	V.T.
	unid.			
	unid.			
	ml			
	amp			
Katálár	ml			
Adrenalina	amp			
Xilocaína pesada 5%	amp			
Xilocaína a	amp			

INSTRUMENTADORA
Assinatura Legível
ENFERMEIRA DE SALA
Assinatura Legível

OBSERVAÇÕES

ATENÇÃO: O TÍTULO DESTA QUADRO ESTÁ ILEGÍVEL NO ORIGINAL

Data: ___/___/___ Assinatura do Cirurgião: _____

ANESTESIA

Anestesia - Ocorrências Principais

Data: ___/___/___ Assinatura do Anestesista: _____

NOTAS

1 - Relatar as causas que justifiquem, principalmente, a longa duração da operação, da anestesia e um maior consumo de material e medicamentos.

2 - Este boletim deverá acompanhar, obrigatoriamente, a conta individual como comprovante de despesas da sala de operação.

C.P.L
visto



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

ELETCARDIOGRAMA

DATA

NOME

DATA DE NASCIMENTO TELEFONE

ENDEREÇO

SMSQ-013

Frete

Processo ^{P.M.Q.} 149100/2021
Rubrica unif Fls 934

C.P.L
visto

SMSO-024 - vide verso

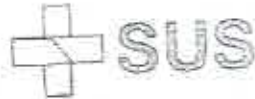
Processo P.M.Q. 14900/2024
Rubrica *mm* Fls 939

TRAZER SEMPRE ESTA CARTEIRA, E SUA
GARANTIA DE UM BOM ATENDIMENTO.

CUIDAR DA PRESSÃO E CUIDAR DO CORAÇÃO.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS



SISTEMA UNICO DE SAÚDE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

CARTEIRA DO PROGRAMA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

NOME

SEXO DATA DE NASCIMENTO

C.P.L
visto

1

DATA	HORA	CLÍNICA

PRONTUÁRIO _____

NOME _____

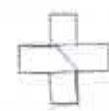
LOCALIDADE DE RESIDÊNCIA _____

MARCAÇÃO DE CONSULTA

DATA	HORA	CLÍNICA



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS



SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

CARTEIRA PROGRAMA DIABETES

NOME

SEXO

DATA DE NASCIMENTO

C.P.L
visto

↓

VERSO

DATA	GLICEMIA	GLICOSÚRIA	PA	MEDICAMENTOS

INTERCORRÊNCIAS	ORIENTAÇÕES

1

23
P.M.Q.
Processo 14900/2021
Rubrica mm Fls 246



Prefeitura Municipal de Quissamã
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Vigilância em Saúde

VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA ANIMAL - GRATUITA Ano:

LEIA PARA SUA SEGURANÇA

Se você for mordido por qualquer animal:

- a) Lave bem o ferimento com água e sabão e depois aplique iodo.
- b) Procure imediatamente a Unidade de Saúde mais próxima.
- c) Se possível, não sacrifique o animal. Prenda-o para observação durante 10 dias, oferecendo-lhe água e comida. Em caso de mudança de comportamento ou morte do animal, procure um médico Veterinário e retorne à Unidade de Saúde.

NAO E VALIDO PARA ANIMAIS EM TRANSITO

Mantenha esse comprovante de vacinação em seu poder até a próxima campanha de vacinação.

C.P.L
visto

24
P.M.Q. |
Processo 14900 | 2021
Rubrica mmf | Fls 947



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

COMPROVANTE DE VACINAÇÃO

VACINA APLICADA

Nome

Endereço

Data Nasc

Unidade de Saúde

Dose	Data	Unidade de Saúde	Responsável
1ª			
2ª			
3ª			
Ref.			
Ref.			

SMSQ-027

C.P.L
visto

PMQ.
Processo 14900/2021
Rubrica *mmf* Fls 948



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

COMUNICAÇÃO INTERNA

Data N.º

De

Para

BMSQ-028

C.P.L
visto

1



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

Diploma de Recém-Nascido

Nome: _____ Sexo: _____
Filho(a) de: _____
e _____
Idade Gestacional: _____ Peso: _____ Estatura: _____
Nascido(a) no dia: _____ de _____ às _____ horas
_____ Obstetra _____
_____ Pediatra _____

SM/SUS 0131

Processo 14900/2021 P.M.Q.
Rubrica [assinatura] Fls 951

C.P.L
visto

OBSERVAÇÕES

Registrar o nascimento de seu filho no Cartório de Registro Civil do Município de Quissamã - RJ à Rua Comendador José Julião, 383, Centro, Quissamã - RJ.
O Registro é Gratuito e obrigatório - Portaria Nº 3350/99 de 29/12/1999

Polegar Direito da Mãe

Pé direito do Recém-Nascido

ETIQUETA DE HEMODERIVADOS

Processo ^{P.M.O.} 12900/2021
Rubrica mmf Fis. 953

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: ___/___/____

Nº do Prontuário: _____

End. Completo do Paciente: _____

Hospital Solicitante: _____

Enfermeiro Responsável pela Coleta: _____

Tipo Sanguíneo: _____

Hematócrito: _____

Hora da Coleta Sanguínea: _____

Setor: _____

Leito: _____

C.P.L
visto

|



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
 Secretaria Municipal de Saúde
 Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus
 Serviço de Nutrição Dietética

EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

Nome: _____ Idade: _____ anos Sexo: () M () F

Data de Internação: ____/____/____ Diagnóstico Clínico: _____

	Data ____/____/____	Data ____/____/____	Data ____/____/____	Data ____/____/____	Data ____/____/____	Data ____/____/____
Dieta Prescrita	() Zero () Branda () Pastosa () Semilíquida () Líquida	() Zero () Branda () Pastosa () Semilíquida () Líquida	() Zero () Branda () Pastosa () Semilíquida () Líquida	() Zero () Branda () Pastosa () Semilíquida () Líquida	() Zero () Branda () Pastosa () Semilíquida () Líquida	() Zero () Branda () Pastosa () Semilíquida () Líquida
Tipo de Dieta	() Laxativa () Constipante () DM () Renal () Hipossódica	() Laxativa () Constipante () DM () Renal () Hipossódica	() Laxativa () Constipante () DM () Renal () Hipossódica	() Laxativa () Constipante () DM () Renal () Hipossódica	() Laxativa () Constipante () DM () Renal () Hipossódica	() Laxativa () Constipante () DM () Renal () Hipossódica
Aceitação Alimentar	() Boa () Inapetente	() Boa () Inapetente	() Boa () Inapetente	() Boa () Inapetente	() Boa () Inapetente	() Boa () Inapetente
Função Intestinal	() Presente () Ausente () Com Diarreia ____x/dia () Com Constipação	() Presente () Ausente () Com Diarreia ____x/dia () Com Constipação	() Presente () Ausente () Com Diarreia ____x/dia () Com Constipação	() Presente () Ausente () Com Diarreia ____x/dia () Com Constipação	() Presente () Ausente () Com Diarreia ____x/dia () Com Constipação	() Presente () Ausente () Com Diarreia ____x/dia () Com Constipação
Em Uso de Antibiótico	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
Em Uso de Pre/Probiótico	() Simfort ____x/dia () Fiber Mais ____x/dia	() Simfort ____x/dia () Fiber Mais ____x/dia	() Simfort ____x/dia () Fiber Mais ____x/dia	() Simfort ____x/dia () Fiber Mais ____x/dia	() Simfort ____x/dia () Fiber Mais ____x/dia	() Simfort ____x/dia () Fiber Mais ____x/dia
Em Uso de Suplemento	() Sim ____x/dia () Não	() Sim ____x/dia () Não	() Sim ____x/dia () Não	() Sim ____x/dia () Não	() Sim ____x/dia () Não	() Sim ____x/dia () Não
Avaliação Nutricional	Peso Estimado: ____ kg	Peso Estimado: ____ kg	Peso Estimado: ____ kg	Peso Estimado: ____ kg	Peso Estimado: ____ kg	Peso Estimado: ____ kg
Nutricionista Responsável						

Processo 14900/2021
 Rubrica 11111
 Nº 959

FRENTE



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

Mat.: _____

EVOLUÇÃO E TRATAMENTO

DATA

FICHA CLÍNICA AMBULATORIAL

Nome: _____

Data de Nasc. ____/____/____ Idade: ____ anos Sexo M F

Cor: 1 - Branco / 2 - Preto / 3 - Pardo / 4 - Outra Estado Civil: 1 - Casado / 2 - Solteiro / 3 - Viúvo / 4 - Desquitado ou Separado / 5 - Outro

Naturalidade: ____ Profissão: ____ Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: ____ Cidade: ____ Estado: _____

Queixa principal: _____

História da doença atual: _____

História patológica progressiva: _____

Processo ^{P.M.O.} 34900 / 2021
Rubrica mmf # 960

C.P.I.
visto



Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança

FICHA CLÍNICA AMBULATORIAL

I D E N T.	Nome: _____ DN <input type="text"/>	UNID. DE SAÚDE
	Mãe: _____	
	Pai: _____ SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	Endereço: _____	
		Nº Reg. <input type="text"/>

A N T E C E D E N T E S	PESO AO NASCER _____ g 250G () ESTATURA _____ cm P. CEF _____ cm
	PESO NA ALTA _____ g APGAR: 1º _____ 5º _____ REANIMAÇÃO: SIM () NÃO ()
	TIPO DE PARTO: NATURAL () CESÁREO () SIMPLES () MULTIPLO ()
	PRÉ-TERMO () TERMO () PÓS-TERMO ()
	MÃE: IDADE: _____ GESTA: _____ PARA: _____ CONSULTAS: 5 ou mais () Menos de 5 () PRÉ-NATAL: Nenhuma ()
	PATOLOGIAS DO PERÍODO PERINATAL { HIPERBILIRRUBINEMIA () PAT. NEUROLÓGICAS () ANOMALIA CONGENITA () DIFIC. RESPIRATÓRIA () SÍFILIS () OUTRAS INF. CONG. _____ TRAUMAS PARTO () OUTRAS () _____
ALTA DO RECÉM NASCIDO: SADIO () C/PATOLOGIA () _____	

A S P E C T O S D I N Â M I C O S	SAÚDE FAMILIAR
	ANOMALIA CONGENITA () DIABETE () ASMA/ALERGIA () _____
	IRMÃOS FALEC. 5 anos () D. MENTAIS () D. INFECCIOSAS () _____
	IRMÃOS DESNUTRIDOS () EPILEPSIA () ÁLCOOL/DROGAD. () OUTRAS () _____

A S P E C T O S D I N Â M I C O S	CONDIÇÕES SOCIAIS
	RESIDE COM: PAI () MÃE () OUTROS ()
	MÃE: TRAB. REMUNERADO: EM CASA () FORA DE CASA () NÃO ()
	INSTRUÇÃO: ANALFABETA () 1º GRAU COMPLETO () 1º GRAU COMPLETO E MAIS ()
	PROFISSÃO DO PAI: _____
REDE DE ÁGUA: SIM () NÃO () REDE DE ESGOTO: SIM () NÃO ()	

A S P E C T O S D I N Â M I C O S	ALIMENTAÇÃO NO 1º ANO																																																
	<table border="1"> <tr> <td>MESES</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td> </tr> <tr> <td>LEITE MATERNO</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>OUTRO LEITE</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>COMIDA DE SAL</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	MESES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	LEITE MATERNO												OUTRO LEITE												COMIDA DE SAL											
	MESES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11																																					
	LEITE MATERNO																																																
	OUTRO LEITE																																																
COMIDA DE SAL																																																	

A S P E C T O S D I N Â M I C O S	VACINAÇÃO BÁSICA																														
	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>BCG</td> <td>ANTIPÓLIO</td> <td>DPT (TRÍPLICE)</td> <td>ANTI-SARAMPO</td> <td>TOX. TETÂNICO</td> </tr> <tr> <td>1ª DOSE</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>2ª DOSE</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>3ª DOSE</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>REFORÇO</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		BCG	ANTIPÓLIO	DPT (TRÍPLICE)	ANTI-SARAMPO	TOX. TETÂNICO	1ª DOSE						2ª DOSE						3ª DOSE						REFORÇO					
		BCG	ANTIPÓLIO	DPT (TRÍPLICE)	ANTI-SARAMPO	TOX. TETÂNICO																									
	1ª DOSE																														
	2ª DOSE																														
3ª DOSE																															
REFORÇO																															

A S P E C T O S D I N Â M I C O S	INTERCORRÊNCIAS																												
	<table border="1"> <tr> <th rowspan="2">PROBLEMAS INTERCORRENTES</th> <th rowspan="2">IDA-DE</th> <th colspan="2">INTERNAÇÃO</th> <th rowspan="2">PROBLEMAS INTERCORRENTES</th> <th rowspan="2">IDA-DE</th> <th colspan="2">INTERNAÇÃO</th> </tr> <tr> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	PROBLEMAS INTERCORRENTES	IDA-DE	INTERNAÇÃO		PROBLEMAS INTERCORRENTES	IDA-DE	INTERNAÇÃO		SIM	NÃO	SIM	NÃO																
	PROBLEMAS INTERCORRENTES			IDA-DE	INTERNAÇÃO			PROBLEMAS INTERCORRENTES	IDA-DE	INTERNAÇÃO																			
		SIM	NÃO		SIM	NÃO																							

ESTES DADOS SÃO IMPORTANTES PARA A ORIENTAÇÃO DAS DEMAIS CONSULTAS E PARA AVALIAÇÃO DO RISCO.
 SMSO-039

C.P.L
visto



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

Processo ^{P.M.O.} 14900/2021
Rubrica mmf Fls 963
Cód. _____
Carimbo

FICHA DE EMERGÊNCIA

Recepcionista MOTIVO DO ATENDIMENTO: _____

Chegada ____ / ____ / ____ Recep. Ok ____ h Aux. Ok. ____ h Med. Ok. ____ h

Nome: _____

Endereço: _____ Cidade: _____ Est.: _____

Data Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ Sexo: Masc. Fem.

Responsável: _____

End. Responsável: _____ Cidade: _____ Est.: _____

Nome do Acompanhante: _____

End. Acompanhante: _____ Cidade: _____ Est.: _____

Motivo do Atendimento: _____

Exame Físico: PA: _____ TAX: _____ Pulso: _____ Peso: _____

Exames Solicitados: _____

Relatório de Enfermagem/Hora: _____

Diagnóstico: _____

Medicação: _____

ACIDENTE DE QUALQUER NATUREZA

Doméstico Trabalho Trânsito

Endereço do local do acidente (ou local de referência) _____

DESTINO DO PACIENTE

Internação Ambulatório Transferência Óbito Retirou-se a revelia

Data da Saída: ____ / ____ / ____ Hora: _____

C.P.L.
visto



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

FICHA ODONTOLÓGICA

Mat. Nº _____

Nome _____

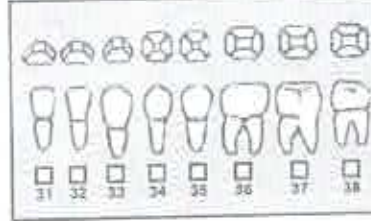
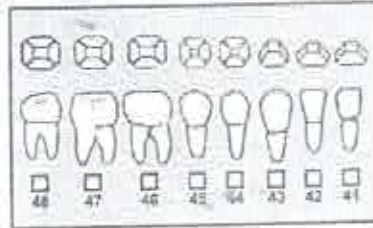
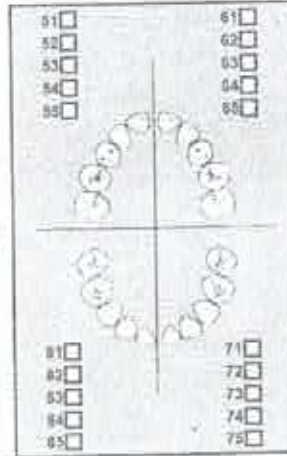
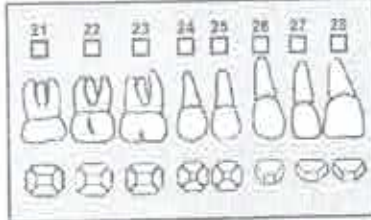
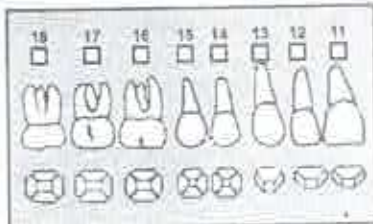
Endereço _____

Idade _____

Sexo _____

Início do Tratamento _____

Cirurg. Dentista _____



Cirurg. Dentista _____

Assinatura - CRO _____



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

VAI E VOLTA
 OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO
 PELO ESPECIALISTA

Atenção: Letra Legível - Cumpra o Art. 39 do Código de Ética Médica
FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

P.M.O. 14900 2021
 Processo 14900
 Rubrica [assinatura] Fls 968

Nome: _____ Matrícula: _____

Idade: _____ Sexo: M F

Nome do responsável: _____

Da USF: _____

Para a Especialidade de: _____

Motivo do encaminhamento:

Dados Clínicos:

Quissamã, _____ de _____ de _____

Assinatura e carimbo do Médico

CONTRA-REFERÊNCIA

Diagnóstico _____

Conduta: _____

Recomendações para o acompanhamento _____

Quissamã, _____ de _____ de _____

Assinatura e carimbo do Médico

C.P.L.
 visto

[assinatura]

HOSPITAL MUNICIPAL MARIANA MARIA DE JESUS - PEDIDO DE FARMÁCIA - CLÍNICA MÉDICA

DATA:	QUANT.	ASSINATURA SOLICITANTE:	QUANT.	RECEBIDO POR:
ABAIXADOR DE LINGUA	JELCO 18	SONDA NASOGÁSTRICA Nº 14		DIPIRONA AMPOLA
ABSORVENTE HIGIÊNICO	JELCO 20	SONDA NASOGÁSTRICA Nº 16		DIPIRONA COMPRIMIDO
ÁCIDO GRAXO ESSENCIAL (DERSANI)	JELCO 22	SONDA NASOGÁSTRICA Nº 18		DIPIRONA GOTAS
AGULHAS 13 X 4,5	JELCO 24	SONDA NASOGÁSTRICA Nº 20		FUROSEMIDA 40MG
AGULHAS 25 X 7,0	JONTEX	SONDA URETRAL Nº 10		FUROSEMIDA AMPOLA
AGULHAS 25 X 8,0	LÂMINA DE BARBEAR	TOUCA		GLICOSE 25%
AGULHAS 40 X 12	LÂMINA DE BISTURI 24	TUJUCA DESCARTÁVEL		GLICOSE 50%
ALCOOL 70% FRASCO 100ML (ALMOTOLIA)	LUVA DE PROCEDIMENTO G	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		HEPARINA
ALGODÃO ORTOPÉDICO	LUVA DE PROCEDIMENTO M	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		HIDROCLOROTIAZIDA 25MG
ATADUJA DE CREPON	LUVA DE PROCEDIMENTO P	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		HIDROCORTISONA 100MG
ATADURA DE CREPON	LUVA ESTÉRIL Nº	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		HIDROCORTISONA 500MG
AVENTAL	LUVA ESTÉRIL Nº	MEDICAMENTOS		INSULINA NPH
CATÉTER DUPLIO LÚMEN	LUVA ESTÉRIL Nº	ÁGUA DESTILADA 10ML		INSULINA REGULAR
CATÉTER NASAL	MÁSCARA DESCARTÁVEL	AAS		LOSARTANA 50MG
CLOREXIDINE ALCÓOLICA 0,5%	MICROPIRE	AAS 100MG		METILDOPA 500MG
CLOREXIDINE DEGERMANTE	MULTIVIAS	ÁGUA DESTILADA 10ML		METOCLOPRAMIDA AMPOLA
COLETOH DE URINA SISTEMA ABERTO	PRESTOBARBA	ÁGUA DESTILADA 1000ML		NIFEDIPINO 20MG
COLETOH DE URINA SISTEMA FECHADO	PROPÉ	ÁGUA DESTILADA 100ML		NISTATINA CREME
ELETRODO	SERINGA 10ML	ÁGUA DESTILADA 250ML		NISTATINA SOLUÇÃO
EQUIPO BOMBA INFUSORA	SERINGA 1ML	AMINOFILINA AMPOLA		ÓLEO MINERAL VIDRO 100ML
EQUIPO BURETA	SERINGA 20ML	ATROVENT		ÓLEO MINERAL VIDRO 100ML
EQUIPO DE DIETA ENTERAL	SERINGA 3ML	BEROTEC		OMEPRAZOL
EQUIPO FOTOSSENSIVEL	SERINGA 5ML	BROMOPRIMIDA AMPOLA		PROPRANOLOL 40MG
EQUIPO MACROGOTAS	SERINGA 60ML	BUSCOPAN COMPOSTO		RANITIDINA AMPOLA
EQUIPE SANGUE	SONDA ASPIRAÇÃO Nº 12	CAPTOPRIL 50MG		RINGER LACTATO 500ML
ESPADRAPAO	SONDA ASPIRAÇÃO Nº 14	CLORETO DE POTÁSSIO 10%		SOLUÇÃO DE GUCERINA (CLISTER)
FIO NYLON 3,0	SONDA ASPIRAÇÃO Nº 16	CLORETO DE POTÁSSIO XAROPE		SOLUÇÃO GELATINA 3,5% (ISOCEL)
FITA CREPE	SONDA FOLEY 2 VIAS Nº	CLORETO DE SÓDIO 20%		SORO FISIOLÓGICO 1000ML*
FITA DE HGT	SONDA FOLEY 2 VIAS Nº	COMPLEXO B		SORO FISIOLÓGICO 100ML
FRALDA	SONDA FOLEY 3 VIAS Nº	DESCLOPENIRAMINA LÍQUIDO		SORO FISIOLÓGICO 250ML
HIPOGLÓS	SONDA FOLEY 3 VIAS Nº	DEXAMETASONA CREME		SORO FISIOLÓGICO 500ML
JELCO 16	SONDA NASOENTERAL	DIMETICONA GOTAS		SORO GLICOSADO 5% 500ML

Processo: 14900/2021
 Rubrica: [assinatura] Fis: 909



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Quissamã
 Secretaria Municipal de Saúde

Processo 14900/2021
 Rubrica unif Fls 970

**LAUDO MÉDICO PARA
 AUTORIZAÇÃO
 CIRURGIA ELETIVA**

1. DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE		IDENTIDADE PESSOAL	
[]		[]	
NOME DO PAI		NOME DA MÃE	
[]		[]	
DOCUMENTO CADSUS		ENDEREÇO DO PACIENTE	
[]		[]	
BAIRRO	MUNICÍPIO	CEP	
[]	[]	[]	
UF <input type="checkbox"/>	DATA NASC.: / /	SEXO: FEM <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/>	TELEFONE: _____

2. ENCAMINHAMENTO MÉDICO - REDE MUNICIPAL

MÉDICO RESPONSÁVEL	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
[]	[]
PROCEDIMENTO SOLICITADO / DESCRIÇÃO	
[]	

ENCAMINHAMENTO PARA: _____
 ESPECIALIDADE

3. CONTROLE E AVALIAÇÃO

CONFERÊNCIA INFORMAÇÕES:	RESPONSÁVEL	DATA: / /
[]	[]	[]
AUTORIZAÇÃO PRÉVIA:	MÉDICO AUDITOR	DATA: / /
[]	[]	[]

4. PRESTADOR DE SERVIÇOS

SERVIÇO INDICADO	MÉDICO RESPONSÁVEL
[]	[]

CONFIRMAÇÃO DO PROCEDIMENTO: SIM NÃO Data do Procedimento: / /

Local da Cirurgia: _____ Hora: _____

5. CONTROLE E AVALIAÇÃO

Nº DA AUT. DO PROCEDIMENTO	Confirmação da data do procedimento: / /
[]	[]

DATA, ASSINATURA E CARIMBO
 MÉDICO SOLICITANTE

DATA: _____

DATA, ASSINATURA
 CONTROLE E AVALIAÇÃO

DATA: _____

DATA, ASSINATURA DO PACIENTE

DATA: _____

C.P.L
 visto



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL
MARIANA MARIA DE JESUS

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH



SISREG - Sistema de Informação de Regulação das Ações de Saúde

US EMISSORA DO LAUDO _____ REGISTRO PACIENTE _____

NOME DO HOSPITAL _____ CNPJ _____

CLÍNICA SOLICITANTE _____ Nº AUTORIZAÇÃO _____

TIPO DE LEITO
 MASC.: MISTO:
 FEM.: INF.:

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE _____

NOME DO PAI _____

NOME DA MÃE _____

DOCUMENTO _____ ENDEREÇO DO PACIENTE _____

BAIRRO _____ MUNICÍPIO _____ CEP _____

UFF: DATA NASC.: / / SEXO: FEM MASC TELEFONE: _____

NOME DO RESPONSÁVEL _____

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉD. SOLICITANTE _____ CPF MÉD. RESPONSÁVEL _____ ASS. MÉD. RESPONSÁVEL _____

C. INT. _____ PROC. SOLICITANTE _____ DESCRIÇÃO _____

DIAG. PRINC. (CID 10) _____ DESCRIÇÃO _____

RECURSOS NECESSÁRIOS _____ REGIÃO ABRANGÊNCIA _____

DATA DE INTERNAÇÃO: / / HORA DE INTERNAÇÃO: _____

LAUDO TÉCNICO

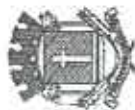
PRINCIPAIS CAUSAS:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Data, Assinatura e Carimbo
Médico Solicitante

Data, Assinatura e Carimbo
Direção da Unidade Solicitante

Data, Assinatura e Carimbo



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
HOSPITAL MUNICIPAL MARIANA MARIA DE JESUS
MAPA DE CONTROLE DE TEMPERATURA DE GELADEIRA

DIA	MANHÃ					TARDE					OBS.:
	HORA	MAX.	MIN.	MOMENTO	NOME	HORA	MAX.	MIN.	MOMENTO	NOME	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											

P.M.Q. 14900 | 2021
Processo 14900 | 2021
Rubrica *mmf* Fis 973

C.P.L
visto

16

|

PMQ
Processo 14900/2021
Rubrica mmf Fls. 975



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS



Atenção: Letra Legível - Cumpra o Art. 39 do Código de Ética Médica

RECEITUÁRIO

SMS0003

FARMÁCIA BÁSICA
SABENDO RECEITAR NÃO VAZ FALTAR

C.P.L
visto

1

P.M.Q. 42
Processo 14900/2021
Rubrica *[assinatura]* Fls 976

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1.ª VIA FARMÁCIA
2.ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ 36.292.605/0002-21

Av. Francisco de Assis Carneiro da Silva, 560 - Alto Alegre - Quissamã-RJ
Tels.: (22) 2768-1110 | 2768-1192

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Emitente _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident. _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____

Data ____/____/____

C.P.L.
visto

Nº do quartelão Trabalhado		SIM		NÃO	
Quartelão Concluído?					

Equipe / Agente			
Data			
Localidade Concluída			

VISITA			
NORMAL			
RECUPERAÇÃO			

RESUMO DIÁRIO DO TRABALHO DE CAMPO

Nº de Imóveis Trabalhados por tipo		Nº de depósitos inspecionados por tipo											
Residência	Comércio	TB	PE	Outros	Total	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total

Pendência		Fechados	
Aband.	Vazia	Aband.	Vazia

Nº de Imóveis		Nº de depósitos inspecionados	
Trat. Focal	Rel. Perifec	Trat. Focal	Rel. Perifec

Nº e seq dos quartelões trabalhados												
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Nº e seq dos quartelões concluídos												
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Eliminados	Depósitos				Adulticidade		Amostras
	BPU	BTI	Qtde. (Gramas)	Qtde. dep. Trat.	Qtde. Carga	Tipo	

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº e seq dos quartelões com Aedes Albopictus												
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Nº e seq dos quartelões com Aedes Aegypti												
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Com Aedes Aegypti	Com Aedes Albopictus	Nº de depósitos inspecionados					Total				
		A1	A2	B	C	D1		D2	E		

Larvas	Pupas	Xúvia de Pupas	Adultos

C.F.L visto

A1-caixa d'água (elevado); A2-Outros depósitos de armazenamento de água (baixo) B-Freqüentes depósitos móveis C-Depósitos fixos
 D1-Pneu e outros materiais rodantes D2-Lixo (recipientes plásticos, latas), sucatas entulhos E-Depósitos naturais

Data da Entrada	Data da Conclusão	Laboratório	Laboratorista	Assinatura



**REQUISIÇÃO DE COMPONENTES HEMOTERÁPICOS PARA INSTITUIÇÕES
 CADASTRADAS EM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA PRÓPRIO**

PREENCHER OBRIGATORIAMENTE TODOS OS ÍTENS EM NEGRITO

Nome da Instituição: _____
 Endereço: _____
 Cidade: _____
 Bairro: _____
 Telefone: _____

Nome do Paciente: _____
 Número do Prontuário: _____ N° AIH: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____ Peso: _____ Sexo: _____
 Diagnóstico: _____

Indicação da Transfusão: _____

Hematócrito: _____ Data do Exame: ____/____/____ (preencher quando requerido CH)
 Cont. Plaquetas: _____ Data do Exame: ____/____/____ (preencher quando requerido CP)
 TAP. Pac: _____ Controle: _____ Data do Exame: ____/____/____
 TAP. Pac: _____ Controle: _____ Data do Exame: ____/____/____

Componente Hemoterápico Solicitado

- Concentrado de Hemácias
- Concentrado de Plaquetas
- Crio Precipitado
- Plasma Fresco Congelado
- Concentrado de Hemácias Pediátrico _____ ml
- Outros _____

N° de Unidades

Só serão aceitas requisições acompanhadas de amostra de sangue do paciente colhida, identificadas com nome completo, registro e data da coleta.

Tenho ciência das Normas Técnicas de Hemoterapia publicadas na Portaria 1.376 do Ministério Saúde em 13/11/93 e responsabilizo-me pelo transporte e aplicação dos produtos solicitados.

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante

C.P.L
 visto



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

REQUISIÇÃO DE EXAME

UNIDADE: _____

Nome _____		Matr. _____		
End. _____				
Idade _____	Sexo _____	Peso _____	P.A. _____	Obs. _____
Dados Clínicos _____				
Exames Requisitados _____				

SMSQ-136

_____/_____/_____
Data

Assinatura e Carimbo do Médico



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

2527

P.M.Q. 14900/2021
Processo
Rubrica unif Fis. 981

Requisição de Material

Unidade: _____

Sector: _____

ITEM	UNIDADE	DESCRIÇÃO DO MATERIAL	PEDIDO	ATENDIDO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

ATENDIDO POR: _____ RECEBEDOR: _____ AUTORIZADO POR: _____ DATA: ____/____/____

CÓD. 67



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

2527

Requisição de Material

Unidade: _____

Sector: _____

ITEM	UNIDADE	DESCRIÇÃO DO MATERIAL	PEDIDO	ATENDIDO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

C.P.L
visto



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

REQUISIÇÃO DE RAIOS X

UNIDADE: _____

Nome _____

Matr. _____

End. _____

Idade _____

Sexo _____

Peso _____

P. A. _____

Obs. _____

Dados Clínicos _____

Exames Requisitados _____

SMSQ-138

____/____/____
Data

Assinatura e Carimbo do Médico

Processo 14900 / 2021
Rubrica [assinatura] Fls 982

C.F.L.
visto



P.M.Q.
Processo 14900/2021
Rubrica mmf fis 983

Requisição de Medicamento Não-Padronizado

Nome do paciente: _____ Setor/Quarto: _____

Medicamento: _____ Dosagem: _____

Forma farmacêutica: _____

Tempo de tratamento previsto: _____

Justificativa: _____

Médico solicitante: _____ Data ____/____/____

Análise Farmacêutica: _____

Autorizado por: _____ Data ____/____/____

Valor na farmácia R\$: _____

C.P.L
visto

RESUMO DE ALTA

P.M.O. 14900/2021
Processo 14900/2021
Rubrica *[assinatura]* Fls. 994

PRONTUÁRIO Nº _____ CLÍNICA: _____

NOME: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

DIAGNÓSTICO(S) INICIAL(ES): _____

DIAGNÓSTICO(S) FINAL(ES): _____

PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO / TERAPÊUTICO

Endoscopia Digestiva	Tomografia Computadorizada	Raios X	Ultra-sonografia	Colonoscopia	Ressonância Magnética
Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>

Plasma Humano	Concentrado de Hemácias	Plaquetas
Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> _____ Unidades	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> _____ Unidades	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> _____ Unidades

Albumina	Surfactante	Outros:
Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> _____ Unidades	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> _____ Unidades	

Punção Venosa Profunda	Punção Torácica	Entubação oro-traquel	Cateterismo Vesical
Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> _____ dias	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> _____ dias	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> _____ dias	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> _____ dias

Internação na UTI
Não Sim _____ dias Período: _____

Procedimento cirúrgico:
Não Sim Especificar: _____

Infecção durante a internação:
Não Sim Especificar: _____

Realização de cultura:
Não Sim Material: _____ Germe (s) Isolado (s): _____

Antibiótico(s) utilizado(s) / Período: _____

Complicações:
Não Sim Especificar: _____

Em caso de longa permanência
 Característica própria da doença Motivo social Intercorrência Doença crônica

Outros: _____

C.P.L.
visto

RESUMO CLÍNICO/INTERCORRÊNCIAS:

Processo ^{P.M.O.} 12900/2021
Rubrica *[assinatura]* Fls. 985

EXAMES LABORATORIAIS:

TERAPÊUTICA:

ORIENTAÇÕES APÓS ALTA:

Data de Alta: ____ / ____ / ____ Hora da Alta: _____

Tipo de Alta: Administrativa: Decisão Médica A Pedido Evasão
 Transferência para _____

Encaminhado ao Serviço:

Não Sim Especificar: _____

Observações: _____

Em caso de óbito: Data ____ / ____ / ____ Hora: ____:____

Na admissão Sem tratamento No decurso do tratamento Com menos de 24h Com mais de 24h

Causa mortis: _____

Quissamã-RJ, ____ de ____ de ____

C.P.L
visto

Assinatura e Carimbo do Médico Responsável



SOLICITAÇÃO DE EXAMES ESPECIAIS

UNIDADE REQUISITANTE: _____ CPF DO PACIENTE: _____

Nome: _____ Prontuário: _____

Data Nasc.: ____/____/____ Idade: _____ Naturalidade: _____ Sexo: M F

Estado Civil: _____ Profissão: _____ Tel.: _____

Nome da Mãe: _____ Nome do Pai: _____

Endereço: _____ Cidade: _____ Est.: _____

EXAME SOLICITADO: _____

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: Justificativa: _____

ROTINA Foram feitos exames complementares ou anteriores: NÃO SIM

Em caso afirmativo. Quais? _____

Dados Clínicos: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Assinatura do Médico
_____ Assinatura, CRM e Carimbo Data: / /

Autorização (Controle e Avaliação)
_____ Assinatura e Carimbo Data: / /

Assinatura Usuário ou Responsável
_____ Assinatura (caso não assine aplicar o polígrafo) Data: / /

OBS.: este exame somente será autorizado mediante preenchimento dos campos acima.

CCIH



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Solicitação para Liberação de Antibióticos

1. Nome: _____

2. Idade: _____ 3. Data de Admissão: ____/____/____ 4. Setor: _____

5. Diagnóstico Principal: _____ Laboratorial: S N

6. Cultura: S N

7. Cirurgia: S N

Tipo de cirurgia

- Limpa
- Potencialmente contaminada
- Contaminada
- Infectada

8. Fatores de risco:

- DM
- Acesso venoso profundo
- HAS
- Imunodeprimido
- Internação de longa duração
- Acamado
- Cateterismo vesical

9. Antibiótico solicitado: _____

10. Apresentação:

- VO
- IM
- IV
- Outros: _____
- Duração: _____ dias
- Horário: _____ h.

11. Motivo:

- Profilático
- Terapêutico

12. Indicação:

- Pneumonia
- Septicemia
- Ferida cirúrgica
- Infecção urinária
- Infecção / cateter
- Outros: _____

13. Tipo de Infecção:

- Hospitalar
- Comunitária (menos de 48h de internação)

14. Solicitante: _____

Data: ____/____/____
(Assinatura e carimbo)

C.P.L
visto

1



54
P.M.O. 14900/2021
Processo
Rubrica mmf Fls 988

República Federativa do Brasil – Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Quissamã
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Municipal Mariana Maria de Jesu

CONSENTIMENTO INFORMADO

Sr.(a) _____, declara, para todos os fins legais, e autoriza executar o tratamento cirúrgico designado " _____ no paciente _____, e

todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59 do código de Ética Médica e no art. 09 da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente

Nome _____

RG n/ _____

Assinatura do(a) médico(a)

Nome _____

CRM _____

Quissamã, _____ de _____ de _____

C.P.L
visto

1



República Federativa do Brasil - Estado do Rio de Janeiro
 Prefeitura Municipal de Quissamã
 Rua Conde de Araruama, 425 - Centro - Quissamã - RJ
 Secretaria Municipal de Saúde
 Programa DST / HIV / Aids e Hepatites Virais - Tel.: (22) 2768-1390 R: 234

P.M.O. 14900/2021
 Processo 14900/2021
 Rubrica [assinatura] Fls 989

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Fui devidamente esclarecido da importância da realização do teste para detecção do vírus HIV e importância de saber do resultado e/ou do benefício de iniciar ou dar continuidade ao tratamento. Autorizo a realização do exame, e que este serviço entre em contato comigo, se por algum motivo deixar de comparecer para a busca do resultado e/ou tratamento, desde que respeitados os meus direitos à privacidade e sigilo das informações.

_____ Assinatura ou impressão do usuário

_____ Assinatura ou impressão do Representante Legal

_____ Carimbo e assinatura profissional

Quissamã, ____ / ____ / ____



República Federativa do Brasil - Estado do Rio de Janeiro
 Prefeitura Municipal de Quissamã
 Rua Conde de Araruama, 425 - Centro - Quissamã - RJ
 Secretaria Municipal de Saúde
 Programa DST / HIV / Aids e Hepatites Virais - Tel.: (22) 2768-1390 R: 234

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Fui devidamente esclarecido da importância da realização do teste para detecção do vírus HIV e importância de saber do resultado e/ou do benefício de iniciar ou dar continuidade ao tratamento. Autorizo a realização do exame, e que este serviço entre em contato comigo, se por algum motivo deixar de comparecer para a busca do resultado e/ou tratamento, desde que respeitados os meus direitos à privacidade e sigilo das informações.

_____ Assinatura ou impressão do usuário

_____ Assinatura ou impressão do Representante Legal

_____ Carimbo e assinatura profissional

Quissamã, ____ / ____ / ____

C.P.L
visto



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
 HOSPITAL MARIANA MARIA DE JESUS
 UTI FICHA DE BALANÇA E SAE

PRONTUÁRIO:
 NOME:
 DIAGNÓSTICO:

DATA:
 IDADE:

LEITO:

CONTROLE HEMODINÂMICO

ENTRADAS

SAÍDAS

HORA	SINAIS VITAIS				GLICEMIA		ENTRADAS				SAÍDAS												
	PA	PAM	FC	FR	TEMP	SPO2	HGT	INS.	INFUSÕES VENOSAS CONTÍNUAS	IV	VO	CNE	DIETA	ÁGUA	ENTERAL	TOTAL ENTRADA	RG	DIURESE	FEZES	OUTROS	TOTAL SAÍDA		
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
PARCIAL																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
PARCIAL																							
TOTAL																							

Processo PMQ 1490/2021
 Rubrica 990

C.P.L.
 visto

505222

PM.Q. 14900/2021
Rubrica Ps 991

BALANÇO HÍDRICO - PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DIURNA

PACIENTE EM PRECAUÇÃO: () SIM () NÃO

QUAL PRECAUÇÃO?

PRESCRIÇÃO DO ENFERMEIRO DE PLANTÃO

OBRIGATÓRIO CHEGAGEM PELO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

() MANTER CABECEIRA ELEVADA A _____ AO DIA

() REALIZAR HIGIENE ORAL _____ AO DIA

() TROCAR OS EQUIPOS HOJE

() SENTAR PACIENTE FORA DO LEITO

() MANTER SNE NA MARCA DE Nº _____ E LAVAR COM 60 ML DE ÁGUA 6/5H

() MANTER TOT NA MARCA DE _____ EM _____ HE SON

EVOLUÇÃO NOTURNA

CONTROLES DE REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES PROTOCOLADAS

TÉCNICO DEVERÁ CHEGAR A ATIVIDADE NO QUADRO ABAIXO

HORA	DECÚBITO	MUDANÇA DECÚBITO	ASPIRAÇÃO		HIGIENE		CABECEIRA		TROCAS REALIZADAS
			TOT E TQT	VAS	ORAL	ELEVADA	ELEVADA	REALIZADAS	
8	DEC DORSAL								
10	DEC LAT ESQ								
12	DEC LAT DIR								
14	DEC DORSAL								
16	DEC LAT ESQ								
18	DEC LAT DIR								
20	DEC DORSAL								
22	DEC LAT ESQ								
24	DEC LAT DIR								
2	DEC DORSAL								
4	DEC LAT ESQ								
6	DEC LAT DIR								

LEMBRETES:

ASPIRAÇÃO TOT / TQT / VAS: 2 EM 2 HORAS E SEMPRE QUE NECESSÁRIO

HIGIENE ORAL: REALIZAR 2X AO DIA EM PAC ENTUBADOS

EM PACIENTES COM DIETA ORAL APÓS CADA REFEIÇÃO

DATA DOS EQUIPOS:

TROCAS DE EQUIPOS: A CADA 72 HORAS

ASSINATURA E CARIMBO ENFERMEIRO PLANTÃO DIURNO:

ASSINATURA E CARIMBO ENFERMEIRO PLANTÃO NOTURNO:

GRÁFICO DAS ÚLTIMAS 24 HORAS				TOTAL ACUMULADO DAS ÚLTIMAS 24 HORAS				
PA	MÁXIMAS		MÍNIMAS		ENTRADA	SAIDA	TOTAL	
	SIST	DIAST	MED	MED				
FC					CNE	DIURESE		
FR					IV	DRENOS		
TEMP					OUTROS	OUTROS		
GLIC					TOTAL	TOTAL		
							BALANÇO DAS 24H	
							TOTAL ACUMULADO	

SIS Pré-Natal: _____

Processo 14900 / 2021
Rubrica mmf Fls. 992



Ficha Clínica de Pré-Natal

Nome: _____ Prontuário: _____

Data Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Profissão: _____

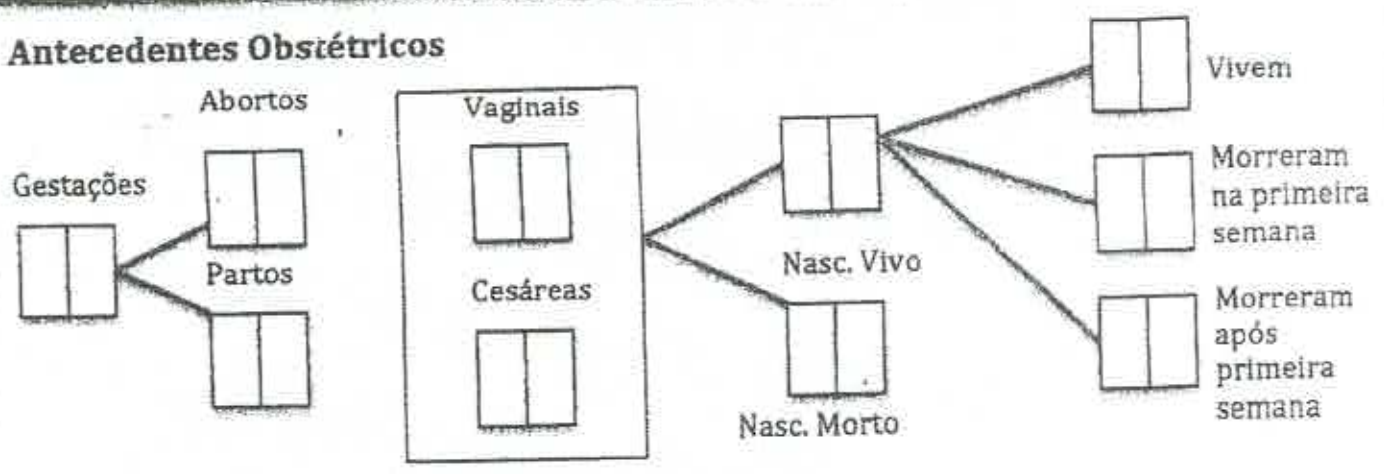
Escolaridade: * _____ Naturalidade: _____

Antecedentes

AF: () HAS () Diabetes () Gemelidade () Malformação
Outros: _____

AP: () HAS () Diabetes () Cir. Pélvica () Cardiopatia () Inf. Urinária
Outros: _____

Antecedentes Obstétricos



Data Término da última gestação: ___/___/___ Algum RN com menos de 2500g: _____

Nascimento com maior peso: _____

Gestação Atual

DUM: ___/___/___ DPP: ___/___/___ Grupo sanguíneo: _____

Vacina dT 1 ___/___/___ Vacina Hep B 1 ___/___/___ Influenza 1 ___/___/___
2 ___/___/___ 2 ___/___/___
3 ___/___/___ 3 ___/___/___

Fumo: _____ Álcool: _____

Obs: _____

C.P.L
visto

Nome: _____

Prontuário: _____

R.M.Q. _____

Processo 14900/2021

Rubrica *mmf* Fl. 993**Evolução da gravidez**

Consulta n	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Data										
IG (sem)										
Peso										
PA										
Altura uterina										
BCF/ Movimentos fetais										
Edema										

Exames laboratoriais

Exame	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado
Tipo sanguíneo						
Hb/Ht						
Glicemia Jejum						
TOTG 75g						
VDRL						
HbsAg						
HIV						
Toxo						
EAS						
Urinocultura						
Papanicolau						
Outros						

USG

Data	Ig DUM	Ig USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros

Data	Intercorrências/ Conduta

C.P.L.
visto



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL MARIANA MARIA DE JESUS

LEITO

DN: / / IDADE: ANOS ADMISSÃO: / /

PRECAUÇÃO:

PRONTUÁRIO:

RISCOS:



ALERGIA? QUAL?

C.P.L
visto

Processo: P.M.Q. 14900 / 2021
Rubrica: *[Signature]* F5 995



Prefeitura Municipal de Quissamã
 Centro de Saúde Benedito Pinto Chagas
 Rua Francisco de Assis Carneiro da Silva, nº 560
 Alto Alegre - Quissamã - RJ - CEP: 28.735-000

63

Processo ^{P.M.Q.} 14900/2021
 Rubrica mm Fls. 996

**Programa Atenção Integral a Saúde da Mulher
 Prevenção e Controle Câncer do Colo do Útero**

Nome: _____ Prontuário: _____
 Nome da mãe: _____
 Idade: _____ DN ____/____/____ CADSUS _____ CPF _____
 Escolaridade: () nenhuma () 1º grau () 2º grau () superior
 Endereço: _____ Tel.: _____
 E-mail: _____ Data: _____

Colpocitologia Oncótica

Data da Coleta ____/____/____
Diagnóstico citológico:

Colpite associada () sim, qual? _____ () não
 NIC I / HPV () NIC II / NIC III () CARCINOMA INVASOR ()
 ASCUS () AGUS ()

Histórico Ginecológico / Obstétrico

1º coito: ____ anos G: _____ P: _____ A: _____
 PN: _____ PC: _____ LT () sim () não
 Menarca: ____ anos Menopausa: ____ anos 1º parto ____ anos
 Dismenorréia () sim () não Sinusiorragia () sim () não
 Dispareúria () sim () não Nº parceiros _____
 DUM: ____/____/____
 Método Contraceptivo: _____

Colposcopia



COLPOSCOPIA: () normal () anormal () insatisfatória

Obs: _____

____/____/____
 Data

 Assinatura/carimbo

C.P.L.
 visto

1

NOME:

P.M.O. /
 Processo: 114900/2021
 Rubrica: *[assinatura]* Fis 997

Exames Datas	citologia	citologia	citologia	citologia	citologia	biópsia	biópsia
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Dentro dos limites normalidade							
AGUS							
ARCUS							
NIC I / HPV							
NIC II / NIC III							
ADENOCARCINOMA IN SITU							
METAPLASIA							
METAPLASIA ESCAMOSA							
CERVICITE CRÓNICA							

PROCEDIMENTO	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data
	CAF						
CONIZAÇÃO							
HISTERECTOMIA							
Clinico / medicamentoso							
COLPOSCOPIA							

ALTA

<input type="checkbox"/> INCA
<input type="checkbox"/> CURA
<input type="checkbox"/> ÓBITO

C.P.L.
visto

[assinatura]

CADERNETA DA CRIANÇA

MENINA



PASSAPORTE DA CIDADANIA



Brasília DF
2010



Processo 14900/2021 P.M.Q. 63
Rubrica unf Fls. 999

2020 Ministério da Saúde



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons - Atribuição - Não Comercial - Compartilhamento. É permitida a reprodução desde que seja dada a devida atribuição ao autor e à esta obra.

A versão impressa do Caderneta de Saúde para as crianças, no idioma do Sistema Nacional em Saúde do Ministério da Saúde, encontra-se no link:

Título:

2ª edição | 2010 | versão revisada

Editorial: elaboração e organização:

SECRETARIA DE SAÚDE

Serviço de Atenção à Saúde

Departamento de Apoio Programático Estratégico

Coordenação de Saúde de Criança e Adolescente Menina

14706, Avenida TCL, Complexo C, 110, Rio de Janeiro, RJ

CEP: 20233-040 - Brasil/RS

TEL: (21) 3242-8113

E-mail: casmenina@sa.gov.br

Ytalo: www.sa.gov.br

Coordenação de elaboração da LDCAM/MS e do Instituto Nacional de

Deficiência da Saúde de Criança e do Adolescente: Patrícia

FRANCO - Fundação para o Desenvolvimento da Saúde

Coordenação editorial geral:

Coordenação de Saúde de Criança e Adolescente Menina

- COCAM/MS/MS/MS

Organização, elaboração e revisão geral:

Adriana Caldeira de Melo Paes - UFMG/MS

Renata Pereira Damasceno - Hospital de Câncer de

Barretos - COC/MS/MS

Elza Patrícia Carvalho Assis - UFRJ/MS/MS

Marlene Ribeiro Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

Adriana Inês Mariani - UNICAMP/MS

PARABÉNS! ACABA DE NASCER MAIS UMA CIDADÃ BRASILEIRA!



Esta CADERNETA pertence a:

O acesso da criança e de sua família à saúde, à educação e à assistência social é um DIREITO garantido pela Constituição!

A CADERNETA DA CRIANÇA: PASSAPORTE DA CIDADANIA é um documento importante e único no qual devem ficar registradas todas as informações sobre o atendimento à criança nos serviços de saúde, de educação e de assistência social para o acompanhamento desde o momento do seu nascimento até os 9 anos de idade. Ao registrarem as informações na CADERNETA DA CRIANÇA, os profissionais compartilham esses dados com a família e facilitam a integração das ações sociais.

Esta CADERNETA traz orientações sobre os cuidados com a criança para que ela cresça e se desenvolva de forma saudável. Traz também informações sobre os direitos e deveres das crianças e dos pais, aleitamento materno, alimentação complementar saudável, vacinas, saúde bucal, marcos do desenvolvimento, consumo, e informa sobre o acesso aos equipamentos e programas sociais e de educação.

Para cuidar da criança, educar e promover sua saúde e seu desenvolvimento integral, é importante a parceria entre os pais, a comunidade e os profissionais de saúde, de educação e de assistência social.

ATENÇÃO!

Leve sempre a CADERNETA DA CRIANÇA quando for com sua filha aos serviços de saúde, em todas as campanhas de vacinação, quando for matriculada na creche ou na escola ou quando procurar os serviços de assistência social.

SUMÁRIO

PARTE I - PARA A FAMÍLIA E CUIDADORES	5
DIREITOS E OBRIGATOES SOCIAIS	6
Identificação da Criança	6
Assistência Social	6
Educação e Vida Escolar	6
Deveres da Criança	6
Deveres dos Responsáveis	6
CUIDANDO DA SAÚDE DA CRIANÇA	10
Promover a Saúde	10
Prevenir Doenças pela Estratégia Assistencial à Vacinação	10
Os Primeiros Dias de Vida	10
Cuidados Especiais com o Bebê Prematuro	10
Cuidados com Doenças, Desnutrição e Desmamação	10
Sinais de Perigo	10
AMAMENTANDO O BEBÊ	15
Importância do Leite Materno	15
Tecnicas e Amamentação Misto	15
Dificuldades e Amamentação	15
Resumo da SGA de Trabalho com a Família	15
ALIMENTANDO PARA GARANTIR A SAÚDE	22
Recomendações para uma Alimentação Adequada e Saudável	22
Dieta Pastosa para uma Alimentação Adequada e Saudável - Crianças Menores de 2 Anos	22
Dieta Pastosa para uma Alimentação Adequada e Saudável - Crianças de 2 a 9 Anos	22
Prevenção de Cãibras Nutricionais	22
ESTIMULANDO O DESENVOLVIMENTO COM AFETO	38
Desenvolvimento Infantil	38
Desenvolvimento da Criança Menor de 2 Anos	38
Desenvolvimento da Criança de 2 a 9 Anos	38
Desenvolvimento da Criança de 2 a 9 Anos	38
Desenvolvimento da Criança de 2 a 9 Anos	38
PERCIBINDO ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO	52
Sinais de Alerta	52
Como lidar com o diagnóstico	52
Intervenções da criança com diagnóstico	52
PERCIBINDO ALTERAÇÕES NA VISÃO E NA AUDIÇÃO	59
Sinais de Distúrbios Auditivos e Visuais	59
PROMOVENDO A SAÚDE BUCAL	56
Desenvolvimento da Criança	56
Langens de Boca e dos Dentes	56
Tecnicas de Escovação	56
1 ano de vida	56
OBSERVANDO COM CUIDADO O USO DOS TLETRÔNICOS E O CONSUMO	58
Meios de Comunicação (TV, celulares, tablets, computadores etc.)	58
Consumo em Geral	58
PREVENINDO ACIDENTES	59
Do Nascimento aos 2 Anos	59
De 2 Anos a 4 Anos	59
De 4 Anos a 6 Anos	59
De 6 Anos a 9 Anos	59
PROTEGENDO A CRIANÇA DA VIOLÊNCIA	61
Respostas aos Direitos Fundamentais	61

Processo PM.O. 14900/2021
 Rubrica Fi. 1000

PARTE I

PARA A FAMÍLIA E CUIDADORES

PARTE II - REGISTROS DO ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA	85
ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA E CONSULTAS RECOMENDADAS	86
Pré-Natal, Parto, Nascimento, Internação Neonatal e Alta	86
Triagem Neonatal	88
Consulta de 1º Meses	88
Consulta de 1º Mês	88
Consulta de 2º Mês	90
Consulta de 4º Mês	91
Consultas de 6º Mês e de 9º Mês	92
Consultas de 12º Mês e de 18º Mês	93
Consultas de 24º Mês e de 36º Mês	94
Outros Monitoria e Consultas Neonatais	95
ACOMPANHANDO O DESENVOLVIMENTO	96
Validação do Desenvolvimento Infantil	96
Avaliação dos Marcos de Desenvolvimento	97
Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Integral da Criança	99
Marcos de Desenvolvimento do Nascimento aos 6 Meses	99
Marcos de Desenvolvimento dos 6 Meses a 1 Ano e Meio	100
Marcos de Desenvolvimento de 1 Ano e Meio a 3 Anos e Meio	101
Marcos de Desenvolvimento de 3 Anos e Meio a 5 Anos	102
Marcos de Desenvolvimento de 5 a 6 Anos	103
Desenvolvimento de 6 a 10 Anos	104
ACOMPANHANDO O CRESCIMENTO	85
Validação do Crescimento Infantil	85
Interpretação de Gráficos	86
Curvas Interpolares de Crescimento para Crianças Normais Pré-Termos	87
Gráfico de Fermento Celítico para Idade de 0 a 2 Anos	88
Gráfico de Peso para Idade de 0 a 2 Anos	89
Gráfico de Comprimento para Idade de 0 a 2 Anos	90
Gráfico de IMC para Idade de 0 a 2 Anos	91
Gráfico de Peso para Idade de 2 a 5 Anos	92
Gráfico de Estatura para Idade de 2 a 5 Anos	93
Gráfico de IMC para Idade de 2 a 5 Anos	94
Gráfico de Peso para Idade de 5 a 10 Anos	95
Gráfico de Estatura para Idade de 5 a 10 Anos	96
Gráfico de IMC para Idade de 5 a 10 Anos	97
ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO	98
Alimentação de Emergência e Segundo Dentes	98
Registro de Erros e Anomalias	99
REGISTROS DA SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A, FERRO OU OUTROS MICRONUTRIENTES	100
Suplementação de Vitamina A	100
Suplementação de Ferro e Outros Micronutrientes	101
VACINAÇÃO	101
Calendário Nacional de Vacinação da Criança	101
Registro de Aplicação das Vacinas do Calendário Nacional	102
Registro de Outras Vacinas e Campanhas	103
ANEXOS	104
ANEXOS DE CONSULTAS PARA FAMÍLIAS E CUIDADORES	105

DIREITOS E GARANTIAS SOCIAIS

DIREITOS E GARANTIAS SOCIAIS

Identificação da Criança

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Número do Registro Civil de Nascimento (RCN): _____

Nome da mãe: _____

Município onde nasceu: _____ Estado: _____

Reside com: () Mãe () Pai () Responsável legal () Outro

() Instituição de acolhimento: _____

Endereço Rua/As: _____

Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Município: _____ Estado: _____

Localização do domicílio: () Urbano () Rural

Contato: Tel. () _____ E-mail: _____

Côr: () Branca () Negra () Amarela () Parda () Indígena. Outra: _____

Especificidades sociais, étnicas ou culturais da família:

() Família cigana () Família quilombola () Família ribeirinha

() Família em situação de rua () Família indígena residente em aldeia/reserva

Especifique o povo/etnia: _____

() Outras: _____

Nº da Declaração de Nascimento Vivo (DNV): _____

Nº do Cartão do SUS: _____

Estratégia Saúde da Família (ESF): () Não () Sim. Qual? _____

Unidade Básica de Saúde (UBS): _____

Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) de referência: _____

Serviço de Saúde: _____

Possui plano de saúde? () Não () Sim. Qual? _____ nº _____

IMPORTANTE!
 Para facilitar o acesso à saúde, à assistência social e à educação de qualidade, é importante que algumas informações estejam registradas. Para iniciar o atendimento nos serviços, será necessário realizar um cadastro. Fique atento e verifique se o profissional que atendeu sua filha preencheu as informações indicadas a seguir.

Anote aqui as mudanças de endereço da família

Novo endereço:

Rua/Av.: _____ nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Estado: _____

Localização do domicílio: () Urbana () Rural () Outra: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel. () _____ E-mail: _____

Sua filha é acompanhada por: _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educacional: _____

Centro de Referência de Assistência Social: _____

Novo endereço:

Rua/Av.: _____ nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Estado: _____

Localização do domicílio: () Urbana () Rural () Outra: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel. () _____ E-mail: _____

Sua filha é acompanhada por: _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educacional: _____

Centro de Referência de Assistência Social: _____

Novo endereço:

Rua/Av.: _____ nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Estado: _____

Localização do domicílio: () Urbana () Rural () Outra: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel. () _____ E-mail: _____

Sua filha é acompanhada por: _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educacional: _____

Centro de Referência de Assistência Social: _____

DIREITOS E GARANTIAS SOCIAIS

C.P.L visto

Direitos da Criança

Toda criança tem os direitos à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança, à dignidade e à proteção integral garantidos pela Constituição Federal de 1988, pelo **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)** e por outras leis. As medidas para garantir e defender esses direitos são responsabilidade do governo, da sociedade e da família.

IMPORTANTE!

Você pode requerer o **Estatuto da Criança e do Adolescente no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente** de sua cidade ou no endereço eletrônico: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8069.htm.

São direitos da criança

- Receber **identificação neonatal**, por meio da **Declaração de Nascimento Vivo (DNV)**
- Receber o **Registro Civil de Nascimento (RCN)**, que é gratuito e entregue, se possível, na maternidade.
- Ser chamada pelo nome desde o nascimento.
- Realizar gratuitamente os **exames de triagem neonatal**.
- Ser acompanhada em seu **crescimento e desenvolvimento**.
- Ter garantida a **vacinação** de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde (MS).
- Viver em um ambiente **afetuoso e sem violência**.
- Ser acompanhada pelos pais e responsáveis, em período integral, durante a sua **internação em hospitais**.
- **Brincar e aprender**.
- Ter acesso à **água potável e a alimentação saudável**.
- Ter acesso a **serviços de saúde e de assistência social de qualidade**.
- Ter acesso a **creches e escolas públicas de qualidade, localizadas próximo à sua residência**.
- Ter acesso ao **lazer e à prática de esportes**.
- Ter **convivência familiar e comunitária**. No caso de criança afastada da convivência familiar - por medida judicial para garantir a sua proteção -, é preciso viabilizar o seu retorno seguro ao convívio familiar, no menor tempo possível, prioritariamente na família de origem e excepcionalmente em família substituta.
- Receber **transferência de renda** por meio do Programa Bolsa Família, quando a família está em situação de pobreza ou de extrema pobreza.
- Receber o **Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social**, no caso de **crianças com deficiência** (veja pág. 53) e cuja família tenha renda familiar inferior a ¼ (um quarto) do salário mínimo vigente e não possua meios para garantir o seu sustento.

P.M.O. 14900/2021
Processo
Rubrica *mm* Fis 1002

Registro Civil de Nascimento (RCN)

O RCN é o documento oficial que garante a cidadania da criança, assegurada pela Constituição Federal de 1988 (art. 5º, inciso LXXVI, alínea a) e reafirmada pela Lei nº 9.534, de 1997, que o tornou gratuito para todos. Você pode registrar sua filha na maternidade/hospital onde ela nasceu ou no Cartório de Registro Civil da cidade de nascimento ou do local onde a família mora.

ATENÇÃO!

A mãe ou o pai, **isoladamente ou juntos, podem fazer o registro em seu próprio nome**. No caso de falta ou impedimento de um, o outro terá o prazo para declaração prorrogado por 45 dias (Lei nº 13.112, de 2019).

Para fazer o registro é necessário apresentar a **vía amarela da Declaração de Nascimento Vivo (DNV)**, fornecida pela maternidade ou pelo hospital onde o bebê nasceu e:

- Se os pais forem casados, a **Certidão de Casamento**;
- Se os pais não forem casados, documento de identificação que tenha foto e seja válido em todo o território nacional (Carteira de Identidade, Carteira de Motorista ou Carteira de Trabalho);
- Se os pais forem menores de 16 anos e não emancipados, comparecer acompanhados por um dos avós do bebê.

IMPORTANTE!

Se o bebê nasceu em casa ou em outro local que não a maternidade ou o hospital e não tem a DNV, os pais devem fazer o registro acompanhados por duas testemunhas maiores de 18 anos que comprovem a gravidez e o parto da mãe.

Direitos dos Responsáveis

São direitos do pai

- Participar das **consultas e exames de pré-natal** durante a gravidez.
- Acompanhar o **nascimento da filha**.
- Acompanhar a **filha durante todo o tempo em que ela permanecer hospitalizada em enfermaria ou em unidade de terapia intensiva ou semi-intensiva**.
- Participar das **consultas e exames de acompanhamento da saúde** de sua criança.
- Ter **licença-paternidade** de 5 dias a partir do dia de nascimento da filha, prorrogáveis para 15 dias nas empresas privadas. A licença-paternidade é um direito dos pais biológicos ou adotivos.
- Conhecer e participar do **projeto pedagógico** da creche, da pré-escola e da escola que a filha frequenta.
- Ter acesso às **informações** sobre serviços, programas de transferência de renda e benefícios assistenciais a que a filha possa ter direito.
- Acompanhar a **participação da filha** nos serviços de assistência social ofertados pela rede socioassistencial do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

ATENÇÃO!

Pais, participem e acompanhem a rotina de atendimento nas unidades de saúde, na creche/école e nos serviços de assistência social. Conversem com os profissionais para esclarecer dúvidas sobre os cuidados com sua filha e sobre os estímulos de que ela precisa em cada fase do seu desenvolvimento.

São direitos da mãe

- Escolher um **acompanhante** que ficará ao seu lado durante o pré-parto, o parto e o pós-parto.
- Permanecer na maternidade ou no hospital em **alojamento conjunto com a filha**.
- Receber **orientações e aconselhamento** sobre amamentação.
- Receber, no momento da alta, **orientações** sobre quando e onde deverá fazer suas consultas de pós-parto e as **consultas de acompanhamento** de sua filha.
- Ter **licença-maternidade** de 120 dias ou mais. Para as mães adotivas a duração da licença-maternidade varia conforme a idade da criança adotada.
- Ter **estabilidade no emprego** até cinco meses após o parto.

- Ter **dois períodos de meia hora por dia para amamentar** durante a jornada de trabalho, até que o bebê complete 6 meses. Se a saúde do bebê exigir, esses períodos poderão ser mantidos por mais tempo, conforme recomendação médica.

IMPORTANTE!

Muitas empresas já oferecem lugar apropriado para amamentação com privacidade, conforto e higiene, para que a mãe possa amamentar ou retirar seu leite e armazená-lo durante toda a jornada de trabalho.

- Acompanhar a **filha durante todo o tempo em que ela permanecer hospitalizada em enfermaria ou em unidade de terapia intensiva ou semi-intensiva**.
- Acompanhar a **filha em creche ou pré-escola** durante o período de adaptação.
- Ter **acesso às informações** sobre serviços, programas de transferência de renda e benefícios assistenciais a que a filha possa ter direito.
- Acompanhar a **participação da filha** nos serviços de assistência social ofertados pela rede socioassistencial do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).
- Conhecer e participar do **projeto pedagógico** da creche, da pré-escola e da escola que a filha frequenta.
- Ter ampliada a **licença-maternidade** para 180 dias, no caso de empresa privada que tenha aderido à Lei da Empresa Cidadã.
- Ter **acesso a creche** no local de trabalho, ou a creche conveniada pela empresa, caso esta possua mais de 30 mulheres com mais de 16 anos de idade.



C.P.L
visto

CUIDANDO DA SAÚDE DA CRIANÇA

Promover a Saúde



Você deve levar a criança para fazer as consultas de rotina nas idades:

- Primeira semana
- 1 mês
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 36 meses

A partir dos 2 anos de idade, as consultas de rotina devem ser feitas uma vez ao ano, de acordo com a necessidade de cuidados de sua filha. Nas consultas de rotina, você pode esclarecer dúvidas e pedir orientações sobre os cuidados que você precisa ter para que sua filha tenha uma boa saúde. Peça ao profissional para anotar as informações sobre o atendimento nos espaços próprios desta Cartilha.

ATENÇÃO!

Mesmo que a criança não esteja doente, é fundamental levá-la ao serviço de saúde para saber como ela está crescendo e se desenvolvendo. Algumas crianças precisam de uma atenção maior e devem ser acompanhadas pelos serviços de saúde com mais frequência.

A consulta da primeira semana de vida é muito importante para saber como estão a mãe e o bebê. Essa consulta pode ser realizada pelo profissional da medicina ou da enfermagem tanto no domicílio quanto na unidade de saúde. Nessa consulta, devem-se avaliar as condições de saúde da mãe e do recém-nascido, a comunicação e o vínculo entre os dois, a amamentação, a vacinação e outros cuidados. É um momento oportuno para que a mãe receba todas as orientações e, quando for o caso, para que a mãe e o bebê sejam encaminhados para os testes de triagem ou outros cuidados.



Os Primeiros Dias de Vida

O nascimento de um filho traz muitas novidades para a rotina da família. O bebê já nasce com um comportamento próprio: uns são mais quietos, outros solicitam os pais toda hora e outros são mais chorões. Cada um do seu modo. Procurem entender a sua filha, o que ela gosta ou não gosta, respeitando o seu jeito—vai ser muito mais fácil lidar com ela! É preciso que todos estejam dispostos a acolher e responder às suas necessidades, pois o recém-nascido precisa de muito carinho, amor, atenção e de um ambiente confortável e seguro.

O contato com o bebê

Os bebês gostam de sentir que os pais estão junto dele e de ouvir as vozes da mãe e do pai. Então, conversem com sua filha, cantem canções de ninar, falem seu nome e façam carinho tocando-a suavemente. O contato físico com seu bebê e o toque são muito importantes para criar laços afetivos e ajudar o desenvolvimento emocional e social da sua criança. Deixe a sua filha em contato com o seu corpo. Quanto mais tempo ficar no colo, mais ela se sentirá calma e segura.

O bebê é muito ligado à mãe e à quem cuida dele, por isso ele percebe quando a pessoa está tranquila ou agitada, segura ou insegura e reage do mesmo jeito. Por isso, é preciso que a mãe seja apoiada pela família e pelos amigos para também se manter calma e segura. Converse com sua filha com uma voz suave e observe como ela responde com o olhar e com sons e movimentos do corpo. E, dessa forma, você vai aprendendo a se comunicar com ela.

O choro do bebê

O choro é um comportamento normal para os bebês, e uma das maneiras que eles têm de se expressar. Na maioria das vezes, eles se acalmam quando aconchegados ao colo ou colorados na pele. Não se preocupe, bebês não ficam viciados em colo. Para se sentir independente, sua filha precisa se sentir segura e cuidada, por isso evite deixar sua filha chorando sozinha.

A alimentação

O leite materno contém tudo de que o bebê precisa para se nutrir. Além de ser a principal fonte de alimento, o peito é também uma fonte de proteção. Os bebês que se alimentam só no peito adquirem menos do que os demais. No início, o bebê precisa sugar tanto para se alimentar quanto para se sentir seguro no novo ambiente. Pode ser que, nos primeiros dias, o leite demore a descer, mas isso não significa que há um problema. É normal os bebês perderem peso, mas por volta do décimo dia eles recuperam o peso do nascimento. É importante ter paciência e colocar o bebê no peito, pois mamar é o principal estímulo para a descida do leite. Deve-se evitar o uso de leites artificiais, que podem prejudicar a amamentação.

IMPORTANTE!

Saiba mais sobre amamentação na página 25.

Processo P.M.O. 14900/2021
Rubrica 1003 Fis 1003

Prevenir Doenças pela Triagem Neonatal e Vacinação

A triagem neonatal é uma ação preventiva que permite identificar, em tempo oportuno, distúrbios e doenças congênitas, e realizar acompanhamento e tratamento para diminuir ou eliminar os danos associados a eles. A triagem neonatal inclui os testes do pezinho, do olhinho, da orelhinha e do coraçãozinho, que devem ser realizados nos primeiros dias de vida para verificar a presença de doenças que, se descobertas bem cedo, podem ser tratadas com sucesso. Pergunte ao profissional de saúde sobre esses testes.

ATENÇÃO!

Verifique se o profissional registrou os resultados desses testes na página 67.

A vacinação é essencial para manter a criança saudável. Na maioria das vezes, mesmo com febre, gripada ou com outros sintomas, a criança pode ser vacinada. Na dúvida, converse com a equipe de saúde.

O Calendário Nacional de Vacinação (pág. 101) traz os nomes de todas as vacinas que sua filha precisa tomar para ficar protegida de doenças. As vacinas são de graça e estão sempre disponíveis nas unidades básicas e durante as campanhas de vacinação.

Assim como o bebê durante a aplicação das injeções.



O sono do bebê

O bebê recém-nascido dorme muito. Por isso, ele precisa de um lugar tranquilo, arejado e limpo para dormir. Cuide para que ele permaneça de barriga para cima. Observe se sua boca e nariz estão descobertos. Não use travesseiro e cobertor e agasalhe-o com roupa adequada à temperatura do ambiente. Para facilitar os cuidados e a amamentação durante a noite, nos primeiros meses de vida, coloque o berço ou a rede do bebê ao lado da cama ou da rede dos pais ou cuidadores. Durante o dia o sono do bebê pode ser em ambiente normalmente iluminado e com exposição ao barulho normal e à noite em ambiente escuro e silencioso.

O banho

A hora do banho pode ser um momento muito relaxante. Faça sua filha sentir-se segura: segure-a com firmeza e fale com ela, tocando-a com delicadeza. Não use o recipiente do banho para lavar roupas ou outras coisas, pois isso pode causar irritações na pele do bebê.

Preferia uma banheira, bacia ou balde, que dão mais segurança ao bebê. Coloque em um local protegido, onde não haja risco de o bebê ficar exposto ao vento. Use água morna e sabonete neutro em pequena quantidade. Nunca coloque sua filha na água sem antes experimentar a temperatura com a própria mão. Passe seu braço pelas costas dela e apoie sua cabeça e use a outra mão para lavá-la. Enxague bem o bebê. Seque bem as dobras da pele e o umbigo antes de vestir a roupinha.

Os cuidados com o umbigo

Para limpar o umbigo, após o banho seque a região e passe apenas álcool a 70% no local. Evite que o álcool pingue na pele ao redor do umbigo ou em outras partes do corpo do bebê. Se a área ao redor do umbigo ficar vermelha ou se aparecer secreção amarelada, com pus e mau cheiro, pode ser sinal de infecção. Nesse caso, leve sua filha imediatamente a um profissional de saúde.

O couro, a partir do umbigo que seca, costuma cair até o final da segunda semana de vida dos bebês. Não coloque faixas, moedas ou qualquer outro objeto ou substância sobre o coto, pois isso pode causar infecção.

A cor da pele

Preste atenção à cor da pele do bebê. A cor amarelada significa icterícia, doença conhecida como amarelão. Se a cor amarela aparecer nas primeiras 24 horas de vida, se for muito forte, se espalhar por todo o corpo ou se durar mais de duas semanas, é necessário que sua filha seja avaliada com urgência pelo profissional de saúde.



A troca de fraldas

As assaduras são muito dolorosas para o bebê. Procure trocar as fraldas sempre que estiverem molhadas ou sujas. Limpe o bebê preferencialmente com água. Não use talco. Antes e depois da troca, lave suas mãos com água e sabão, se não for possível, use álcool em gel. A vermelhidão nas áreas cobertas pela fralda pode ser assadura ou alergia. Procure orientação do profissional de saúde sobre os cuidados.

As fezes

Observe as fezes de sua filha. A quantidade de vezes que a criança faz cocô varia muito: ela pode fazer várias vezes ao dia (especialmente após as mamadas) ou ficar até dois ou três dias sem fazer cocô, ou mais, se estiver mamando só no peito. Nos primeiros dias de vida, as fezes costumam ser escuras, tomando-se amareladas durante a primeira semana. Também podem ser líquidas e, às vezes, esverdeadas. Se a criança estiver bem, se não apresentar nenhum outro sintoma, isso não é diarreia. Fezes excessivamente claras, que não escurecem, permanecendo quase brancas ou cinzentas (escala de cores mostrada a seguir), podem significar alguma doença que precisa ser investigada e descoberta cedo. Nesses casos, procure o serviço de saúde.



É mais importante observar o estado geral da sua filha e o esforço dela para fazer cocô, antes de pensar que há algo anormal.

A limpeza de roupas e objetos

As roupas, os objetos e os brinquedos de sua filha devem ser lavados com água e sabão neutro e estar bem secos quando forem usados por ela. Evite o uso de produtos perfumados, de sabão em pó e amaciante. Procure usar produtos de limpeza com sabão neutro, álcool ou vinagre.

Os cuidados especiais com o ambiente

Os recém-nascidos são muito sensíveis. Portanto, procure evitar:

- Sair com sua filha para lugares que têm muita gente, movimento, barulho e poluição (feiras, supermercados, shoppings) – prefira locais mais tranquilos;
- Tudo o que possa poluir o ambiente de sua casa – não permita que fumem nesse espaço, porque a fumaça e o cheiro do cigarro fazem mal à saúde de todos, principalmente dos bebês;
- Usar produtos com cheiro muito forte e ambientes com pouca ventilação;
- Aproximar o bebê de brinquedos de pelúcia ou contato direto com roupas de lã;
- Aproximar o bebê de animais, considerando as reações inesperadas que podem ocorrer.

Cuidados Especiais com o Bebê Premature

Quando o bebê nasce antes do prazo esperado (menos de 37 semanas de gestação), ele é considerado prematuro ou pré-termo. Há prematuros que necessitam ficar internados assim que nascem e outros por muito tempo. Por não ter completado seu amadurecimento durante a gravidez, seu organismo é mais sensível e, por isso, o prematuro pode adoecer com mais facilidade. Ele também é mais sensível às condições do ambiente, como os ruídos e a luminosidade. O excesso de estímulos do ambiente pode deixá-lo estressado, atrapalhando seu sono, apetite e desenvolvimento.

Você certamente já foi orientado em relação aos cuidados com a sua filha prematura no momento da alta do hospital. É muito importante seguir essas orientações. Ela precisa de mais cuidados e estímulos adequados. Todos os prematuros devem ser acompanhados por profissionais que possam ajudar a atender às suas necessidades e a promover seu desenvolvimento.

IMPORTANTE!

Os prematuros muitas vezes precisam que as primeiras consultas sejam semanais. Não deixem de procurar por esse acompanhamento em sua unidade de saúde de referência e nunca tenham vergonha de perguntar o que não entenderam na consulta – vocês são os pais e responsáveis!

Os prematuros também precisam ser estimulados para ter um desenvolvimento saudável. Porém, alguns desses bebês já foram expostos a muitos estímulos e manipulações se ficaram internados após o nascimento. Por isso eles precisam de um ambiente calmo, de carinho, e de serem tocados com a palma da mão para se acalmar. Eles também gostam de sentir acochegados, com a mãozinha próxima ao rosto, no colo dos pais ou no berço, para se sentirem mais seguros. Às vezes o bebê precisa de um tempo para descansar e mostra isso com sinais simples como soluçar, esticar o corpo para trás ou chorar. Procure identificar esses sinais para poder atender melhor às necessidades da sua filha em cada momento.

ATENÇÃO!

Para saber como estimular seu bebê (pág. 38 à 47) e para ver o seu desenvolvimento (pág. 73 a 84), você precisa corrigir a idade da sua filha. Basta diminuir da idade atual do tempo que faltou para ela completar 9 meses ou 40 semanas. Por exemplo, se ela nasceu dois meses antes e já tem 6 meses, sua idade corrigida é 4 meses (6-2=4). Em caso de dúvida, converse com o profissional de saúde.

O bebê prematuro é pequeno e, às vezes, parece frágil. Por causa disso, a mãe e os cuidadores sentem vontade de superprotegê-lo. Não deixe que isso aconteça. A superproteção deixa a criança dependente dos adultos e faz com que ela se sinta incapaz de fazer as coisas que uma criança da mesma idade ou com aparência mais forte faz.

Cuidados com Diarreia, Desidratação e Desnutrição

Para evitar a diarreia

- Amamentar sua filha até os 2 anos ou mais. Nos primeiros seis meses, dê somente leite materno.
 - Lave bem as mãos antes de preparar os alimentos, depois de usar o banheiro e antes e depois de lidar com o bebê, principalmente depois das trocas de fraldas.
 - Se a sua bebê estiver utilizando outro tipo de leite ou recebendo leite materno em algum utensílio (copo, xícara ou outro), todos os materiais para preparar e oferecer esse leite devem ser bem lavados com bastante água, detergente ou sabão e uma escova apropriada. Depois de lavados, eles devem ser fervidos durante 15 minutos (contados a partir do início da fervura). Após a higienização e fervura, deixe secar naturalmente e guarde em um recipiente com tampa.
 - Prepare os alimentos até duas horas antes de oferecê-los ao bebê.
 - Só ofereça alimentos guardados na geladeira por, no máximo, 24 horas.
- Para evitar a desnutrição e a desidratação durante a diarreia
- Mantenha a criança alimentada e ofereça:
 - O peito quantas vezes a criança pedir.
 - Alimentos que a criança tenha mais costume de comer e dos quais ela goste mais, desde que saudáveis; além disso, aumente a frequência e ofereça os alimentos em pequenas quantidades, para evitar vômitos.
 - Se a criança não estiver só no peito, ofereça água, chás, sucos, água de coco. Dependendo do tipo de líquido que ela esteja recebendo em colheradas, os chás e os sucos não devem ser adoçados.

NÃO ofereça:

- Alimentos ricos em gordura e fibras (verduras, laranja, mamão etc.);
- Refrigerantes, bebidas com açúcar, balas, bombons, pirulitos, chicletes etc.

IMPORTANTE!

São sinais de desidratação

- Estar com os olhos fundos • Sentir muita sede • Chorar sem lágrimas
- Ter pouca saliva • Urinar pouco

Se isso acontecer, leve sua filha ao serviço de saúde. Se ela estiver vomitando e suas fezes estiverem muito líquidas, ofereça o soro de reidratação oral, mesmo antes de chegar ao serviço de saúde.

Para reidratar a criança com soro oral

O soro é uma solução que contém água e os sais minerais necessários à reidratação. Deve ser oferecido após cada evacuação ou vômito, em pequenas colheradas até a quantidade que sua filha quiser. Se ela vomitar, aguarde 10 minutos e ofereça-o mais uma vez, lentamente, devagarinho, com uma colher.

ATENÇÃO!

O soro oral não cura a diarreia, mas evita a desidratação, que pode matar.

Como preparar o soro de sais de reidratação oral?

Em 1 litro de água fervida ou filtrada, despeje tudo o pó de um envelope de sais de reidratação, fornecido pela Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família ou comprado em farmácia. Assim, o soro já está pronto para beber. Depois de pronto, o soro só pode ser usado por 24 horas. Não coloque açúcar nem sal no soro. Não ferva o soro depois de pronto.

Caso seja impossível conseguir o envelope de sais de reidratação para preparar o soro, uma alternativa emergencial, até consegui-lo, é fazer o soro caseiro.

Com a colher-medida



ou

Com a mão



IMPORTANTE!

Evite a diarreia lavando bem as mãos após trocar as fraldas das crianças e antes de oferecer a elas as refeições.

Sinais de Perigo

Crianças maiores de 2 meses

- Criança muito molinha e caidinha, que se movimenta menos do que o normal.
- Criança muito sonolenta, com dificuldade para acordar.
- Convulsão (tremores ou ataque) ou perda da consciência.
- Criança com cansaço ou dificuldade para respirar ou com respiração muito rápida.
- Criança que não consegue mamar.
- Temperatura do corpo baixa (menor ou igual a 35,5°C).
- Febre (temperatura igual ou maior do que 37,5°C).
- Pus saindo do ouvido.
- Criança com manchas avermelhadas ou arroxeadas na pele.
- Urina escura.
- Fezes com sangue.

Crianças maiores de 2 meses

- Criança com dificuldade para respirar ou com respiração rápida.
- Criança que não consegue mamar ou tomar líquidos.
- Criança que vomita tudo o que come e bebe.
- Criança muito sonolenta, com dificuldade para acordar.
- Convulsão (tremores ou ataque) ou perda da consciência.
- Criança com manchas avermelhadas ou arroxeadas na pele.

ATENÇÃO!

Caso alguma criança apresente algum desses sinais de perigo e haja dificuldade para levá-la ao serviço de urgência, ligue para 192 – SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência). A ligação é gratuita.

Tornando a Amamentação Mais Prazerosa

Durante o período de amamentação, é importante que a mãe e o bebê recebam a apoio da família e das pessoas mais próximas.

- A participação do pai é importante em todos os momentos possíveis dos cuidados com o bebê.
- O pai, os avós, outros parentes, amigos e vizinhos devem valorizar e apoiar a amamentação, ajudando nos cuidados com a casa, com as outras crianças e também com o bebê.
- A tranquilidade de mãe e filha na hora da amamentação ajuda a tornar as mamadas momentos de alegria e prazer.

Posição do bebê

A melhor posição para amamentar é aquela em que você e sua filha ficam confortáveis. Você mesma deve buscar um jeito fácil e acolhedor de colocar o bebê no peito. O bebê deve estar virado de frente para você, bem junto do seu corpo (barriga com barriga), bem apoiado e com os braços livres.



Pega da mama

Só coloque sua filha para sugar quando ela abrir bem a boca.

O bebê pega bem o peito quando o queixo encosta na mama, os lábios ficam virados para fora, o nariz fica livre e a areola (parte escura em volta do mamilo) aparece mais na parte de cima do que na parte de baixo da boca.

Para tirar a bebê do peito sem machucar a mama, coloque seu dedo mínimo entre as gengivas dela, no canto dos lábios, assim ela abrirá a boca e soltará a mama.

ATENÇÃO!

Não ofereça mamadeiras e chupetas. Elas atrapalham a amamentação. Além disso, podem causar doenças e problemas na dentição e na fala do bebê.

AMAMENTANDO O BEBÊ

Importância do leite Materno



O leite materno é um alimento completo. Além disso, é o alimento recomendado para as crianças até os 2 anos de idade ou mais. Até os 6 meses de idade, deve ser o único alimento. Isso significa que sua filha não precisa de chá, suco, água, outro leite ou alimento. O uso de água ou chá antes do 6º mês pode atrapalhar o aleitamento materno e aumentar o risco de o bebê ficar doente.

Em lugares de clima quente, ofereça o peito mais vezes. Inicialmente, o bebê que se alimenta apenas de leite materno mama de 8 a 12 vezes por dia e, com o tempo, ele mesmo vai aumentando os intervalos e fazendo o seu próprio horário de mamadas. Não é

necessário fixar horários. Quanto mais sua filha mamar, melhor será a sua produção de leite.

Melhor para a criança

O leite materno é de fácil digestão, porque é produzido exclusivamente para a criança, e também é limpo, gratuito, está sempre pronto e quenteinho.

Além disso, protege o bebê de doenças como diarreia, infecções respiratórias, alergias e também pressão alta, colesterol alto, diabetes e obesidade na vida adulta. Sugerir o peito é um excelente exercício para fortalecer os músculos da face e ajuda o bebê a desenvolver a respiração, a fala e a ter dentes saudáveis.

Melhor para a mãe

Acompanhada de uma alimentação saudável, ajuda a reduzir, mais rapidamente, o peso adquirido durante a gravidez.

Ajuda o útero a recuperar seu tamanho normal, diminuindo o risco de hemorragia e de anemia.

Reduz o risco de doenças como diabetes, câncer de mama e de ovário.

IMPORTANTE!

Além de garantir os nutrientes necessários ao crescimento saudável, a amamentação favorece a comunicação entre a mãe e o bebê. O contato corporal, a troca de olhares e as carícias que podem acontecer durante as mamadas ajudam mãe e filha a se conhecerem.

Tempo de mamada

Cada bebê tem seu próprio ritmo de mamar e ele deve ser respeitado. Deixe sua filha mamar até que fique satisfeita.

- Não tenha pressa. Durante a mamada, converse, faça carinho e dê atenção a ela.
- Depois da mamada, coloque-a na posição vertical, para arruatar.
- Não é necessário limpar os mamilos antes das mamadas. O banho diário é o uso de um sabão limpo são suficientes para manter os mamilos em condições adequadas para a amamentação.
- Alimente-se bem, descanse, evite bebidas alcoólicas, cigarro e outras drogas.
- Faça alimentação saudável e completa e tome líquidos em quantidade suficiente para saciar a sede. Sempre que se sentar para amamentar, lembre-se de ingerir líquidos.
- Não são recomendáveis dietas para emagrecimento durante a amamentação.
- Algumas doenças podem ser transmitidas pelo leite materno. Por isso, não é recomendado que outra mulher amamente sua filha, mesmo que seja da família.
- A maioria dos remédios que a mãe precisa tomar não impede a amamentação. Porém, é importante consultar a equipe de saúde sobre a manutenção da amamentação sempre que precisar fazer uso de um medicamento.
- Para evitar uma nova gravidez, procure orientação no serviço de saúde.

Quantidade e qualidade do leite materno

Todo leite materno é forte e bom. A cor do leite pode variar, mas ele nunca é fraco. O ato de sugar é o maior estímulo à produção: quanto mais sua filha suga, mais leite você produz.

IMPORTANTE!

Se sua filha dorme bem e está ganhando peso, a quantidade de leite está sendo suficiente para ela. Após a mamada, se você perceber que ela está satisfeita, mas ainda tem muito leite, você pode doar a um banco de leite humano e ajudar outros bebês. Informe-se sobre essa doação nos serviços de saúde ou no site: <http://rlh.fiocruz.br/pagina-inicial-rlh>.

O leite do início da mamada tem mais água e mata a sede. Já o leite do fim tem mais gordura, satisfaz a fome e faz o bebê ganhar peso.

Se você acha que está com pouco leite, procure orientação no serviço de saúde.

Dificuldades na Amamentação

Pequenos problemas podem causar muito desconforto na hora das mamadas. Para evitá-los, retire um pouco do leite antes de cada mamada para amaciar a mama e facilitar a pega do tico do peito pelo bebê.

As rachaduras no bico do peito podem ser um sinal de que é preciso melhorar o jeito do bebê de pegar o peito. Ajude sua filha a **pegar** corretamente a mama e veja na página 26 desta CARTILHA mais informações sobre a pega.

Se o bico do peito rachar, você pode passar seu próprio leite na rachadura. Quando as mamas ficam empedradas, é preciso esvaziá-las o máximo possível. Para isso, você deve aumentar a frequência das mamadas, realizando-as sem horários fixos, inclusive à noite.

Se, mesmo depois de você tomar os cuidados necessários, as mamas não melhorarem ou piorarem, **procure imediatamente** a ajuda de um profissional da saúde ou de uma consultora de lactação. Outra opção para buscar apoio é um banco de leite humano. Verifique se existe um em algum hospital de sua cidade. Consulte o site: <https://rbh.fiocruz.br/pagina-inicial-rede-bh>.

ATENÇÃO!

Mães com HIV positivo devem receber orientações especiais e não devem amamentar, pois as chances de transmissão aumentam a cada mamada. Logo após o parto, o leite deve ser colocado sobre o peito em contato pele a pele (sem protetor, mamãe). Depois do parto, mãe e bebê devem ficar em alojamento conjunto, estabelecendo uma relação íntima propiciada pelas mamadas, em que ela transmite o carinho da criança.



Como fazer a coleta do leite?

- **Massageie** o peito com a ponta dos dedos, fazendo movimentos circulares na aréola (parte escura do seio) em direção ao corpo. É necessário que os movimentos sejam contínuos e firmes, mas ao mesmo tempo delicados, para evitar machucá-la.
- **Coloque o polegar** acima da linha onde acaba a aréola e os dedos indicador e médio abaixo dela. Firme os dedos e enquadre a mama para dentro, em direção ao corpo.
- **Aperte o polegar** contra os dedos indicador e médio até sair o leite. **Não deslize os dedos sobre a pele.** Pressione e solte os dedos seguidas vezes. Se a mama dóer com a pressão dos dedos, é porque alguma coisa está errada. A manobra não dói quando a técnica é usada corretamente. O leite pode não fluir no começo, mas depois de pressionar os dedos algumas vezes, ele começa a sair com facilidade.
- **Despreze os primeiros jatos** ou gotas do leite.
- **Abra o frasco** e coloque a tampa, virada para cima, sobre a mesa forrada com um pano limpo.
- **Coloque o frasco debaixo da aréola** para receber o leite.
- **Mude a posição** dos dedos ao redor da aréola para esvaziar todas as áreas.
- **Mude de mama** quando o fluxo de leite diminuir e repita todo o processo.
- **Feche bem o frasco** depois que terminar a coleta.



IMPORTANTE!

A coleta adequada do leite leva, mais ou menos, de 20 a 30 minutos em cada mama, principalmente nos primeiros dias.

Como conservar o leite

O leite retirado da mama pode ser conservado em geladeira por até 12 horas e no freezer ou no congelador por até 15 dias.

Após a retirada do leite, guarde imediatamente o frasco na geladeira, no freezer ou no congelador.

Se o frasco não ficar cheio, complete-o em outra coleta no mesmo dia, deixando sobrar sempre um espaço de dois dedos entre a boca do frasco e o leite. No dia seguinte, comece a enfeitar em outro frasco.

Caso você tenha o suficiente para doar a um banco de leite humano, deve fazê-lo até 10 dias após a retirada do leite materno.

Processo ^{P.M.O.} 1249001/2021
Rubrica ^{EL} 1006

Retorno da Mãe ao Trabalho ou à Escola

Se você precisa voltar ao trabalho ou à escola antes de sua filha completar 6 meses, será preciso se preparar. É importante que você se organize pelo menos 15 dias antes para retirar e guardar o leite que sua filha deverá tomar enquanto você estiver fora de casa. Caso o leite seja encaminhado à creche ou a qualquer outro local, ele precisa estar identificado com o nome da sua criança e a data. **Veja como retirar e guardar o seu leite.**

Prepare o frasco para guardar o leite

- **Escolha** um frasco de vidro incolor com tampa plástica.
 - **Retire** o rótulo e o papel de dentro da tampa.
 - **Lave bem** o frasco com água e sabão e depois ferva a tampa e o frasco por 15 minutos, contando o tempo a partir do início da fervura.
 - **Coloque** o frasco e a tampa sobre um pano limpo, para secar.
 - Depois que o frasco estiver seco, **feche-o** bem sem tocar na parte interna da tampa com a mão.
 - **Identifique** o frasco com o seu nome, a data e a hora em que o leite foi retirado. Higienize pessoal para a coleta.
 - **Retire** anéis, aliança, pulseiras e relógio.
 - **Coloque** uma toalha ou um lenço no cabelo e **amarre** um pano ou uma máscara na boca.
 - **Lave** as mãos e os braços, até o cotovelo, com bastante água limpa e sabão.
 - **Lave** as mamas apenas com água limpa.
 - **Seque** as mãos e as mamas com toalha ou pano limpo ou com papel-toalha.
- Local adequado para a coleta do leite
- **Escolha** um lugar confortável, limpo e tranquilo. Algumas empresas possuem sala de apoio à amamentação. Informe-se com a coordenação de recursos humanos da sua empresa.
 - **Forme** uma mesa ou outra superfície de apoio com pano limpo para colocar o frasco e a tampa.
 - **Evite** conversar durante a retirada do leite, pois sua saliva pode contaminá-lo.

Como oferecer o leite coletado à criança

O leite retirado deve ser oferecido, de preferência, em um copo, uma xícara ou uma colher. Esquente a água, desligue o fogo e coloque o frasco imerso na água morna (banho-maria), agitando-o lentamente até que não reste nenhuma pedrinha de gelo. Para **manter seus fatores de proteção, o leite materno não deve ser fervido e nem aquecido em micro-ondas.**

Amore apenas a quantidade de leite que o bebê for tomar. O leite morno que sobrar deve ser jogado fora. O restante do leite descongelado e não aquecido poderá ser guardado na primeira prateleira da geladeira e deve ser utilizado no prazo de até 12 horas após o descongelamento.

ATENÇÃO!

O leite materno que é enviado para a creche para ser oferecido e sua filha precisa ser transportado em uma caixa de isopor ou uma bolsa térmica. É importante certificar-se de que o leite está sendo oferecido da forma correta.

Sabe que os profissionais de creche também podem apoiar as mães na fase de retorno ao trabalho ou estudo, planejando, com o serviço de saúde, os cuidados com a oferta do leite retirado e desenvolvendo novas formas de alimentar e hidratar os bebês sem o uso de mamadeira.

A partir dos 6 meses, a amamentação deve ser **complementada com alimentos saudáveis, mas deve ser mantida até os 2 anos ou mais.** Existem situações em que não é possível amamentar. Se esse for o seu caso, converse com o profissional de saúde mais próximo de sua casa sobre suas dificuldades e sobre outro tipo de leite e alimentação complementar. Veja as orientações na página 32 e 36 para uma alimentação complementar saudável.

Dez Passos para uma Alimentação Adequada e Saudável - Crianças de 2 anos a 9 anos

PASSO 1. Fazer de alimentos *in natura* ou minimamente processados a base da alimentação.

PASSO 2. Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias.

PASSO 3. Limitar o consumo de alimentos processados.

PASSO 4. Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados.

PASSO 5. Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia.

PASSO 6. Fazer compras em locais que oferecem variedades de alimentos *in natura* ou minimamente processados.

PASSO 7. Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias.

PASSO 8. Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece.

PASSO 9. Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora.

PASSO 10. Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais.

IMPORTANTE!

Você também poderá participar das atividades de culinária e de horta que sejam desenvolvidas com as crianças. Isso é um jeito divertido de aprender e valorizar diferentes práticas alimentares. Saiba mais no Guia Alimentar para População Brasileira em: aps.saude.gov.br.



Prevenindo as Carências Nutricionais

A falta de ferro pode provocar cansaço, fraqueza e falta de apetite. Com isso, as crianças ficam sem ânimo para brincar e aprender. Para evitar a anemia, todas as crianças de 6 a 24 meses devem receber, além da alimentação rica em ferro, fontes extras de ferro de forma preventiva (por meio do suplemento de ferro ou de fortificação).

A deficiência de vitamina A pode provocar problemas graves nos olhos da criança e levá-la à cegueira. Além de proteger a visão, a vitamina A diminui o risco de diarreia, de infecções respiratórias e ajuda no crescimento e desenvolvimento da criança. As crianças de 6 meses a 5 anos que residem em área de risco para a deficiência de vitamina A devem ser suplementadas. Verifique na sua Unidade Básica de Saúde (UBS) se o seu município faz parte do Programa Nacional de Suplementação de vitamina A.

Além do reforço com a suplementação e/ou fortificação de alimentos que a criança recebe na UBS e nas creches, é importante acrescentar, em suas refeições, alimentos ricos nesses nutrientes.

IMPORTANTE!

As crianças de 6 a 48 meses de idade matriculadas em creches participantes da estratégia NutriUS, que recebem os sachês de micronutrientes em pó não devem receber outras formas de suplementação de vitaminas e minerais, incluindo ferro e vitamina A. Mais informações sobre o NutriUS e sobre alimentos regionais brasileiros podem ser obtidas no site: <http://www.saude.gov.br/anscao-basica>.

Alguns alimentos ricos em ferro

■ Carnes (de gado, aves e peixes), fígado e outros.

■ Leguminosas: feijão, ervilha e outras.

Alguns alimentos ricos em vitamina A

■ Fígado, gema de ovo, leite de vaca e outros.

■ Frutas e legumes amarelo-laranja/verdes: manga, pitanga, mamão, caqui, abóbora, cenoura, batata-doce e outros.

■ Vegetais amarelos e vegetais folhosos verdes: espinafre, couve, brócolis, mostarda e outros.

■ Óleos e frutas oleaginosas: azeitão, pupunha, dendê, pequi e outros.

ATENÇÃO!

As crianças que apresentam alguma doença como anemia falciforme e talassemia, entre outras, devem ser acompanhadas individualmente pela equipe de saúde.

ESTIMULANDO O DESENVOLVIMENTO COM AFETO

Desenvolvimento Infantil

A criança cresce modificando a aparência e a resistência do seu corpo, mas também desenvolvendo capacidades de se comunicar, manusear objetos, movimentar-se, sentir, equilibrar-se, andar e falar.

Para cuidar e promover o crescimento e o desenvolvimento integral de sua filha, é muito importante conversar com os profissionais de saúde, de assistência social e de educação. Eles podem avaliar com a família como a criança está crescendo, desenvolvendo suas habilidades e capacidades motoras, intelectuais, sociais e emocionais.

O contexto familiar, comunitário e a história de nascimento registrados na Carteira da Criança orientam a família no acompanhamento e no cuidado com a saúde e a educação das crianças.

A primeira infância, período que vai do nascimento aos 6 anos de idade, é uma fase muito importante para o desenvolvimento mental, emocional e de socialização da criança. Nessa fase são definidas as principais características do jeito de ser da criança e a maneira como ela irá interagir com as pessoas na sua família, na escola e em outros espaços da sua comunidade.

Desde bebê, a criança é ativa no seu desenvolvimento e nas suas relações. Porém, cada criança tem a sua própria forma de explorar o mundo, de construir seus conhecimentos a partir da comunicação com as pessoas próximas e com o ambiente em que elas vivem. Saber como cada criança se desenvolve contribui para que os pais, os responsáveis e os professores possam protegê-la e educá-la em um ambiente saudável e seguro.

A principal condição para uma criança se desenvolver bem é sentir-se amada pelas pessoas que estão próximas a ela. Isso lhe dá segurança para seguir experimentando as novas situações que vão surgindo e que são necessárias para o seu amadurecimento. **Acaricie e abrace sua filha. Demonstre seu amor e carinho por ela.** Sentir-se amada possibilita que ela fique tranquila e segura.

Entretanto, amar não é permitir que sua filha faça tudo o que ela quer. A criança também precisa aprender a reconhecer o limite entre aquilo que ela pode e o que ela não pode fazer e entre uma situação em que ela está segura e outra na qual ela pode estar em perigo.

IMPORTANTE!

Esses limites precisam ser ensinados com clareza, segurança e carinho. Os pais precisam ter tranquilidade e paciência para conversar com a criança, explicando e repetindo as orientações tantas vezes quantas forem necessárias, sem exigir mais do que ela é capaz de entender e fazer.

Algumas vezes, a criança responderá com birra e desobediência quando não permitirmos que ela faça algo. Esses comportamentos são atitudes de autoafirmação que fazem parte do desenvolvimento dela.

As atitudes de fazer birra e de desobedecer não querem dizer que a criança seja nervosa. Na verdade, essas são as maneiras que ela encontra para expressar sua raiva por não poder fazer algo ou por não ter o que quer. A criança muitas vezes ainda não sabe falar para negociar com os adultos. É importante deixar que ela expresse seus sentimentos, mas é importante também colocar limites, com paciência e carinho. Enquanto ela ainda não fala, preste bem atenção quando sua filha chorar.

Ela chora de um jeito diferente, dependendo do que sente: fome, frio, calor, dor ou necessidade de aconchego. Ela também se comunica pela expressão facial e com movimentos corporais. Se você achar que algo não vai bem com sua filha, insista para que o profissional a examine.



ATENÇÃO!

Peça ao profissional de saúde para marcar as conquistas de sua filha nos quadros de vigiância do desenvolvimento infantil (pag. 79 a 84), assim como orientar você sobre o desenvolvimento dela.

Em seu processo de desenvolvimento, a criança precisa ser estimulada em sua curiosidade. Procure ter tempo disponível para brincar e estimular sua filha. Aproveite os horários das mamadas/refeições e do banho para conversar com ela e explicar o que você está fazendo, com toques suaves e aconchego.

IMPORTANTE!

Procure conhecer a biblioteca comunitária perto da sua casa. Você pode retirar livros.

Cuide do tom de voz, das palavras, dos gestos e de suas atitudes quando se comunicar com sua filha no com alguém na frente dela. Procure não gritar e ser agressiva com outras pessoas diante de sua filha. Os comportamentos das pessoas próximas são observados e, com frequência, imitados por ela.

Inicialmente, cabe à família atender às necessidades físicas e afetivas, estimular e apoiar o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social da criança. Posteriormente, a criança irá frequentar creches e escolas. Cabe aos pais e aos profissionais de educação criar um ambiente estimulante, com oportunidades de interação e brincadeiras entre as crianças, além de cuidar para que tal ambiente seja seguro, protegendo-as do risco de acidentes.

Observar a evolução do desenvolvimento de sua filha é muito importante. Durante sua consulta, procure conversar com os profissionais de saúde sobre como ela está se desenvolvendo.

ATENÇÃO!

É muito importante você também acompanhar alguns marcos do desenvolvimento da criança registrando nesta Carteira (pág. 79 a 84).

As etapas do desenvolvimento da sua filha podem ser acompanhadas de acordo com alguns marcos que estão contidos nesta **CARTEIRA**. Eles ajudam os trabalhadores de saúde e os familiares a identificar precocemente problemas no desenvolvimento da criança, permitindo que o apoio necessário seja oferecido mais rápido. Se você perceber que sua filha ainda não atingiu algum marco previsto para a faixa etária em que ela está, converse com o profissional de saúde, peça orientação e tire suas dúvidas.

A seguir, você terá algumas orientações sobre como estimular sua filha de acordo com a idade.

Entre 4 e 6 meses

Após o 4º mês de vida, os bebês podem segurar objetos com as duas mãos, observá-los e levá-los à boca.

- Ofereça brinquedos e objetos coloridos, macios e limpos, com pequenas fitas de plástico, chocalhos e mordedores, para que sua filha possa buscá-los, segurá-los e levá-los à boca sem risco de se engasgar ou se machucar. Os bebês também gostam de brincar com as próprias mãos e pés. Observe-a e deixe-a livre para que possa conhecer o próprio corpo.

- Converse ou faça barulhos de um lugar onde sua filha não esteja vendo você para que ela tente localizar de onde vem o som.

- Ao final desse período, ela já é capaz de chamar sua atenção: ela já sabe encontrar formas de lhe pedir algo. Ofereça comida, brinquedos etc. e espere um pouco para ver sua reação. Assim, ela também aprenderá a expressar vontade e aceitação, prazer e desconforto.

- Por volta dos 5 meses, estimule-a a rolar de barriga para cima e depois para baixo. Coloque-a sobre um papulão grosso de uma caixa desmontada (que não seja de produtos tóxicos e/ou com chifres fortes) ou outro firm que fique firme no chão para facilitar seus movimentos.

Entre 6 e 9 meses

Nesta faixa etária, a criança busca chamar a atenção das pessoas, procurando agradá-las para obter a sua aprovação.

- Dê atenção à sua filha e demonstre que você está atenta aos seus pedidos. Demonstre alegria e interesse por sua aprendizagem.

- O bebê já consegue dormir, comer e brincar em uma rotina mais organizada, de acordo com o ritmo da família. A manutenção de uma rotina diária dá segurança à criança e ajuda no seu aprendizado de organização e de disciplina, o que será importante para toda a sua vida.

**Desenvolvimento da Criança Menor de 1 Ano**

Do nascimento aos 2 meses

Desde o nascimento, a criança é capaz de ouvir, reconhecer e se acalmar com a voz de pessoas da família, especialmente a da mãe, do pai ou de outro cuidador frequente. Nesta idade, o bebê já escuta e enxerga a uma distância de 20 cm, exatamente a distância entre o bebê e o rosto da mãe quando amamentando. Aproxime seu rosto do rosto de sua filha e converse com ela de forma carinhosa. Pode parecer infantil, mas ela vai se interessar. **A ligação entre a mãe e o bebê é muito importante neste início de vida. O contato carinhoso estimula o cérebro da criança e fortalece esse vínculo.**

- Mostre objetos coloridos a uma distância de mais ou menos 30 cm dos olhos da sua filha, movendo-os para cima, para baixo e para os lados.

- Cante para ela. Os bebês gostam do som e do ritmo das canções de ninar e de canções de roda.

- A música estimula a linguagem e transmite uma sensação de tranquilidade e alegria.

- Leia e conte histórias para ela.

- Para fortalecer os músculos do pescoço da sua filha, dê-a de barriga para baixo e chame sua atenção com brinquedos, diga seu nome, estimulando-a a levantar a cabeça.

Entre 2 e 4 meses

Aos poucos, sua filha começa a balbuciar, a brincar com o som de sua própria voz, e gosta quando você corresponde ou a imita. Continue conversando com ela.

No início parece muito difícil, mas procure ir criando uma rotina das mamadas, do banho, de brincar no tempo que ela está acordada. Isso facilita a regulação das funções fisiológicas do bebê.

- Brinque com ela, ofereça objetos ou brinquedos para ela pegar ou tocar com a mão. Nessa idade ela só pega o objeto se for colocado na sua mão, isto é, ainda não consegue alcançar o objeto, apenas o toca, ou bate nele, mas fica atenta à brincadeira. Esse jogo, além de favorecer seus movimentos, também irá divertir-la.

- Quando acordada, deixe sua filha em lugar firme, seguro, no qual ela possa ficar com os braços livres. Vire-a de bruços por breves períodos no seu próprio colo ou na cama, para que ela possa olhar o mundo de outro ângulo.

- Na hora de colocá-la para dormir, as canções suaves ajudam muito a acalmá-la.



Nesta fase, o bebê começa a estranhar as outras pessoas. Isso é um bom sinal! Ele já sabe que você e as pessoas que cuidam regularmente dele são diferentes das demais e expressa essa preferência!

- Cubra o rosto ou objetos com um pano e pergunte à sua filha onde está. Caso ela não o encontre, retire o pano para que ela possa vê-lo. Aos poucos, ela perceberá que você ou o objeto está escondido por trás do pano. Essa brincadeira possibilita que a criança aprenda que as pessoas e os objetos continuam existindo mesmo quando ela não os vê.

- Bata palmas ou crie situações atraentes e curiosas para ela. Use a sua imaginação!

- Dê à criança brinquedos com cores, texturas e temperaturas variadas, fáceis de segurar, para que ela aprenda a passar objetos de uma mão para a outra. Elas também gostam de batê-los no chão e colocá-los dentro de caixas ou de outros recipientes de boca larga.

- Fale o nome dos objetos, pessoas e partes do corpo da sua filha, incentivando que ela participe da conversa, emitindo sons e sorrisos.

- Converse bastante com ela, usando palavras de fácil repetição, como "dada", "papai" etc.

- Coloque sua filha no chão, em uma esteira ou colchonete, estimulando-a a sentar-se.

- Coloque objetos à sua frente para que ela vá buscá-los, incentivando-a a se arrastar ou engatinhar.

- Como a partir dos 6 meses a criança começa a receber outros alimentos além do leite materno, aproveite as refeições para conversar e interagir com ela.

IMPORTANTE!

Evite deixar sua filha muito tempo sentada sem que ela possa sair dessa posição sozinha. Ela precisa de liberdade para movimentar o corpo inteiro e rotar, para depois, por volta dos 6 meses, começar a tentar sentar sozinha, embora ainda com o apoio das próprias mãos.

Entre 9 e 12 meses

Em torno de 1 ano de vida, o bebê já consegue falar algumas palavras além de "mamã" e "papá" e nomear os objetos e as ações mais comuns.

- Ajude sua filha a aumentar seu vocabulário.
- Ensine a ela os nomes das coisas e das pessoas, explique tudo o que você faz com ela, para ela, e porque de estar fazendo algo e para que isso serve.
- Converse com sua neném, ela vai aprendendo a falar e a entender bem o que as outras pessoas falam.
- Dança e cante músicas fazendo gestos, batendo palmas, dando tchau, incentivando que sua filha imite você.
- Faça perguntas simples e dê pequenas ordens: "Ven aqui", "Pegue o brinquedo", "Me dá" etc.
- Continue lendo e contando histórias para ela, principalmente na hora de dormir.
- Mostre-lhe as figuras dos livros quando estiver lendo e contando as histórias.
- Estimule sua filha a reconhecer e repetir os nomes das pessoas, dos animais e dos objetos que vê. As crianças gostam de apontar as figuras e ouvir alguém contar uma história sobre elas.
- Estimule sua filha a caminhar. Inicialmente, ela buscará apoio nos móveis e gradualmente irá largá-los. Os móveis devem estar firmes para que não caiam sobre ela. Coloque objetos em cima de sofás ou poltronas e estimule sua filha a pegá-los. Esse movimento ajuda a criança a ter segurança e equilíbrio para ficar em pé sem precisar de apoio. Aos poucos, ela irá soltando as mãos e se equilibrará nas duas pernas e conseguirá caminhar.
- Não coloque andador, pois este não a estimula a caminhar.
- Estimule o contato de sua filha com outras crianças.
- Ofereça pequenos objetos, como bolinhas de papel, pedaços de lutas ou outros para que ela possa pegar e treinar fazer uma pinça com os dedos. Mas tome muito cuidado para que ela não leve estes objetos a boca ou aos ouvidos ou ao nariz.
- Não deixe a criança sozinha com pequenos objetos.



Desenvolvimento da Criança de 1 a 3 Anos

Entre 1 ano e 1 ano e 6 meses

Continue sendo claro e firme ao colocar limites. Ordens diferentes, dadas ao mesmo tempo, deixam a criança confusa, sem saber o que fazer.

- Afaste-se de sua filha por períodos curtos, para que ela não se sinta insegura, e vá fazendo com que ela se acostume, aos poucos, com a sua ausência.
- Crie oportunidades para que sua filha aprenda a comer sozinha, a usar o talher com a própria mão, direita ou esquerda, de acordo com a sua habilidade, mas ajude-a a terminar sua refeição. Ela ainda precisa de seu apoio.
- Ofereça-lhe caixas ou jotes de diversos tamanhos e incentive-a a empilhá-los.
- Mostre-lhe como fazer isso e deixe-a imitá-lo.
- Faça pedidos simples e fale os nomes corretos dos objetos. Isso ajuda a criança a aumentar seu vocabulário e aprender a pedir a que quer.



- Crie oportunidades para que ela aprenda a andar sozinha, com equilíbrio e segurança, de modo que possa alcançar, pegar ou lançar um brinquedo.
- Crie oportunidades para que ela aprenda a rabiscar (com materiais como o giz de cera). Essa atividade estimula a criatividade e a coordenação dos movimentos das mãos.
- Nesta fase, ela já entende o que você diz. Portanto, seja claro com a criança, mostrando o que ela pode e não pode fazer. Dê-lhe limites.
- Puxe um laço (lho) com uma corda e mova em diferentes direções para que sua filha possa acompanhar o movimento andando tanto para a frente quanto para trás, ou fazendo curvas.

Entre 1 ano e 6 meses e 2 anos

Nesta idade, a criança já compreende melhor o que é dela e o que é dos outros, mas ainda precisa de orientação para aprender a compartilhar brinquedos e para aceitar que não pode fazer tudo o que quer.

IMPORTANTE!

As birras – gritar, chorar, se jogar no chão – são comportamentos frequentes nestas e nas próximas fases do desenvolvimento infantil. Os cuidadores devem ficar vigilantes, mas não desesperados e sem controle ao lidar com esse comportamento. De forma nenhuma reaja à birra, falando, gritando, batendo. Espere calmamente, não ceda. Espere sua filha se acalmar; então, diante de solicitações adequadas, sem gritos ou choros, você deve atendê-la quando possível e elogiá-la por ter conseguido superar a birra.

- Estimule sua filha a tirar as próprias roupas, mas ajude-a no início de suas tentativas.
- Perto dos 2 anos de idade, as crianças começam a falar ou a apontar quando fazem cocô ou xixi. Comece a incentivar sua filha a usar o vaso sanitário ou o penico. Faça isso em clima de brincadeira, sem pressioná-la ou repreendê-la. Inicialmente, deixe a criança sem fraldas durante o dia, com calcinha ou shorts, para que ela perceba quando faz xixi ou cocô. Quando você mesma perceber que ela está com vontade, leve-a até um penico e deixe que ela experimente usá-lo sem ser forçada. Aos poucos, vá incentivando-a e ajudando-a a usar o vaso sanitário.
- Continue oferecendo brinquedos de encaixe que possam ser empilhados e brinque com sua filha para que ela possa imitar você.
- Continue contando histórias usando livros e revistas. Nomeie os objetos e as personagens e crie histórias a partir das figuras.
- Brinque com sua filha: jogue bola, faça brincadeiras que envolvam o uso do corpo. Para maiores informações sobre brincadeiras na primeira infância, acesse: <http://portal.mec.gov.br>.

Entre 2 e 3 anos

Procure acompanhar as atividades da sua filha e demonstre interesse e satisfação por seu aprendizado e amadurecimento nessas habilidades.

- Incentive sua filha a se alimentar, a se vestir, a se banhar e a escovar os dentes sozinha.
- Elogie suas conquistas e só a ajude quando ela precisar.

- Continue estimulando-a a controlar a eliminação de fezes e urina, em clima de brincadeira, sem pressioná-la ou repreendê-la. A retirada das fraldas depende muito da presença motivadora dos cuidadores.
- Estimule sua filha a brincar com outras crianças para aprender a se relacionar e a compartilhar os brinquedos. A brincadeira fortalece a convivência social e os vínculos comunitários.
- Conte histórias e conte histórias de um jeito simples, para que sua filha possa repeti-las. Ela pode falar sobre os personagens e acontecimentos da história e também sobre fatos do seu dia a dia, de suas brincadeiras, os nomes dos amigos e os lugares que frequenta. Essas atividades estimulam o desenvolvimento da linguagem e da imaginação da criança.
- Mostre à criança figuras de animais, de peças do vestuário, de objetos domésticos e estimule-a a falar sobre eles: o que fazem, para que servem. Pergunte a ela, por exemplo: "Quem mia?", "Quem late?".
- Brinque de desenhar. Sua filha pode desenhar no papel, com giz, e também na areia e na terra, com o dedo.
- Ofereça pedaços de madeira, plástico, caixinhas, potes e peça para sua filha construir torres, pontes, ramelhus e casas. Essa brincadeira ajuda a desenvolver a imaginação e a criatividade. Você também pode pedir que ela separe os objetos pela cor e pela forma.

IMPORTANTE!

É hora de ensinar sua filha a esperar a sua vez para ser atendido, a ser tolerante com pequenas frustrações, como perder nos jogos e nas brincadeiras, a adiar o ganho de prêmios e recompensas, além de controlar seus impulsos e refletir sobre seu comportamento.

Desenvolvimento da Criança de 3 a 6 Anos

Entre 3 e 4 anos

Após os 3 anos, a criança já consegue permanecer por mais tempo em uma mesma brincadeira e prestar mais atenção em características como a cor, a forma e o tamanho dos objetos.



■ Crie situações nas quais seu filho possa experimentar e reconhecer as diferentes sensações. Nesta fase, ele já é capaz de diferenciar sensações, como frio, calor, seco e molhado. Você pode, por exemplo, fazer comentários como: "Hoje está muito frio, vamos colocar esse casaco?", ou "Está fazendo calor, vamos tirar esse casaco?". Outros comentários: "Pegue aqui no copo. O leite está quente", ou "Pegue aqui no copo. A água está fria".

- Faça brincadeiras que desenvolvam o equilíbrio e a concentração: andar de triciclo, pular para dentro e para fora de um círculo desenhado no chão, andar em linha reta, pular num pé só alternando a perna e chutar a bola.
- Promova brincadeiras com outras crianças.

IMPORTANTE!

Se seu filho frequenta a creche ou a pré-escola, participe das reuniões e converse com os professores para saber mais como você pode promover a sua aprendizagem e o seu desenvolvimento. Ele pode ter sido educado e cuidado no ambiente familiar até os 4 anos, mas a partir desta idade a matrícula na pré-escola é obrigatória.

Entre 4 e 5 anos

A criança já se comunica bem por meio de palavras e ganha independência.

- Incentive seu filho a expressar suas ideias, inventar ou recitar histórias, canções e rimas. Escute-o com atenção. Essa atitude amorosa estimula o desenvolvimento da linguagem e da imaginação da criança.
- Não repreenda seu filho quando ele estiver expressando suas fantasias. Ele está apenas aprendendo a dizer o que pensa.
- Estimule seu filho a correr, subir e descer, pular de pequenas alturas, pular em um pé só. Você pode, por exemplo, convidá-lo a imitar o Saci-Pererê, pular corda, brincar de amarelinha.

Entre 5 e 6 anos

Por volta dos 6 anos de idade, a criança tem interesse por jogos e brincadeiras com regras – passa a ser o jogo da memória –, que desenvolvem habilidades como a adequação a limites, a cooperação, a negociação e a competição saudável. Nesta fase, a criança já é capaz de aceitar e seguir regras dos jogos de mesa.

- Incentive sua filha a perceber novas relações entre os objetos para fortalecer sua capacidade de reflexão. Peça, por exemplo, para ela observar como os objetos podem ter quantidades e formas, tanto diferentes quanto iguais. Pergunte, por exemplo: "Onde tem mais objetos?", "Onde tem menos?".
- Incentive as brincadeiras de faz de conta, de casinha, de escola e de teatrinho. Elas ajudam a criança a organizar e expressar seus pensamentos e suas emoções e enriquecem sua identidade. Ao interpretar personagens e dar vida e função aos objetos, a criança experimenta outras formas de ser.
- Promova brincadeiras que ajudem sua filha a desenvolver seu equilíbrio. Por exemplo, peça para ela andar sobre uma linha desenhada no chão, colocando os pés bem juntinhos, um na frente do outro.
- Conte histórias, ensine poesias, rimas e canções e incentive sua filha a usar criativamente o que aprendeu. Brinque de formar famílias de palavras, assim: família das frutas (limão, abacaxi e banana), família dos meios de transporte (ônibus, carro, caminhão, carroça) etc.
- Dê tarefas que sejam adequadas à capacidade e à habilidade da criança e insista na sua realização. Ela pode, por exemplo, ajudar em algumas tarefas domésticas e cuidar do seu material escolar. Com isso, estará construindo o senso de responsabilidade, que é uma atitude fundamental para a vida adulta.
- Promova atividades de desenho e pintura.



P.M.O. 14900/2021
Rubrica 1111 Fís 1011

- Passeir com ela em praças, parques ou outros locais onde ela possa se movimentar com segurança, mantendo sempre o olhar atento.



- Brinque de colocar pedras, brinquedos e outros objetos em ordem de tamanho. Peça a sua filha para ordenar os objetos do maior para o menor e do menor para o maior.
- Nesta idade, a criança já consegue fazer muitas coisas de forma independente. Permita que ela guarde seus brinquedos, escolha suas roupas, tome banho e vá ao banheiro sozinha.
- Permita que sua filha colabore na realização de atividades simples do dia a dia, como, por exemplo, colocar os sapatos dentro do armário, pegar o pão em cima da mesa, tirar o brinquedo de dentro da caixa e organizar seus brinquedos.
- Ensine as posições que os objetos ocupam no espaço: em cima ou embaixo, perto ou longe, na frente ou atrás. Esse tipo de aprendizado é importante para a criança se orientar no espaço.
- Promova brincadeiras que exijam movimentos amplos, equilíbrio e agilidade, como as brincadeiras de "estátua" e de "coelho sai da toca".

IMPORTANTE!

Mesmo que sua filha tenha dificuldade, estimule suas iniciativas e ajude-a somente quando perceber que ela está atropalhada para realizar a tarefa. Valorize seu esforço e não ridicularize sua dificuldade.

- Nesta idade, a criança pergunta com insistência sobre a causa de alguns acontecimentos. "Por quê?", "como?", "para quê?" são perguntas frequentes. Responda às perguntas de seu filho de um jeito que ele possa entender. Satisfaça a sua curiosidade e deixe que ele explore a sua capacidade de descobrir e compreender o mundo.
- Não corrija eventuais erros de linguagem. Apenas repita o que sua filha disse de forma correta para que ela tenha um modelo a imitar.
- Incentive a com brincadeiras e atividades como desenhar de forma espontânea, copiar desenhos, colorir, recortar e colar figuras de revistas, fazer esculturas com argila ou barro. Peça para ela falar sobre o que desenhou ou construiu.
- Continue incentivando sua filha a brincar com outras pessoas. A interação da criança com seus brinquedos, amigos e familiares proporciona o apoio necessário para que ela se relacione com o meio social e cultural.

Desenvolvimento da Criança de 6 a 9 Anos

Nesta faixa etária as habilidades adquiridas nas fases anteriores se consolidam, seja por um aprendizado interno, seja na escola ou fora dela, seja pelo distanciamento da casa e dos pais, seja pela maior participação da criança na comunidade. A criança começa a ter noções gerais sobre si, entendendo quem ela é no mundo, com afirmações como "sou legal", "sou bagunceira", "sou inteligente", "sou engraçada" etc. A influência dos amigos e colegas da mesma idade adquire grande importância nesta etapa da vida, e a influência dos pais ganha novas formas.

IMPORTANTE!

A partir dos 6 anos, a criança passa a pensar com lógica. Sua memória e a sua habilidade com a linguagem aumentam: ela está começando a pensar por si mesma. Incentive sua filha a manifestar suas próprias ideias e pensamentos.

- Estimule cada vez mais a independência de sua filha, mas, ao mesmo tempo, esteja muito próximo dela. Converse, troque ideias, seja companheiro, de forma que ela possa ir construindo a sua visão de mundo de acordo com os valores e os limites da família e da convivência na comunidade.
- Acompanhe a vida escolar da sua filha e valorize suas conquistas. Converse com os professores sobre o seu aprendizado, seu comportamento na escola e sua socialização com os colegas e os professores.
- Promova sua participação em atividades esportivas e artísticas de acordo com suas preferências e habilidades. Essas atividades são boas para crianças de ambos os sexos porque favorecem o aprendizado da disciplina, da coordenação motora, da convivência em grupo e o desenvolvimento de outras aptidões.

ATENÇÃO!

Não preencha todo o tempo da sua filha com atividades de hora marcada. Ela ainda precisa de horas livres para brincar.

PERCEBENDO ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO

Sinais de Alerta

A seguir, destacamos alguns sinais de alerta que fazem suspeitar de algum problema de desenvolvimento da criança.

Crianças de sua filha

- Não busca interação, não reage ou se irrita ao contato com as pessoas e com o ambiente;
- Não responde ao olhar ou aos sons, à conversa e ao toque quando é alimentada, alimentada, colocada no colo ou acariciada;
- Habitualmente fica isolada e não se interessa em brincar com outras crianças;
- Tem dificuldade na fala e em atender aos comandos;
- Faz gestos e movimentos repetitivos;
- Demora ou não dá rumos para virar de bruços, sustentar a cabeça, engatinhar e andar;
- Tem dificuldade para memorizar e realizar uma tarefa até o fim;
- Tem dificuldade para aprender e solucionar problemas práticos relacionados aos hábitos da vida diária;
- Tem dificuldade com o sono ou com a alimentação;
- Tem sensibilidade exacerbada a determinados ruídos de motores de eletrodomésticos, furadeiras e fogos de artifício;
- Apresenta muita agressividade;
- Apresenta intensa agitação, impulsividade e falta de atenção;
- Desafia com frequência e tem dificuldade de seguir as regras.

IMPORTANTE!

Se sua filha não age como você espera, apresenta comportamentos diferentes dos apresentados por outras crianças da mesma idade e/ou não está alcançando os marcos do desenvolvimento para sua idade (pág. 79 à 84), converse com os profissionais de saúde, educação e assistência social. Na maioria das vezes não é nada sério, mas quanto mais cedo um problema de desenvolvimento for identificado e enfrentado, melhores serão os resultados.

A suspeita de uma alteração no desenvolvimento da criança pode gerar momentos difíceis e sentimentos como medos, dúvidas, angústias e dificuldades em aceitar o problema. Todos esses sentimentos são normais diante de um fato novo e não esperado pela família. Procure e aceite ajuda e apoio dos profissionais de saúde, educação e assistência social. Compartilhar pode lhe dar mais tranquilidade e segurança para lidar com o problema de sua filha.

Transtornos do Espectro Autista e Síndrome de Down
Autismo

O autismo é um transtorno global do desenvolvimento da criança, cujas alterações aparecem antes dos 3 anos de idade e se caracterizam por problemas na comunicação e na interação social e por comportamentos repetitivos e interesses restritos. Existem vários graus de autismo, e quanto mais cedo a criança for diagnosticada e começar o tratamento, melhor será o seu desenvolvimento.

A detecção precoce do autismo é fundamental para a imediata intervenção, de forma a favorecer a construção de habilidades que viabilizam o percurso da pessoa com autismo e de seus familiares em suas redes sociais. Ainda não existem exames laboratoriais ou marcadores biológicos para a identificação do autismo, a qual se dá pela observação do comportamento e pela avaliação clínica.

Se há suspeita ou se foi confirmado que sua filha apresenta algum transtorno do espectro autista, procure o serviço de saúde mais próximo de sua casa para receber orientação quanto ao acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento e para encaminhamento aos serviços especializados da rede de saúde. A creche/escola pode ser, além da família, um ambiente facilitador do desenvolvimento da criança autista.

IMPORTANTE!

Para mais informações, leia as **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (IEA)** e as **Diretrizes de Atenção a Pessoas com Síndrome de Down** em: www.saude.gov.br e a publicação **Linha de Cuidado às Pessoas com Transtorno em:** http://www.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf.

Síndrome de Down

A síndrome de Down é uma situação especial que acontece quando o bebê nasce com um cromossomo a mais em cada célula do seu corpo. As crianças com Down podem apresentar complicações cardíacas, alterações visuais, auditivas, gastrointestinais, problemas de sono, infecções respiratórias, de ouvido, distúrbios da tireoide, obesidade e alterações na articulação da cabeça com o pescoço.

Essas crianças devem ser encaminhadas para estimulação precoce já nos primeiros dias de vida, se suas condições clínicas o permitirem. O diagnóstico e o tratamento precoces podem garantir a elas melhor qualidade de vida. Seu cuidado deve ser compartilhado entre a família e a equipe multiprofissional (saúde, educação e assistência); portanto, a família não estará sozinha e sem apoio. Procure o serviço de saúde mais próximo de sua casa para receber orientação sobre o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da sua filha e para encaminhamento aos serviços especializados da rede de saúde.

P.M.Q. 14900/2021
Rubrica sum Fís 1012

Crianças com Deficiência

Muitas vezes ainda não se tem um diagnóstico, mas já se percebe um atraso ou alterações no desenvolvimento da criança desde os primeiros meses de vida; nestes casos, ela precisa ser encaminhada para profissionais com experiência em desenvolvimento infantil.

São fundamentais a identificação e a intervenção precoce para crianças com deficiência.

Por isso é importante a realização dos testes do pezinho, da trielândia e do olhinho.

IMPORTANTE!

O afeto, o amor, o bom senso e a vontade de superar limites, além da esperança e da disposição para a luta, dão mais confiança à criança, ajudando-a também a ter mais disposição para enfrentar suas próprias dificuldades. Converse com os profissionais, porque você não está sozinho.

A parceria entre pais, profissionais de saúde, assistência social e de educação, muito contribui para o estímulo ao desenvolvimento e à atenção integral à criança com deficiência.

Nos casos confirmados de alterações específicas do desenvolvimento da criança, é responsabilidade dos profissionais do serviço de saúde articular e organizar todo o cuidado de que ela necessita nos vários serviços especializados de saúde, como centros de reabilitação etc. A família deve buscar, além do tratamento especializado, apoio psicossocial e emocional na rede de saúde e nos serviços socioassistenciais (CRAS) e também deve se informar sobre os direitos das crianças com deficiência: o passe livre de transporte, o benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC), a habitação inclusiva, o cuidado centrado na família e as políticas públicas de acessibilidade e inclusão social, por exemplo. Quanto mais cedo a família tiver informações sobre os direitos de sua filha, maior será a chance de incluí-la na sociedade em igualdade de condições com as outras crianças.

ATENÇÃO!

Para mais informações sobre a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, veja <http://www.saude.gov.br/saude/crianca/crianca-com-deficiencia>.

PERCEBENDO ALTERAÇÕES NA VISÃO E NA AUDIÇÃO
Sinais de Deficiência Auditiva e Visual

A visão e a audição são muito importantes para a aprendizagem e a comunicação da criança. Os pais ou cuidadores e professores são as pessoas mais próximas e as que têm mais condições de observar se as crianças estão ouvindo e enxergando bem. Quando for identificado algum problema, deve-se levar a criança aos serviços de saúde. Lá são feitos testes para verificar a qualidade da visão e da audição nos primeiros anos de vida. Esses testes devem ser repetidos quando a criança vai para a escola.

Deficiência Visual

Fique atento quando sua filha:

- Tiver grande dificuldade em prestar atenção nos objetos ou nas pessoas;
- Parecer desinteressada pelos brinquedos ou pelo ambiente;
- Aproximar para muito perto dos olhos os objetos que deseja ver;
- Tiver dificuldade em se movimentar (rolar, engatinhar ou andar, por exemplo);
- Apertar ou esfregar os olhos, franzir a testa ou prestar atenção em pontos luminosos.

Deficiência Auditiva

Fique atento quando sua filha:

- Não acodar com batidos nem reagir a sons do ambiente (porta batendo, vozes, brinquedos e instrumentos musicais);
- Não atender quando se fala com ela ou só atender quando está olhando diretamente para a pessoa;
- Falar pouco ou não falar;
- Ouvir rádio ou TV sempre em alto volume;

ATENÇÃO!

Não coloque remédios caseiros ou qualquer outra coisa nos ouvidos ou nos olhos de sua filha sem que isso tenha sido indicado pelo profissional de saúde. Evite que ela fique exposta por muito tempo a ruidos fortes, eles podem causar problemas de audição.

PROMOVENDO A SAÚDE BUCAL

Desenvolvimento dos Dentes

Por volta dos 6 meses de idade, inicia-se o nascimento dos dentes de leite. Quando esses dentes estão nascendo, a criança pode apresentar alteração do sono, perda de apetite, pequena alteração de temperatura, aumento da salivação (fica babando muito), coceira nas gengivas e irritabilidade. Com 3 anos, a criança geralmente tem 20 dentes no total. E permanece assim até os 6 anos, quando geralmente nasce o primeiro molar permanente, um dente maior que nasce após o último dente de leite.

Dos 6 aos 14 anos de idade, os dentes de leite são trocados pelos dentes permanentes. A dentição permanente completa-se em torno dos 18 anos e é formada por 32 dentes, os quais devem permanecer na boca pelo resto da vida.



Limpeza da Boca e dos Dentes

A partir do nascimento do primeiro dente, é indispensável utilizar uma escova de dentes pequena e com cerdas macias, com pequena quantidade (menos de um grão de arroz) de creme dental com flúor. Enquanto a criança tiver apenas dentes de leite, é suficiente escovar os dentes com creme dental duas vezes ao dia. Além disso, deve-se cuidar para que ela não engula a espuma que se forma durante a escovação.

O uso fio dental é indicado quando os dentes estão juntos, sem espaços entre eles, uma vez ao dia.

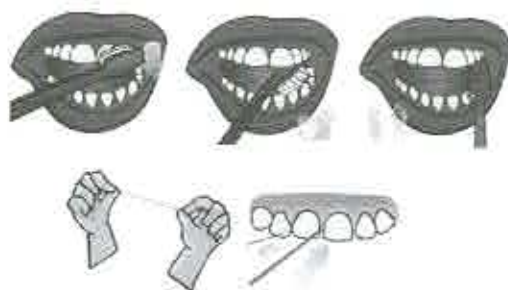
Os pais ou cuidadores devem escovar os dentes das crianças até que elas aprendam a fazer isso sozinhas, mas devem acompanhar o procedimento das crianças até perceberem que elas estão fazendo a higienização bucal de maneira correta. O creme dental deve ser mantido fora do alcance das crianças.

P.M.Q.
Processo 14900/2011
Rubrica 1111 TR 5013

Traumatismo Dentário

É comum que as crianças sofram quedas e os dentes sejam atingidos. As maiores complicações devidas a traumas, tanto nos dentes de leite quanto nos dentes permanentes, acontecem por falta de atendimento imediato e de controle de possíveis complicações pelo profissional.

Para qualquer tipo de trauma, procure imediatamente o dentista, pois quanto mais rápido for o atendimento, maiores serão as chances de recuperar o dente. Nos casos em que o dente permanente sai totalmente da boca, tente colocá-lo de volta no seu lugar ou coloque o dente em uma solução fisiológica (com leite, soro ou saliva) e procure o dentista o mais rápido possível.



Cárie Dentária

A cárie é uma doença causada por bactérias que vivem na boca e utilizam o açúcar da nossa alimentação para produzir ácidos que destroem os dentes.

É muito fácil e simples prevenir o aparecimento da cárie. Deve-se ter uma dieta balanceada; controlar a frequência de ingestão de açúcares e realizar corretamente a higiene bucal.

ATENÇÃO!

Bebês e crianças podem ter um tipo de cárie que evolui muito depressa e pode atingir vários dentes de uma só vez, destruindo-os rapidamente. A causa mais comum desse problema é o uso frequente e prolongado de mamadeira durante a noite associado à falta de limpeza dos dentes após essa mamada. Portanto, sempre lave a higiene após a mamada e nunca deixe o bebê dormir com a mamadeira na boca. Evite acrescentar açúcar no arrolhado ao conteúdo da mamadeira.

OBSERVANDO COM CUIDADO O USO DOS ELETRÔNICOS E O CONSUMO

Meios de Comunicação (TV, celulares, tablets, computadores etc.)

Prefira estimular a inteligência do seu filho com as brincadeiras. As crianças estão cada vez mais expostas a celulares, programas de TV e a jogos que não desenvolvem as habilidades motoras, cognitivas e sociais, e além disso muitas vezes podem ter conteúdos violentos, eróticos ou outros, impróprios para sua idade. Mesmo com programação adequada, o tempo exagerado da criança diante desses aparelhos leva à diminuição de brincadeiras que exercitam o corpo, o que pode acarretar a obesidade, além de reduzir a interação com os cuidadores, com outras crianças e com a comunidade, fragilizando os vínculos familiares e sociais. **Dê limites em relação ao tempo que seu filho pode ficar diante da TV, do computador e do celular.** Observe o tipo de programação e a recomendação etária dos filmes, jogos e desenhos.

ATENÇÃO!

Crianças menores de 2 anos não devem ser expostas a esses equipamentos, porque principalmente nessa idade – a convivência familiar e social é muito importante para a construção dos laços afetivos. Para crianças de 2 a 5 anos, a recomendação é que o tempo máximo diante desses aparelhos seja de uma hora por dia. Até os 10 anos as crianças não devem fazer uso de televisão ou computador nos seus próprios quartos. As crianças após dos 12 anos não devem possuir celulares e smartphones.

Consumo em Geral

A interação com adultos é importante para o desenvolvimento das crianças. Cuide para não se distrair dando atenção a equipamentos eletrônicos (celular, TV e outros) e deixando de interagir com seu filho. E lembre-se: seu exemplo é fundamental, preste atenção no tempo que você gasta com esses aparelhos.

As crianças são um alvo muito atraente para a propaganda comercial das empresas, devido à sua facilidade em assimilar os conteúdos apresentados. Isso estimula o consumo, principalmente de brinquedos e alimentos (muitas vezes não saudáveis). As propagandas provocam todos os sentidos da criança, criando o desejo de possuir o produto vendido. Nesse contexto, a família deve limitar o tempo que as crianças veem TV e lhes dar bom exemplo e orientação para que elas evitem comportamentos consumistas.

PREVENINDO ACIDENTES

À medida que a criança vai crescendo e se desenvolvendo, sua curiosidade vai se aguçando; movimentar-se em busca de novas descobertas passa a ser constante no seu dia a dia, o que aumenta o risco de sofrer acidentes.

Atitudes simples, com supervisão contínua de um adulto, podem impedir acidentes que podem matar ou deixar sequelas. **FIQUE ATENTO!**

Do Nascimento aos 6 Meses

Sufocação

- Nunca use talco; ajuste o lençol do colchão, cuidando para que o rosto do bebê não seja encoberto por lençóis, cobertores, almofadas e travesseiros.
- Evite o uso de cordões e enfeites de cabelo.
- Evite o contato da criança com peças pequenas (clipes, botões, agulhas, moedas, anéis, brincos, bolinha de gude, tampinhas, pregos, parafusos). Utilize brinquedos grandes e impenetráveis, respeitando a faixa etária indicada na caixa pelo Instituto (Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia).
- Afaste a criança de papéis de hala, sacos plásticos, cordões e fios.

Quedas

- Proteja o berço e o cercado com grades altas com, no máximo, 6 cm entre elas.
- Não deixe a criança sozinha em cima de móveis.
- Não deixe a criança sob os cuidados de outra criança.

Intoxicação

- Nunca dê à criança remédio que não tenha sido receitado pelo médico. Verifique sempre a validade do que você oferece à sua filha.



Queimaduras

- No banho, verifique a temperatura da água (a ideal é 37 °C).
- Caso a criança não esteja sendo amamentada exclusivamente no peito, é importante verificar a temperatura do leite (ou alimento) ofertado.
- Não tome líquidos quentes nem fume enquanto estiver com a criança no colo.

Afogamento

- Nunca deixe a criança sozinha na banheira ou em bacia.
- Não deixe sua criança próxima a baldes, tanques, vasos, cachimbos, poços e piscinas. Mesmo pouca água pode causar afogamento.

Acidentes no transporte

- A criança nesta idade deve ser transportada no bebê-conforto ou no conversível (cadeira em forma de concha, levemente inclinada, colocada no banco de trás do carro, voltada para o vidro traseiro, conforme orientações do fabricante, segundo estabelece o Código de Trânsito Brasileiro).

**Dos 2 aos 4 Anos**

Nesta fase, a criança está mais independente, mas ainda não percebe as situações de perigo e os riscos de acidentes. Por isso, devem ser observadas todas as orientações recomendadas para as faixas etárias anteriores e, também, as seguintes:

Acidentes com animais domésticos

- Não deixe sua filha se aproximar de cães e outros animais desconhecidos ou que estejam se alimentando ou com filhotes.

Queimaduras

- Não deixe sua filha brincar com fogo, fogueiras e fogos de artifício (bombarinhas, produtos inflamáveis, fósforos etc.).
- Mantenha a criança longe do fogão, do aquecedor e do ferro elétrico.
- Os produtos inflamáveis (como álcool, querosene e fósforos) devem ficar totalmente fora do alcance das crianças.

ATENÇÃO!

Em casos de acidentes com materiais de limpeza, medicamentos e outras substâncias tóxicas, procure imediatamente um serviço de saúde. Ligue o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), no telefone 192, ou ligue para o Centro de Informação Toxicológica, pelo telefone: 0800-780200.

Autossegurança

- Quando sair de casa, segure sua filha pelo pulso para evitar que ele se solte e corra em direção às ruas e rodovias.
- Não permita que ela brinque em locais de circulação de veículos, como garagens e outros próximos às ruas e rodovias.

Afogamentos

- Nunca deixe crianças sozinhas quando estiverem dentro ou próximas da água, seja piscina, rio, lago, mar, balde, banheira, bacia ou outros. Elas devem sempre estar acompanhadas por um adulto atento o tempo todo, mesmo que elas saibam nadar.

Acidentes de trânsito

- No carro, a criança de 1 a 4 anos deve ser transportada em uma cadeira especial para crianças, com cintos de segurança de três pontos, que deve ser colocada no banco de trás, conforme a orientação do fabricante.
- Verifique se o transporte escolar segue as recomendações de segurança no trânsito.

IMPORTANTE!

Sempre mantenha a sua filha longe de armas de fogo.

Dos 6 Meses aos 2 Anos

Nesta faixa de idade, a criança começa a se locomover sozinha e está mais ativa e curiosa. Portanto, os cuidados devem ser redobrados. Para evitar acidentes, além das recomendações para a faixa etária anterior, devem ser observadas as orientações a seguir:

Quedas e ferimentos

- Coloque barreiras de proteção nas escadas e redes de proteção ou grades nas janelas.
- Certifique-se de que o tanque de lavar roupas e as pias (ou lavatórios) estejam bem fixos, para evitar que caíam e machuquem a criança, caso ela se pendure ou se apoie neles.

Envenenamento

- Mantenha produtos de limpeza (água sanitária, detergente) e medicamentos fora do alcance da criança. Coloque esses produtos em locais altos e, se possível, trancados.
- Não utilize embalagens de bebidas para colocar produtos de limpeza e inflamáveis, como querosene.
- Evite o acesso da criança a produtos como venenos (contra ratos, formigas, mosquitos, moscas) e a produtos inflamáveis (álcool e removedor de esmalte, por exemplo).

Queimaduras

- Restrinja o acesso da criança a cozinha.
- No fogão use as bocas de trás e deixe as calças das panelas voltadas para o centro.
- Fique atento ao forno ligado, ao ferro de passar roupas e ao aquecedor.



- Coloque protetores nas tomadas.
- Evite fios elétricos soltos e ao alcance da criança.

**Dos 4 aos 6 Anos**

Mantenha todos os cuidados recomendados para as faixas etárias anteriores e converse com sua filha, explicando-lhe sempre as situações de perigo.

- Mesmo que já esteja mais confiante e seja capaz de fazer muitas coisas, ela ainda precisa da supervisão de um adulto.

A criança deve usar equipamento de proteção ao andar de bicicleta, patins e skate.

Escolha lugares seguros (parques, ciclovias e praças) para as brincadeiras.

Ao andar na rua, cuide para que a criança sempre esteja do lado de dentro da calçada, protegida dos veículos pelo corpo do adulto.

Nunca deixe a criança brincar em lajes, varandas e terraços que não tenham grades de proteção.

No carro, a criança deve usar os assentos de elevação (boosters), com cinto de segurança de três pontos, no banco traseiro.

Dos 6 aos 9 Anos

A partir dos 6 anos a criança já é quase independente, por isso aumenta a necessidade de proteção e supervisão de suas atividades fora de casa. Converse com sua filha, informe-a sobre os riscos a que ela está exposta no dia a dia e peça-lhe para ter atenção quando estiver em uma situação que ofereça perigo.

Choques elétricos

- Não deixe sua filha soltar pipa, papagaio ou arrala em locais onde há fios elétricos. Há risco de choque de alta tensão.

Também não lhe permita o uso de produtos para deixar mais cortante a linha da pipa, pois isso pode ocasionar graves acidentes com ela própria e com outras pessoas.

Acidentes de trânsito

- Após os 7 anos e meio, as crianças devem sentar-se no banco de trás, usando o cinto de segurança de três pontos.

Somente crianças de mais de 10 anos podem sentar-se no banco da frente, sempre usando o cinto de segurança.



PROTEGENDO A CRIANÇA DA VIOLÊNCIA

Respeito aos Direitos Fundamentais

Toda criança tem o direito de crescer e se desenvolver de forma segura e saudável. Quando amada e desejada, a criança cresce mais tranquila e tende a se relacionar de forma mais harmoniosa com seus pais, responsáveis, familiares e outras crianças.

Como o aprendizado se dá pela imitação do comportamento, as crianças que presenciaram ou são vítimas de violência podem acreditar que essa é a forma natural de resolver conflitos.

Lembre-se: as atitudes dos adultos no dia a dia servem como exemplo. Não grite sua bata, a criança aprende e repete os comportamentos vivenciados, podendo incorporá-los ao seu jeito de ser. Sofrer maus-tratos na infância traz prejuízos maiores do que em qualquer outra fase da vida e pode comprometer o desenvolvimento

físico, emocional, mental e social. É preciso ter especial cuidado com os casos de violência em crianças menores de 3 anos, porque nessa idade as crianças ainda não sabem dizer o que estão sentindo e percebendo no seu corpo. Quanto mais cedo começar e mais tempo durar a exposição da criança a uma situação de violência, mais graves e permanentes serão os danos causados. Entre as crianças maiores que já frequentam a escola, podem acontecer situações de violência intencional e contínua,

chamada de *bullying*. Exemplos comuns são empurrões, insultos e humilhações — como inventar apelidos que ferem a dignidade, mentiras que provocam situações vexatórias ou difundir imagens pela internet. Alguns destes sinais e sintomas podem indicar que sua filha sofre violência: irritabilidade frequente, recusa exagerada da proximidade de pessoas, tristeza constante, isolamento,

manchas no corpo, feridas em diferentes estágios de cicatrização, comportamento de agressividade extrema, distúrbio do sono, atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala, distúrbio de aprendizagem e até o insucesso na escola.



ATENÇÃO!

Se você suspeitar que alguma criança sofre maus-tratos, violência física, psicológica, sexual ou seja obrigada a trabalhar, DENUNCIE. Comunique o caso, imediatamente, ao Conselho Tutelar ou à Delegacia da Criança e do Adolescente ou, ainda, para o serviço LIGUE 180. A ligação é anônima e gratuita. A assistência social possui um Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), com prioridade para crianças vítimas de violência. Procure o CRAS e o CREAS para acompanhar essas crianças e suas famílias.

ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA E CONSULTAS RECOMENDADAS



Nas páginas a seguir haverá quadros e tabelas que devem ser preenchidos com informações sobre a saúde da sua filha. É nesses que serão registrados o peso, a altura, a vacinação e o desenvolvimento, por exemplo. Essas informações para cada mês são um direito seu.

Profissionais e trabalhadoras de saúde! As páginas seguintes deverão ser preenchidas nos momentos de contato com a criança e seus familiares. Não se esqueçam de preenchê-las!

As informações sobre o pré-natal e o parto devem ser preenchidas nos locais onde foram prestadas essas assistências e são fundamentais para a vigilância da saúde integral da criança, com destaque para o seu desenvolvimento.

Equipe de Atenção Básica! O preenchimento da *Carteira de Saúde* permite que os familiares e cuidadores se apoiem das informações sobre a saúde da criança. Aproveite esta oportunidade para conversar com as famílias e envolvê-las no processo de cuidado!

P.M.O.
Processo: 14900/2021
Rubrica: *[assinatura]* Pág. 525

PARTE II

REGISTROS DO ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA

Pré-Natal, Parto, Nascimento, Internação Neonatal e Alta

Gravidez planejada? () Não () Sim _____

Fez pré-natal? () Não () Sim _____

Número de consultas: _____ Iniciou consultas no trimestre: () 1º () 2º () 3º

Tipo de gravidez: () Única () Múltipla _____

Gravidez de risco: () Não () Sim. Qual? _____

Sorologias realizadas no pré-natal para os agravos (CH-10)

Agravos	1º trimestre			2º trimestre			3º trimestre			Varicela no pré-natal:
	NR	N	ALT	NR	N	ALT	NR	N	ALT	
A53	()	()	()	()	()	()	()	()	()	Varicela () ()
Z21	()	()	()	()	()	()	()	()	()	Infecção () ()
B14	()	()	()	()	()	()	()	()	()	Hepatite B () ()
B58	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
Zika	()	()	()	()	()	()	()	()	()	

Parto em: () Hospital () Centro de Parto Normal () Domicílio

() Outro: _____

Tipo de parto: () Vaginal () Cesárea. Motivo: _____

Acompanhantes no parto/nascimento: () Não () Sim _____

Contato pele a pele: () Não () Sim. Mamos na primeira hora de vida? () Não () Sim

Appar 1º min: ___ 5º min: ___ Clareamento oportuno do cordão umbilical: () Não () Sim

IG: ___ Semanas e ___ dias | DUM () | USG () Exame RN. Qual? _____

Peso: ___ g Comprimento: ___ cm PC: ___ em Adesão peso IG: () JAG () IIG () GIG

Reanimação neonatal: () Não () Sim. RN assistido no parto por: _____

Tipo sanguíneo e Coombs: Mãe ___ GI ___ Bebê ___ CD ___

Prevenção: Oftálmica () Não () Sim. Hemorrágica (VI, K): () Não () Sim

Internação: () Não () Sim. Onde? () Últ. ___ dias () Últ. ___ dias () Últ. ___ dias

Motivo da internação: _____

Anote com base no relatório de alta os problemas que o bebê apresentou, diagnósticos,

tratamentos realizados e recomendações após a alta. _____

Data da alta: ___/___/___ Peso na alta: ___ g Comprimento: ___ cm

Alimentação: () Leite materno exclusivo () Leite materno e leite artificial () Leite artificial

Triagens Neonatais

Triagens Neonatais / /

1. **Triagens neonatais**

a. Teste da reflexo vermelho - Teste do olhinho
 Deve ser realizado entre a 4a e a 6a da neonatalidade
 () Não realizado () Realizado em / /
 Olho Direito: () Normal () Alterado
 Olho Esquerdo: () Normal () Alterado
 Observação/Exame/Tratamento: _____

b. Triagem de cardiopatia congênita crítica
Oximetria de pulso - Teste do coraçõzinho
 Realizado na maternidade após 24h de vida
 () Não realizado () Realizado em / /
 Resultado: () Normal () Alterado
 Observação/Exame/Tratamento: _____

c. Triagem auditiva - Teste de orelhinha
 Deve ser realizado na maternidade entre 24 e 48h depois do nascimento e no máximo, durante o 1º mês de vida
 () Não realizado () Realizado em / /
 Teste: () Embudo Otopneumática Evocada
 () Potencial Evocado Auditivo de Tímpano Excêntrico
 Ouvido direito: () Normal () Alterado
 Ouvido esquerdo: () Normal () Alterado
 Conduta: _____

d. Triagem biológica - Teste do pezinho
 Idealmente realizado entre o 3º e 5º dia
 () Não realizado () Realizado em / /

Consulta da 1ª Semana

Consulta da 1ª Semana Data / /

1. Medidas: PC* em Peso* g Comprimento* cm
*Medidas obtidas pelo Instrumento de Avaliação de Saúde e Crescimento (IASC)

2. Alimentação/alimentação
 () Leite materno exclusivo (LME)
 () Leite materno e leite artificial (LM-LA)
 () Leite artificial (LA)
 Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim
 Com que idade? _____
 Em caso de desmama, porque descreva o motivo: _____

3. Sinais de alerta
 Gato umbilical infeccionado () Não () Sim
 Icterícia () Não () Sim
 Diarreia/Vômitos () Não () Sim

4. Vacinas
 Registrar no quadro pag. 10M
 Hepate B () Não () Sim
 BCG () Não () Sim

5. Desenvolvimento e laços de afeto
 Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada/alimentação para acolher, tocar, olhar e conversar com o bebê.

A criança merece cuidados especiais em caso de extrema pobreza, de residir em área de risco, ter deficiência, ter nascido com peso menor que 2.500g, ter nascido com menos de 37 semanas, ter sofrido aborto grave, ter apresentado Apgar menor que 7 no 5º minuto, ou por ser filho de mãe adolescente, usuário de drogas, com depressão, entre outros.

P.M.O. 14900/2021
 Processo 14900/2021
 Rubrica mmf Fis 1016

Consulta da 1ª Mês

Consulta da 1ª Mês Data / /

1. Medidas: PC* em Peso* g Comprimento* cm
*Medidas obtidas pelo Instrumento de Avaliação de Saúde e Crescimento (IASC)

2. Triagem neonatal - testes

Teste	Resultado		Exame/Tratamento
	Não Sim	Normal Alterado	
Pezinho			AB* CER** SSA*** SSE****
Orelhinha - Exame auditivo			
Olhinho - Reflexo olho vermelho			
Coraçõzinho			

AB: Abolição Bilateral; CER: Cerise Espectral do Cor; SSA: Síndrome de Salla; SSE: Síndrome de Salla e Salla

3. Alimentação/alimentação
 () Leite materno exclusivo () Não () Sim
 () Leite materno e leite artificial () Não () Sim
 () Leite artificial () Não () Sim
 Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim
 Com que idade? _____
 Em caso de desmama, porque descreva o motivo: _____

4. Exame ocular
 Abertura ocular normal () Não () Sim
 Pupilas normais () Não () Sim
 Estrabismo () Não () Sim
 Segurar com o olhar () Não () Sim

5. Desenvolvimento?
 Observação da interação mãe-bebê _____

6. Avaliar a presença dos marcos na pag. 79 e classificar pelo instrumento da pag. 78
 Adequado para idade ()
 Alerta para o desenvolvimento ()
 Provável atraso no desenvolvimento ()
 Observações: _____

7. Laços de afeto
 Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Investigar depressão materna. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para acolher e conversar com o bebê.

A criança merece cuidados especiais em caso de extrema pobreza, de residir em área de risco, ter deficiência, ter nascido com peso menor que 2.500g, ter nascido com menos de 37 semanas, ter sofrido aborto grave, ter apresentado Apgar menor que 7 no 5º minuto, ou por ser filho de mãe adolescente, usuário de drogas, com depressão, entre outros.

Consulta do 2º Mês

Consulta do 2º Mês Data / /

1. Medidas: PC* em Peso* g Comprimento* cm
*Medidas obtidas pelo Instrumento de Avaliação de Saúde e Crescimento (IASC)

2. Alimentação/alimentação
 () Leite materno exclusivo () Não () Sim
 () Leite materno e leite artificial () Não () Sim
 () Leite artificial () Não () Sim
 Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim
 Com que idade? _____
 Em caso de desmama, porque descreva o motivo: _____

3. Sinais de alerta
 Secreção nasal () Não () Sim
 Cólica/Engasgos () Não () Sim
 Diarreia/Constipação () Não () Sim
 Vômitos/Gulfiadas () Não () Sim

4. Exame ocular
 Globo ocular de tamanho normal () Não () Sim
 Pupilas normais () Não () Sim
 Estrabismo () Não () Sim
 Secreção ocular () Não () Sim

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase
 Posição no sono _____
 Tempo de sono _____
 Técnica de posição durante o dia _____
 Funcionamento do intestino e cêlulas _____
 Higiene e cuidados gerais _____
 Orientações sobre saúde bucal do bebê: higiene bucal, uso de chupeta ou teta _____
 Uso de soro fisiológico nasal _____
 Acidentes domésticos _____
 Sinais de violências/negligências () Não () Sim

6. Laços de afeto
 Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Apesar os cuidados na estimulação do bebê. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para acolher, tocar, olhar e conversar com o bebê.

Dependendo da saúde e das condições de vida, a criança pode precisar de mais consultas antes próximas meses. Fique atento aos riscos.

Consulta do 4º Mês

Consulta do 4º Mês Data / /

1. Medidas: PC* em Peso* g Comprimento* cm
*Medidas obtidas pelo Instrumento de Avaliação de Saúde e Crescimento (IASC)

2. Alimentação/alimentação
 () Leite materno exclusivo () Não () Sim
 () Leite materno e leite artificial () Não () Sim
 () Leite artificial () Não () Sim
 Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

Parou de amamentar? () Não () Sim
 Com que idade? _____
 Em caso de desmama, porque descreva o motivo: _____

3. Sinais de alerta
 Secreção nasal () Não () Sim
 Cólica/Engasgos () Não () Sim
 Diarreia/Constipação () Não () Sim
 Vômitos/Gulfiadas () Não () Sim

4. Exame ocular
 Globo ocular de tamanho normal () Não () Sim
 Pupilas normais () Não () Sim
 Estrabismo () Não () Sim
 Secreção ocular () Não () Sim

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase
 Posição no sono _____
 Tempo de sono _____
 Técnica de posição durante o dia _____
 Funcionamento do intestino _____
 Higiene e cuidados gerais _____
 Orientações sobre saúde bucal do bebê: higiene bucal, nascimento dos dentes, uso de chupeta ou teta, etc. _____
 Acidentes domésticos _____
 Sinais de violências/negligências () Não () Sim

6. Laços de afeto
 Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Apesar os cuidados na estimulação do bebê. Observar se os cuidados aproveitam o momento da alimentação e sono para acolher, tocar, olhar e conversar com o bebê. Estimular as brincadeiras, canções e brincos.

Dependendo da saúde e das condições de vida, a criança pode precisar de mais consultas antes próximas meses. Fique atento aos riscos.



Gráfico de Comprimento para Idade de 0 a 2 Anos

Comprimento para Idade 0 a 2 anos
 (Comprimento adequado para idade) > curvas 1 e 2; < curvas 3 e 4; < curvas 5 e 6
 Muito baixo comprimento para idade < curvas 1 e 2
 Muito alto comprimento para idade > curvas 5 e 6

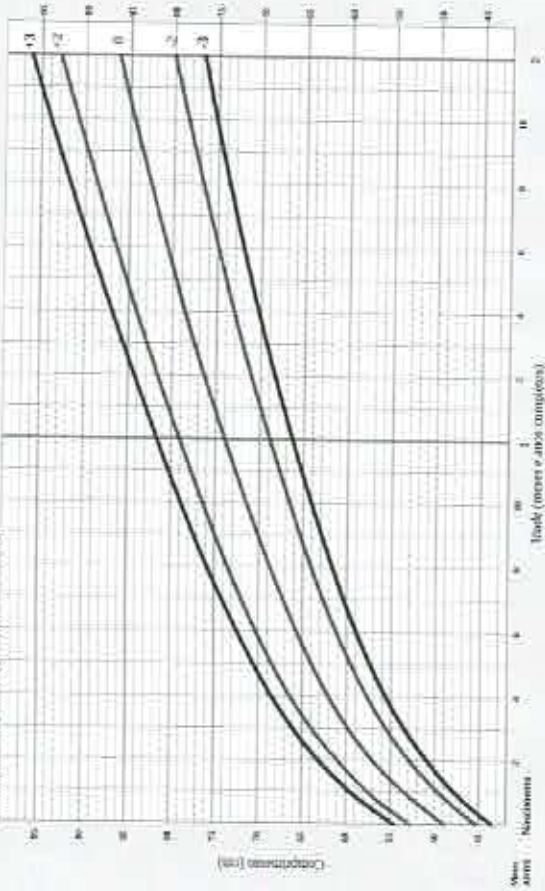


Gráfico de Perímetro Cefálico para Idade de 0 a 2 Anos

PC para Idade 0 a 2 anos
 PC dentro da faixa para a idade < curvas 1 e 2; > curvas 3 e 4; > curvas 5 e 6
 PC elevado para idade > curvas 3 e 4; > curvas 5 e 6
 PC baixo para idade < curvas 1 e 2; < curvas 3 e 4

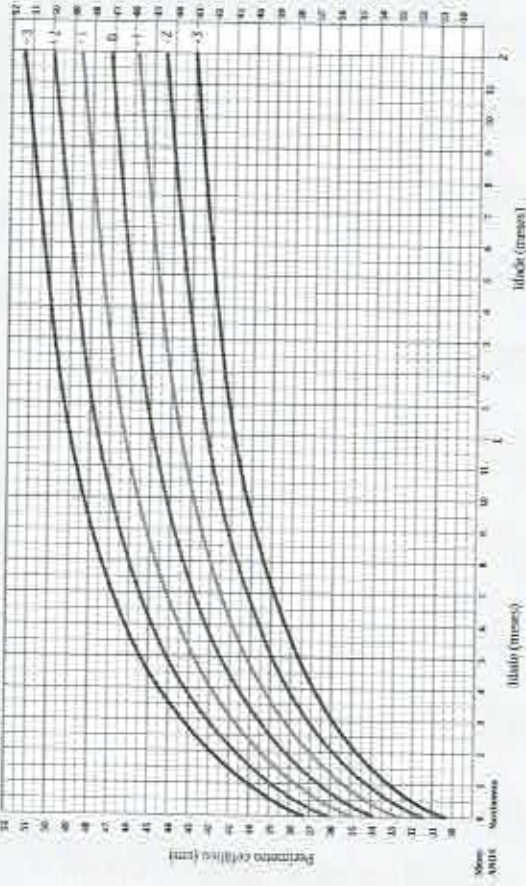
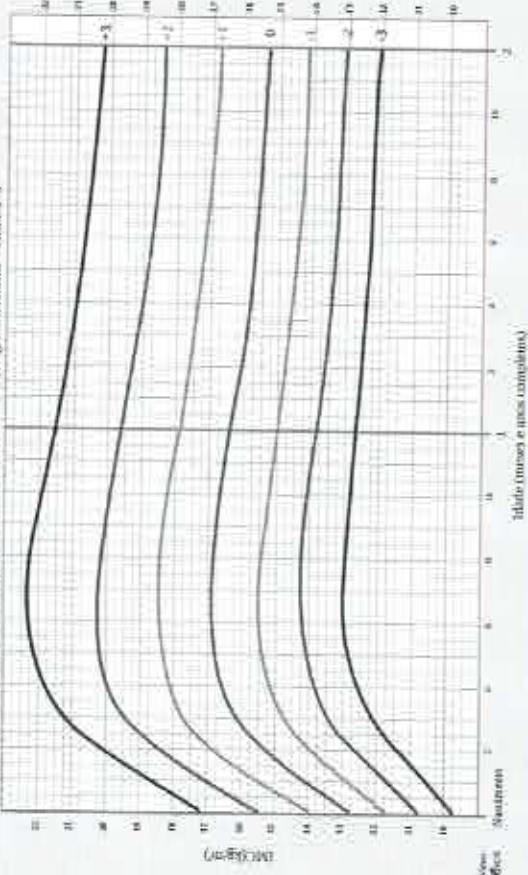


Gráfico de IMC para Idade de 0 a 2 Anos

IMC para Idade 0 a 2 anos
 Curvas 1 e 2: < curvas 3 e 4; < curvas 5 e 6
 Curvas 3 e 4: < curvas 5 e 6
 Curvas 5 e 6: < curvas 1 e 2; < curvas 3 e 4



Processo P.M.O. 14900/2021
 Rubrica mmf Fis 1021

Gráfico de Peso para Idade de 0 a 2 Anos

Peso para Idade 0 a 2 anos
 Peso elevado para idade > curvas 1 e 2; > curvas 3 e 4; > curvas 5 e 6
 Peso baixo para idade < curvas 3 e 4; < curvas 5 e 6

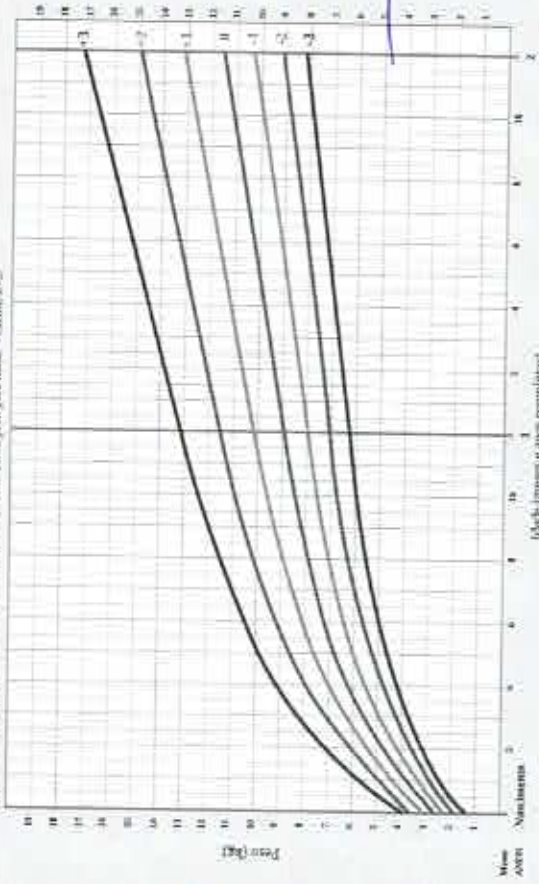


Gráfico de Peso para Idade de 2 a 5 Anos

Peso para Idade 2 a 5 anos
Peso elevado para idade > escore + 2 | Peso adequado para idade = escore 0 a +2 | Muito baixo para idade < escore -3

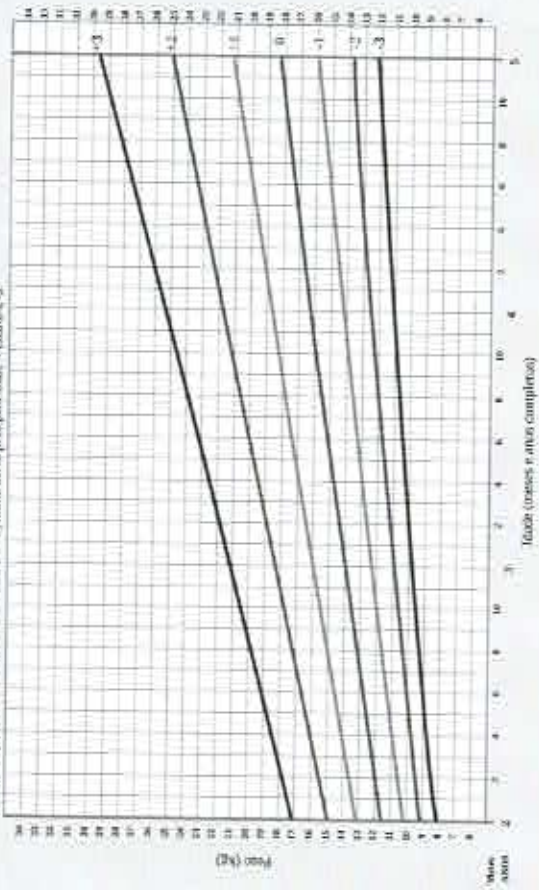
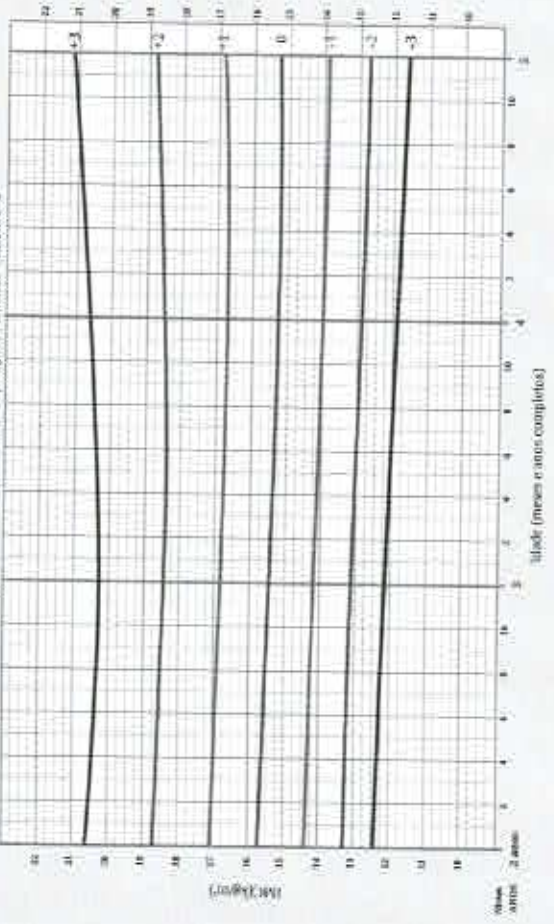


Gráfico de IMC para Idade de 2 a 5 Anos

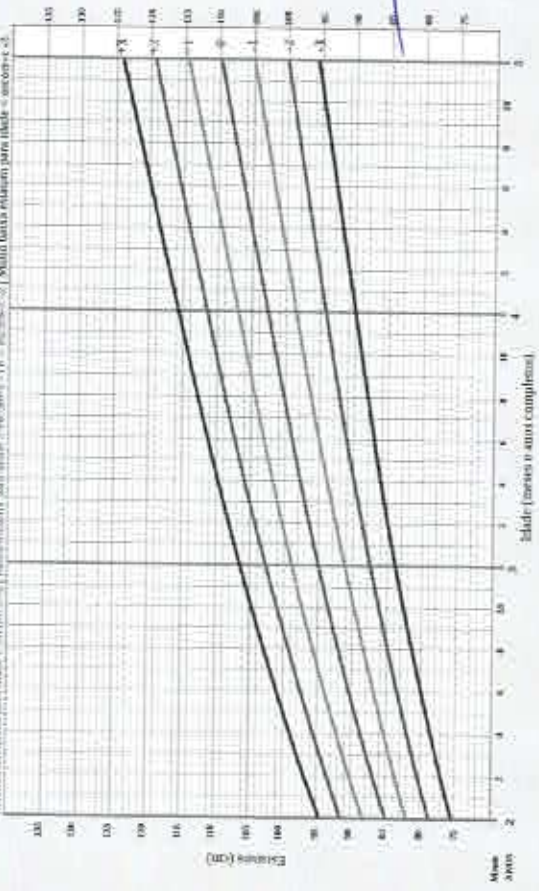
IMC para Idade 2 a 5 anos
Densidade > escore + 2 | Subnormal = escore 0 a +2 | Normal = escore -2 a +2 | Magra = escore -2 a -3



Processo 14900/2021
Rubrica Fis 1022

Gráfico de Estatura para Idade de 2 a 5 Anos

Estatura para Idade 2 a 5 anos
Estatura alta para idade > escore + 2 | Estatura adequada para idade = escore 0 a +2 | Muito baixa estatura para idade < escore -3



C.P.L visto

Suplementação de Vitamina A

Anote no quadro abaixo a data em que a criança recebeu a megadose de vitamina A e a assinatura do profissional de saúde que suplementou a criança.

Megadose de Vitamina A (6 meses a 4 anos e 11 meses)

Data: / /	Data: / /	Data: / /
Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____
Data: / /	Data: / /	Data: / /
Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____
Data: / /	Data: / /	Data: / /
Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____

Suplementação de Ferro ou Outros Micronutrientes

Anote no quadro abaixo a data e a idade que a criança recebeu a suplementação de ferro ou outro suplemento de micronutrientes para prevenção da anemia, qual o produto e a assinatura do profissional de saúde que entregou o suplemento.

Data da entrega	Idade da criança	Medicamento distribuído	Assinatura

ADMINISTRAÇÃO DE ANTICORPO MONOCLONAL HUMANIZADO (PALIVIZUMABE)

Doze	Data	Lugar	Assinatura
1			
2			
3			
4			
5			

Processo 14900/2021
Rubrica 11/1024

Calendário Nacional de Vacinação da Criança

IDADE	VACINA	DIAS	COMUNICAR EVENTOS
Até 1 mês	100 dias de vida	Primeiro dia	Registrar o peso de nascimento (kg) e o comprimento.
2 meses	Vacina BCG (tuberculose)	Primeiro dia	Registrar B
	Vacina sarampo, rubéola, caxumba, poliomielite e difteria (SRP)	2º dia	Registrar S, R, P, D e C
	Vacina pneumocócica (Streptococcus pneumoniae) (PPV23)	2º dia	Registrar S
3 meses	Vacina sarampo, rubéola, caxumba, poliomielite e difteria (SRP)	2º dia	Registrar S, R, P, D e C
	Vacina pneumocócica (Streptococcus pneumoniae) (PPV23)	2º dia	Registrar S
4 meses	Vacina sarampo, rubéola, caxumba, poliomielite e difteria (SRP)	2º dia	Registrar S, R, P, D e C
	Vacina pneumocócica (Streptococcus pneumoniae) (PPV23)	2º dia	Registrar S
5 meses	Vacina sarampo, rubéola, caxumba, poliomielite e difteria (SRP)	2º dia	Registrar S, R, P, D e C
	Vacina pneumocócica (Streptococcus pneumoniae) (PPV23)	2º dia	Registrar S
6 meses	Vacina sarampo, rubéola, caxumba, poliomielite e difteria (SRP)	2º dia	Registrar S, R, P, D e C
	Vacina pneumocócica (Streptococcus pneumoniae) (PPV23)	2º dia	Registrar S
7 meses	Vacina sarampo, rubéola, caxumba, poliomielite e difteria (SRP)	2º dia	Registrar S, R, P, D e C
	Vacina pneumocócica (Streptococcus pneumoniae) (PPV23)	2º dia	Registrar S
8 meses	Vacina sarampo, rubéola, caxumba, poliomielite e difteria (SRP)	2º dia	Registrar S, R, P, D e C
	Vacina pneumocócica (Streptococcus pneumoniae) (PPV23)	2º dia	Registrar S
9 meses	Vacina sarampo, rubéola, caxumba, poliomielite e difteria (SRP)	2º dia	Registrar S, R, P, D e C
	Vacina pneumocócica (Streptococcus pneumoniae) (PPV23)	2º dia	Registrar S
10 meses	Vacina sarampo, rubéola, caxumba, poliomielite e difteria (SRP)	2º dia	Registrar S, R, P, D e C
	Vacina pneumocócica (Streptococcus pneumoniae) (PPV23)	2º dia	Registrar S
11 meses	Vacina sarampo, rubéola, caxumba, poliomielite e difteria (SRP)	2º dia	Registrar S, R, P, D e C
	Vacina pneumocócica (Streptococcus pneumoniae) (PPV23)	2º dia	Registrar S

A administração da vacina de Prevenção da Criança deverá ser registrada nos seguintes sites: [portal vacinas.gov.br](#) e [vacinas.gov.br](#)

Registro de Aplicação das Vacinas do Calendário Nacional

Nome	Outras Vacinas											
	1º Dia	2º Dia	3º Dia	4º Dia	5º Dia	6º Dia	7º Dia	8º Dia	9º Dia	10º Dia	11º Dia	12º Dia
1º Dia												
2º Dia												
3º Dia												
4º Dia												
5º Dia												
6º Dia												
7º Dia												
8º Dia												
9º Dia												
10º Dia												
11º Dia												
12º Dia												

Registro de Outras Vacinas e Campanhas

Nome	Data de Vacinação											
	1º Dia	2º Dia	3º Dia	4º Dia	5º Dia	6º Dia	7º Dia	8º Dia	9º Dia	10º Dia	11º Dia	12º Dia
1º Dia												
2º Dia												
3º Dia												
4º Dia												
5º Dia												
6º Dia												
7º Dia												
8º Dia												
9º Dia												
10º Dia												
11º Dia												
12º Dia												

C.P.L visto

CADERNETA DA CRIANÇA MENINO



2ª edição
PASSAPORTE DA CIDADANIA



Brasília DF
2020



Processo 14900/2021
Histórico UNF Fis. 1527

2020 Ministério da Saúde



Este trabalho é licenciado sob os termos da licença Creative Commons - Atribuição - Não Comercial - Partilha pelos Usos Permitidos. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que seja citada a fonte.

A produção e distribuição de exemplares de livros para uso exclusivo de crianças e adolescentes foram autorizadas pelo Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

Este trabalho foi elaborado em parceria com o Conselho Nacional de Educação em 2017.

PARABÉNS! ACABA DE NASCER MAIS UM CIDADÃO BRASILEIRO!



(Esta CADERNETA pertence a)

O acesso da criança e de sua família à saúde, à educação e à assistência social é um **DIREITO** garantido pela Constituição.

A **CADERNETA DA CRIANÇA: PASSAPORTE DA CIDADANIA** é um documento importante e único no qual **devem** ficar registradas todas as informações sobre o atendimento à criança nos serviços de saúde, de educação e de assistência social para o acompanhamento desde o momento do seu nascimento até os 8 anos de idade. Ao registrarem as informações na **CADERNETA DA CRIANÇA**, os profissionais compartilham esses dados com a família e facilitam a integração das ações sociais.

Esta **CADERNETA** traz orientações sobre os cuidados com a criança e com o ambiente para que ela cresça e se desenvolva de forma saudável. Traz também informações sobre os direitos e deveres das crianças e dos pais, aleitamento materno, alimentação complementar saudável, vacinas, saúde bucal, marcos do desenvolvimento, consumo, e infância sobre o acesso aos equipamentos e programas sociais e de educação.

Para cuidar da criança, educar e promover sua saúde e seu desenvolvimento integral, é importante a parceria entre os pais, a comunidade e os profissionais de saúde, de educação e de assistência social.

ATENÇÃO!

Leve sempre a **CADERNETA DA CRIANÇA** quando for com seu filho aos serviços de saúde, em todas as campanhas de vacinação, quando for matricá-la na creche ou na escola ou quando procurar os serviços de assistência social.

SUMÁRIO

PARTE I - PARA A FAMÍLIA E CIDADÃOS	5
DIREITOS E GARANTIAS SOCIAIS	6
Identificação da Criança	6
Assistência Social	8
Educação e Vida Escolar	10
Direitos da Criança	12
Princípios dos Direitos da Criança	14
CUIDANDO DA SAÚDE DA CRIANÇA	16
Promover a Saúde	16
Prevenir Doenças pela Integridade Neonatal e Variação	17
Os Primeiros Dias de Vida	18
Cuidados Especiais com o Bebê Prematuro	21
Cuidados com Doenças, Desnutrição e Desmamação	22
Sinais de Perigo	24
AMAMENTANDO O BEBÊ	25
Importância da Leite Materno	25
Tecnicas de Amamentação Manejo Brasileiro	26
Dificuldades na Amamentação	28
Resolução da OMS sobre o Trabalho em 2 Locais	29
ALIMENTANDO PARA GARANTIR A SAÚDE	32
Recomendações para uma Alimentação Adequada e Saudável	32
Dieta Baseada em Alimentos Adequados e Saudáveis - Guias Alimentares de 2 Anos	36
Dieta Baseada em Alimentos Adequados e Saudáveis - Guias Alimentares de 3 a 9 Anos	38
Recomendações de Alimentos Fortificados	37
ESTIMULANDO O DESENVOLVIMENTO COM AÇÃO	38
Desenvolvimento Infantil	38
Desenvolvimento da Criança de 0 a 3 Anos	41
Desenvolvimento da Criança de 3 a 5 Anos	45
Desenvolvimento da Criança de 5 a 8 Anos	46
Desenvolvimento da Criança de 8 a 11 Anos	51
PERCEBENDO AS NECESSIDADES E O DESENVOLVIMENTO	52
Sinais de Alerta	52
Preocupação com Desenvolvimento	53
Preocupação com Desenvolvimento e Saúde da Criança	53
PERCEBENDO ALTERAÇÕES NA VISÃO E NA AUDIÇÃO	55
Sinais de Alerta para Alterações de Visão e Audição	55
PROMOVENDO A SAÚDE BUCAI	56
Desenvolvimento das Dentições	56
Linguagem da Saúde Bucal Infantil	57
Transmissão Precoce	57
Cuidado Bucal	57
OBSERVANDO COM CUIDADO O USO DOS ELETRÔNICOS E O CONSUMO	58
Marco de Conscientização (TV, celulares, tablets, computadores etc.)	58
Conteúdo dos Ecrãs	58
PREVENINDO ACIDENTES	59
Os Acidentes com 0-6 Meses	59
Os 6 Meses aos 2 Anos	60
De 2 aos 4 Anos	61
De 4 aos 6 Anos	61
De 6 aos 8 Anos	63
PROTEGENDO A CRIANÇA DA VIOLENCIA	64
Respeito aos Direitos Fundamentais	64

Processo PMQ 14900/2021
 Rubrica unif R\$ 1026

PARTE II - REGISTROS DO ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA	85
ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA E CONSULTAS RECOMENDADAS	86
Pré-Natal, Parto, Nascimento, Interação Neonatal e Aleitamento Materno	87
Triagem Neonatal	100
Consultas de 1ª Semana	98
Consultas de 15 Meses	100
Consultas de 24 Meses	101
Consultas de 36 Meses e da 1ª Aniversária	101
Consultas de 12º, 18º e da 24ª Meses	102
Consultas de 24º Meses e da 36ª Meses	102
Outras Medidas e Consultas Necessárias	103
ACOMPANHANDO O DESENVOLVIMENTO	96
Vigilância do Desenvolvimento em Infância	96
Avaliação das Habilidades do Desenvolvimento	97
Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento por meio do Cuidador	97
Marcos do Desenvolvimento do Nascimento aos 12 Meses	98
Marcos do Desenvolvimento dos 15 Meses a 1 Ano e Meio	99
Marcos do Desenvolvimento de 1 Ano e Meio a 2 Anos e Meio	100
Marcos do Desenvolvimento de 3 Anos e Meio a 5 Anos	101
Desenvolvimento de 6 a 10 Anos	102
ACOMPANHANDO O CRESCIMENTO	85
Vigilância do Crescimento Infantil	85
Interpretação de Gráficos	86
Cursos de Atualização de Cuidadores para Crianças Necessárias Pelo Família	87
Gráfico de Peso para Idade para Idade de 0 a 2 Anos	88
Gráfico de Peso para Idade de 0 a 2 Anos	89
Gráfico de Estatura para Idade de 0 a 2 Anos	90
Gráfico de IMC para Idade de 0 a 2 Anos	91
Gráfico de Peso para Idade de 2 a 5 Anos	92
Gráfico de Estatura para Idade de 2 a 5 Anos	93
Gráfico de IMC para Idade de 2 a 5 Anos	94
Gráfico de Peso para Idade de 5 a 10 Anos	95
Gráfico de Estatura para Idade de 5 a 10 Anos	96
Gráfico de IMC para Idade de 5 a 10 Anos	97
ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO	98
Guia para a Prevenção e Segunda Distúrbios	98
Registro das Consultas Odontológicas	99
REGISTROS DA SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA, FERRO OU OUTROS MICRONUTRIENTES	100
Suplementação de Vitamina A	100
Suplementação de Ferro e Outros Micronutrientes	100
VACINAÇÃO	101
Calendário Nacional de Vacinação da Criança	101
Registro da Aplicação das Vacinas do Calendário Nacional	102
Registro de Outras Vacinas e Campanhas	103
ÍNDICE	104
ÍNDICE DE ATUALIZAÇÃO BIBLIOGRÁFICA (ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA)	105

PARTE I

PARA A FAMÍLIA E CUIDADORES

DIREITOS E GARANTIAS SOCIAIS

Identificação da Criança

Nome: _____

Data de nascimento: _____

Número do Registro Civil de Nascimento (RCN): _____

Nome da mãe: _____

Município onde nasceu: _____ Estado: _____

Reside com: () Mãe () Pai () Responsável legal () Outro
 () Instituição de acolhimento: _____

Endereço Rua/Av.: _____

Nº: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Município: _____ Estado: _____

Localização do domicílio: () Urbano () Rural

Contato: Tel. () _____ E-mail: _____

Cor: () Branca () Negra () Amarela () Parda () Indígena, Outra: _____

Especificidades sociais, étnicas ou culturais da família:

() Família cigana () Família quilombola () Família ribeirinha
 () Família em situação de rua () Família indígena residente em aldeia/reserva

Especifique o povo/etnia:
 () Outras: _____

Nº da Declaração de Nascimento Vivo (DNV): _____

Nº do Cartão do SUS: _____

Estratégia Saúde da Família (ESF): () Não () Sim, Qual? _____

Unidade Básica de Saúde (UBS): _____

Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) de referência: _____

Serviço de Saúde: _____

Possui plano de saúde? () Não () Sim, Qual? _____ nº _____

IMPORTANTE!

Para facilitar o acesso à saúde, à assistência social e à educação de qualidade, é importante que algumas informações estejam registradas. Para iniciar o atendimento nos serviços, será necessário realizar um cadastro. Fique atento e verifique se o profissional que atender seu filho preencheu as informações indicadas a seguir.

Anote aqui as mudanças de endereço da família

Novo endereço

Rua/Av.: _____ nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Estado: _____

Localização do domicílio: () Urbana () Rural () Outra: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel. () _____ E-mail: _____

Seu filho é acompanhado por: _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educacional: _____

Centro de Referência de Assistência Social: _____

Novo endereço

Rua/Av.: _____ nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Estado: _____

Localização do domicílio: () Urbana () Rural () Outra: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel. () _____ E-mail: _____

Seu filho é acompanhado por: _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educacional: _____

Centro de Referência de Assistência Social: _____

Novo endereço

Rua/Av.: _____ nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Estado: _____

Localização do domicílio: () Urbana () Rural () Outra: _____

Ponto de referência: _____

Contato: Tel. () _____ E-mail: _____

Seu filho é acompanhado por: _____

UBS/ESF: _____

Serviço de Saúde: _____

Unidade Educacional: _____

Centro de Referência de Assistência Social: _____

Direitos da Criança

Toda criança tem os direitos à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança, à dignidade e à proteção integral garantidos pela Constituição Federal de 1988, pelo **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)** e por outras leis. As medidas para garantir e defender esses direitos são responsabilidade do governo, da sociedade e da família.

IMPORTANTE!

Você pode requerer o **Estatuto da Criança e do Adolescente no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente** de sua cidade ou no endereço eletrônico: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8069.htm.

São direitos da criança

- Receber **identificação neonatal**, por meio da **Declaração de Nascido Vivo (DNV)**.
- Receber o **Registro Civil de Nascimento (RCN)**, que é gratuito e entregue, se possível, na maternidade.
- Ser chamada pelo **nome desde o nascimento**.
- Realizar gratuitamente os **exames de triagem neonatal**.
- Ser acompanhada em seu **crescimento e desenvolvimento**.
- Ter garantida a **vacinação** de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde (MS).
- Viver em um **ambiente afetivo e sem violência**.
- Ser acompanhada pelos pais e responsáveis, em período integral, durante a sua internação em hospitais.
- **Brimar e aprender**.
- Ter acesso à **água potável e a alimentação saudável**.
- Ter acesso a **serviços de saúde e de assistência social de qualidade**.
- Ter acesso a **creches e escolas públicas de qualidade, localizadas próximo à sua residência**.
- Ter acesso ao **lazer e à prática de esportes**.
- Ter **convivência familiar e comunitária**. No caso de criança afastada da convivência familiar - por medida judicial para garantir a sua proteção -, é preciso viabilizar o seu retorno seguro ao convívio familiar, no menor tempo possível, prioritariamente na família de origem e excepcionalmente em família substituta.
- Receber **transferência de renda** por meio do Programa Bolsa Família, quando a família está em situação de pobreza ou de extrema pobreza.
- Receber o **Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social**, no caso de crianças com deficiência (veja pág. 13) e cuja família tenha renda familiar inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo vigente e não possua meios para garantir o seu sustento.

Direitos dos Responsáveis

São direitos do pai

- Participar das **consultas e exames de pré-natal** durante a gravidez.
- Acompanhar o **nascimento do filho**.
- Acompanhar o **filho durante todo o tempo em que ele permanecer hospitalizado em enfermaria ou em unidade de terapia intensiva ou semi-intensiva**.
- Participar das **consultas e exames de acompanhamento da saúde de sua criança**.
- Ter **licença-paternidade** de 5 dias a partir do dia de nascimento do filho, prorrogáveis para 15 dias nas empresas privadas. A licença-paternidade é um direito dos pais biológicos ou adotivos.
- Conhecer e participar do **projeto pedagógico** da creche, da pré-escola e da escola que o filho frequenta.
- Ter acesso às **informações sobre serviços, programas de transferência de renda e benefícios assistenciais** a que o filho possa ter direito.
- Acompanhar a **participação do filho nos serviços de assistência social** ofertados pela rede socioassistencial do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

ATENÇÃO!

Pais, participem e acompanhem a rotina de atendimento nas unidades de saúde, na creche/escola e nos serviços de assistência social. Conversem com os profissionais para esclarecer dúvidas sobre os cuidados com seu filho e sobre os estímulos de que ele precisa em cada fase do seu desenvolvimento.

São direitos da mãe

- Escolher um **acompanhante que ficará ao seu lado durante o pré-parto, o parto e o pós-parto**.
- Permanecer na maternidade ou no hospital em **alojamento conjunto com o filho**.
- Receber **orientações e aconselhamento sobre amamentação**.
- Receber, no momento da alta, **orientações sobre quando e onde deverá fazer suas consultas de pós-parto e as consultas de acompanhamento de seu filho**.
- Ter **licença-maternidade** de 120 dias ou mais. Para as mães adotivas a duração da licença-maternidade varia conforme a idade da criança adotada.
- Ter **estabilidade no emprego** até cinco meses após o parto.

Registro Civil de Nascimento (RCN)

O RCN é o documento oficial que garante a cidadania da criança, assegurada pela Constituição Federal de 1988 (art. 5º, inciso I, XXVI, alínea a) e reafirmada pela Lei nº 9.534, de 1997, que o tornou gratuito para todos. Você pode registrar seu filho na maternidade/hospital onde ele nasceu ou no Cartório de Registro Civil da cidade de nascimento ou do local onde a família mora.

ATENÇÃO!

A mãe ou o pai, isoladamente ou juntos, podem fazer o registro em seu próprio nome. No caso de falta ou impedimento de um, o outro terá o prazo para declaração prorrogado por 45 dias (Lei nº 13.112, de 2015).

Para fazer o registro é necessário apresentar a via amarela da Declaração de Nascido Vivo (DNV), fornecida pela maternidade ou pelo hospital onde o bebê nasceu e:

- Se os pais forem casados, a **Certidão de Casamento**;
- Se os pais não forem casados, documento de **identificação** que tenha foto e seja válido em todo o território nacional (Carteira de Identidade, Carteira de Motorista ou Carteira de Trabalho);
- Se os pais forem menores de 16 anos e não emancipados, comparecer acompanhados por um dos avós do bebê.

IMPORTANTE!

Se o bebê nasceu em casa ou em outro local que não a maternidade ou o hospital e não tem a DNV, os pais devem fazer o registro acompanhados por duas testemunhas maiores de 18 anos que comprovem a gravidez e o parto da mãe.

- Ter **dois períodos de meia hora por dia para amamentar** durante a jornada de trabalho, até que o bebê complete 6 meses. Se a saúde do bebê exigir, esses períodos poderão ser mantidos por mais tempo, conforme recomendação médica.

IMPORTANTE!

Muitas empresas já oferecem lugar apropriado para amamentação com privacidade, conforto e higiene, para que a mãe possa amamentar ou retirar seu leite e armazená-lo durante toda a jornada de trabalho.

- Acompanhar o **filho durante todo o tempo em que ele permanecer hospitalizado em enfermaria ou em unidade de terapia intensiva ou semi-intensiva**.
- Acompanhar o **filho em creche ou pré-escola durante o período de adaptação**.
- Ter acesso às **informações sobre serviços, programas de transferência de renda e benefícios assistenciais** a que o filho possa ter direito.
- Acompanhar a **participação do filho nos serviços de assistência social** ofertados pela rede socioassistencial do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).
- Conhecer e participar do **projeto pedagógico** da creche, da pré-escola e da escola que o filho frequenta.
- Ter ampliada a **licença-maternidade** para 180 dias, no caso de empresa privada que tenha aderido à Lei da Empresa Cidadã.
- Ter acesso a **creche no local de trabalho**, ou a creche conveniada pela empresa, caso esta possua mais de 30 mulheres com mais de 16 anos de idade.



CUIDANDO DA SAÚDE DA CRIANÇA

Promover a Saúde



Você deve levar a criança para fazer as consultas de rotina nas idades:

- Primeira semana
- 1 mês
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 36 meses

A partir dos 2 anos de idade, as consultas de rotina devem ser feitas uma vez ao ano, de acordo com a necessidade de cuidados de seu filho. Nas consultas de rotina, você pode esclarecer dúvidas e pedir orientações sobre os cuidados que você precisa ter para que seu filho tenha uma boa saúde. Peça ao profissional para mostrar as informações sobre o atendimento nos espaços próprios desta Casa de Saúde.

ATENÇÃO!

Mesmo que a criança não esteja doente, é fundamental levá-la ao serviço de saúde para saber como ela está crescendo e se desenvolvendo. Algumas crianças precisam de uma atenção maior e devem ser acompanhadas pelos serviços de saúde com mais frequência.

A consulta da primeira semana de vida é muito importante para saber como estão a mãe e o bebê. Essa consulta pode ser realizada pelo profissional da medicina ou da enfermagem tanto no domicílio quanto na unidade de saúde. Nessa consulta, devem-se avaliar as condições de saúde da mãe e do recém-nascido, a comunicação e o vínculo entre os dois, a amamentação, a vacinação e outros cuidados. É um momento oportuno para que a mãe receba todas as orientações e, quando for o caso, para que a mãe e o bebê sejam encaminhados para os testes de triagem ou outros cuidados.



Prevenir Doenças pela Triagem Neonatal e Vacinação

A triagem neonatal é uma ação preventiva que permite identificar, em tempo oportuno, distúrbios e doenças congênitas, e realizar acompanhamento e tratamento para diminuir ou eliminar os danos associados a eles. A triagem neonatal inclui os testes do pezinho, do olhinho, da orelhinha e do coraçãozinho, que devem ser realizados nos primeiros dias de vida para verificar a presença de doenças que, se descobertas bem cedo, podem ser tratadas com sucesso.

Pergunte ao profissional de saúde sobre esses testes.

ATENÇÃO!

Verifique se o profissional registra os resultados desses testes na página 67.

A vacinação é essencial para manter a criança saudável. Na maioria das vezes, mesmo com febre, gripada ou com outros sintomas, a criança pode ser vacinada. Na dúvida, converse com a equipe de saúde.

O Calendário Nacional de Vacinação (pág. 101) traz os nomes de todas as vacinas que seu filho precisa tomar para ficar protegido de doenças. As vacinas são de graça e estão sempre disponíveis nas unidades básicas e durante as campanhas de vacinação.

Amamente o bebê durante a aplicação das injeções.



Os Primeiros Dias de Vida

O nascimento de um filho traz muitas novidades para a rotina da família. O bebê já nasce com um comportamento próprio: uns são mais quietos, outros solicitam os pais toda hora e outros são mais chorões. Cada um do seu modo. Procurem entender o seu filho, o que ele gosta ou não gosta, respeitando o seu jeito – vai ser muito mais fácil lidar com ele! É preciso que todos estejam dispostos a acolher e responder às suas necessidades, pois o recém-nascido precisa de muito carinho, amor, atenção e de um ambiente confortável e seguro.

O contato com o bebê

Os bebês gostam de sentir que os pais estão junto dele e de ouvir as vozes da mãe e do pai. Então, conversem com seu filho, cantem canções de ninar, falem seu nome e façam carinho tocando-o suavemente. O contato físico com seu bebê e o toque são muito importantes para criar laços afetivos e ajudar o desenvolvimento emocional e social da sua criança. Deixe o seu filho em contato com o seu corpo. Quanto mais tempo ficar no colo, mais ele se sentirá calmo e seguro.

O bebê é muito ligado à mãe e a quem cuida dele, por isso ele percebe quando a pessoa está tranquila ou agitada, segura ou insegura e reage do mesmo jeito. Por isso, é preciso que a mãe seja apoiada pela família e pelos amigos para também se manter calma e segura. Converse com seu filho com uma voz suave e observe como ele responde com o olhar e com sons e movimentos do corpo. É, dessa forma, que vai aprendendo a se comunicar com ele.

O choro do bebê

O choro é um comportamento normal para os bebês, é uma das maneiras que eles têm de se expressar. Na maioria das vezes, eles se acalmam quando amolgados no colo ou abraçados no peito. Não se preocupe, bebês não ficam viciados em colo. Para se tornar independente, seu filho precisa se sentir seguro e cuidado, por isso evite deixar seu filho chorando sozinho.

A alimentação

O leite materno contém tudo de que o bebê precisa para se nutrir. Além de ser a principal fonte de alimento, o peito é também uma fonte de proteção. Os bebês que se alimentam só no peito adoecem menos do que os demais. No início, o bebê precisa sugar tanto para se alimentar quanto para se sentir seguro no novo ambiente. Pode ser que, nos primeiros dias, o leite demore a descer, mas isso não significa que há um problema. É normal os bebês perderem peso, mas por volta do décimo dia eles recuperam o peso de nascimento. É importante ser paciente e colocar o bebê no peito, pois mamas é o principal estímulo para a descida do leite. Evite-se evitar o uso de tetes artificiais, que podem prejudicar a amamentação.

IMPORTANTE!

Saiba mais sobre amamentação na página 25.

O sono do bebê

O bebê recém-nascido dorme muito. Por isso, ele precisa de um lugar tranquilo, arejado e limpo para dormir. Cuida para que ele permaneça de barriga para cima. Observe se sua boca e nariz estão descobertos. Não use travesseiro e cobertor e agasalhe-o com roupa adequada à temperatura do ambiente. Para facilitar os cuidados e a amamentação durante a noite, nos primeiros meses de vida, coloque o berço ou a rede do bebê ao lado da cama ou da rede dos pais ou cuidadores. Durante o dia o sono do bebê pode ser em ambiente normalmente iluminado e com exposição ao barulho normal e à noite em ambiente escuro e silencioso.

O banho

A hora do banho pode ser um momento muito relaxante. Faça seu filho sentir-se seguro: segure-o com firmeza e fale com ele, sussurra-o com delicadeza. Não use o recipiente do banho para lavar roupas ou outras coisas, pois isso pode causar irritações na pele do bebê. Prefira uma banheira, bacia ou balde, que dão mais segurança ao bebê. Coloque em um local protegido, onde não haja risco de o bebê ficar exposto ao vento. Use água morna e sabonete neutro em pequena quantidade. Nunca coloque seu filho na água sem antes experimentar a temperatura com a própria mão. Passe seu braço por trás das costas dele e apoie sua cabeça e use a outra mão para lavá-lo. Enxague bem o bebê. Seque bem as dobrinhas da pele e o umbigo antes de vestir a roupinha.



Os cuidados com o umbigo

Para limpar o umbigo, após o banho seque a região e passe apenas álcool a 70% no local. Evite que o álcool pingue na pele ao redor do umbigo ou em outras partes do corpo do bebê. Se a área ao redor do umbigo ficar vermelha ou se aparecer secreção amarelada, com pus e mau cheiro, pode ser sinal de infecção. Neste caso, leve seu filho imediatamente a um profissional de saúde.

O coto, a parte do umbigo que seca, costuma cair até o final da segunda semana de vida dos bebês. Não coloque faixas, moedas ou qualquer outro objeto ou substância sobre o coto, pois isso pode causar infecção.

A cor da pele

Preste atenção à cor da pele do bebê. A cor amarelada significa icterícia, doença conhecida como amarelão. Se a cor amarela aparecer nas primeiras 24 horas de vida, se for muito forte, se estiver espalhada por todo o corpo ou se durar mais de duas semanas, é necessário que seu filho seja avaliado com urgência pelo profissional de saúde.

A troca de fraldas

As assaduras são muito dolorosas para o bebê. Procure trocar as fraldas sempre que estiverem molhadas ou sujas. Limpe o bebê preferencialmente com água. Não use talco. Antes e depois da troca, lave suas mãos com água e sabão, se não for possível, use álcool em gel. A vermelhidão nas áreas cobertas pela fralda pode ser assadura ou alergia. Procure orientação do profissional de saúde sobre os cuidados.

As fezes

Observe as fezes do seu filho. A quantidade de vezes que a criança faz cocô varia muito: ela pode fazer várias vezes ao dia (especialmente após as mamadas) ou ficar até dois ou três dias sem fazer cocô, ou mais, se estiver mamando só no peito. Nos primeiros dias de vida, as fezes costumam ser escuras, tornando-se amareladas durante a primeira semana. Também podem ser líquidas e, às vezes, esverdeadas. Se a criança estiver bem, se não apresentar nenhum outro sintoma, isso não é diarreia. Fezes excessivamente claras, que não escurecem; permanecendo quase brancas ou cinzas (escala de cores mostrada a seguir), podem significar alguma doença que precisa ser investigada e descoberta cedo. Nesses casos, procure o serviço de saúde.



É mais importante observar o estado geral da seu filho e o esforço dele para fazer cocô, antes de pensar que há algo anormal.

A limpeza de roupas e objetos

As roupas, os objetos e os brinquedos de seu filho devem ser lavados com água e sabão neutro e estar bem secos quando forem usados por ele. Evite o uso de produtos perfumados, de sabão em pó e amaciante. Procure usar produtos de limpeza como sabão neutro, álcool ou vinagre.

Os cuidados especiais com o ambiente

Os recém-nascidos são muito sensíveis. Portanto, procure evitar:

- Sair com seu filho para lugares que têm muita gente, movimento, barulho e poluição (feiras, supermercados, shoppings) – prefira locais mais tranquilos;
- Tudo o que possa poluir o ambiente de sua casa – não permita que fumem nesse espaço, porque a fumaça e o cheiro do cigarro fazem mal à saúde de todos, principalmente dos bebês;
- Usar produtos com cheiro muito forte e ambientes com pouca ventilação;
- Aproximar o bebê de brinquedos de pelúcia ou contato direto com roupas de lã;
- Aproximar o bebê de animais, considerando as reações inesperadas que podem machucá-lo.

P.M.Q. 14900/2021
Rubrica: unif Fis 1032

Cuidados Especiais com o Bebê Prematuro

Quando o bebê nasce antes do prazo esperado (menos de 37 semanas de gestação), ele é considerado prematuro na pré-terme. Há prematuros que necessitam ficar internados assim que nascem e outros por muito tempo. Por não ter completado seu amadurecimento durante a gravidez, seu organismo é mais sensível e, por isso, o prematuro pode adoecer com mais facilidade. Ele também é mais sensível às condições do ambiente, como os ruídos e a luminosidade. O excesso de estímulos do ambiente pode deixá-lo estressado, atrapalhando seu sono, apetite e desenvolvimento.

Você certamente já foi orientado em relação aos cuidados com o seu filho prematuro no momento da alta do hospital. É muito importante seguir essas orientações. Ele precisa de mais cuidados e estímulos adequados. Todos os prematuros devem ser acompanhados por profissionais que possam ajudar a atender às suas necessidades e a promover seu desenvolvimento.

IMPORTANTE!

Os prematuros muitas vezes precisam que as primeiras consultas sejam semanais. Não deixem de procurar por esse acompanhamento em sua unidade de saúde de referência e nunca tenham vergonha de perguntar o que não entenderem na consulta – vocês são os pais e responsáveis!

Os prematuros também precisam ser estimulados para ter um desenvolvimento saudável. Porém, alguns desses bebês já foram expostos a muitos estímulos e manipulações se ficaram internados após o nascimento. Por isso eles precisam de um ambiente calmo, de carinho, e de serem tocados com a palma da mão para se acalmar. Eles também gostam de sentir aconchegados, com a mãozinha próxima ao rosto, no colo dos pais ou no berço, para se sentirem mais seguros. Às vezes o bebê precisa de um tempo para descansar e mostra isso com sinais simples como soluçar, esticar o corpo para trás ou zihonar. Procure identificar esses sinais para poder atender melhor às necessidades do seu filho em cada momento.

ATENÇÃO!

Para saber como estimular seu bebê (pág. 38 a 47) e para ver o seu desenvolvimento (pág. 79 a 84), você precisa corrigir a idade do seu filho. Basta diminuir da idade atual do tempo que faltou para ele completar 9 meses ou 12 semanas. Por exemplo, se ele nasceu dois meses antes e já tem 6 meses, sua idade corrigida é 4 meses (6-2=4). Em caso de dúvida, converse-se com o profissional de saúde.

O bebê prematuro é pequeno e, às vezes, parece frágil. Por causa disso, a mãe e os cuidadores sentem vontade de superprotegê-lo. Não deixe que isso aconteça. A superproteção deixa a criança dependente dos adultos e faz com que ela se sinta incapaz de fazer as coisas que uma criança da mesma idade ou com aparência mais forte faz.

Cuidados com Diarreia, Desidratação e Desnutrição

Para evitar a diarreia

- Amamente seu filho até os 2 anos ou mais. Nos primeiros seis meses, dê somente leite materno.
- Lave bem as mãos antes de preparar os alimentos, depois de usar o banheiro e antes e depois de lidar com o bebê, principalmente depois das trocas de fraldas.
- Se o seu bebê estiver utilizando outro tipo de leite ou recebendo leite materno em algum utensílio (copo, xícara ou outro), todos os materiais para preparar e oferecer esse leite devem ser bem lavados com bastante água, detergente ou sabão e uma escova apropriada. Depois de lavados, eles devem ser fervidos durante 15 minutos (contados a partir do início da fervura). Após a higienização e fervura, deixe secar naturalmente e guarde em um recipiente com tampa.
- Prepare os alimentos até duas horas antes de oferecê-los ao bebê.
- Só ofereça alimentos guardados na geladeira por, no máximo, 24 horas.

Para evitar a desnutrição e a desidratação durante a diarreia

Mantenha a criança alimentada e ofereça:

- O peito quantas vezes a criança pedir;
- Alimentos que a criança tenha mais costume de comer e dos quais ela goste mais, desde que saudáveis; além disso, aumente a frequência e ofereça os alimentos em pequenas quantidades, para evitar vômitos;
- Se a criança não estiver só no peito, ofereça água, chás, sucos, água de coco. Dependendo do tipo de líquidos que ele esteja recebendo em colheradas, os chás e os sucos não devem ser adoçados.

Não ofereça:

- Alimentos ricos em gordura e fibras (verduras, laranja, mamão etc.);
- Refrigerantes, bebidas com açúcar, balas, bombons, pitulitos, chicletes etc.

IMPORTANTE!

São sinais de desidratação:

- Estar com os olhos fundos • Sentir muita sede • Chorar sem lágrimas
- Ter pouca saliva • Urinar pouco

Se isso acontecer, leve seu filho ao serviço de saúde. Se ele estiver vomitando e suas fezes estiverem muito líquidas, ofereça o soro de reidratação oral, mesmo antes de chegar ao serviço de saúde.

Para reidratar a criança com soro oral

O soro é uma solução que contém água e os sais minerais necessários à reidratação. Deve ser oferecido após cada evacuação ou vômito, em pequenas colheradas até a quantidade que seu filho quiser. Se ele vomitar, aguarde 10 minutos e ofereça-o mais uma vez, lentamente, devagarinho, com uma colher.

ATENÇÃO!

O soro oral não cura a diarreia, mas evita a desidratação, que pode matar.

Como preparar o soro de sais de reidratação oral?

Em 1 litro de água fervida ou filtrada, despeje todo o pó de um envelope de sais de reidratação, fornecido pela Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família ou comprado em farmácia. Assim, o soro já está pronto para beber. Depois de pronto, o soro só pode ser usado por 24 horas. Não coloque açúcar nem sal no soro. Não leve o soro depois de pronto.

Caso seja impossível conseguir o envelope de sais de reidratação para preparar o soro, uma alternativa emergencial, até conseguir-lo, é fazer o soro caseiro.

Com a colher-medida



ou

Com a mão



IMPORTANTE!

Evite a diarreia lavando bem as mãos após trocar as fraldas das crianças e antes de oferecer a elas as refeições.

Sinais de Perigo

Crianças menores de 2 meses

- Criança muito molinha e caidinha, que se movimenta menos do que o normal.
- Criança muito sonolenta, com dificuldade para acordar.
- Convulsão (tremores ou ataque) ou perda da consciência.
- Criança com cansaço ou dificuldade para respirar ou com respiração muito rápida.
- Criança que não consegue mamar.
- Temperatura do corpo baixa (menor ou igual a 35,5 °C).
- Febre (temperatura igual ou maior do que 37,5 °C).
- Pus saindo do ouvido.
- Criança com manchas avermelhadas ou amareladas na pele.
- Urina escura.
- Fezes com sangue.

Crianças maiores de 2 meses

- Criança com dificuldade para respirar ou com respiração rápida.
- Criança que não consegue mamar ou tomar líquidos.
- Criança que vomita tudo o que come e bebe.
- Criança muito sonolenta, com dificuldade para acordar.
- Convulsão (tremores ou ataque) ou perda da consciência.
- Criança com manchas avermelhadas ou amareladas na pele.

ATENÇÃO!

Caso alguma criança apresente algum desses sinais de perigo e haja dificuldade para levá-la ao serviço de urgência, ligue para 192 - SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência). A ligação é gratuita.

AMAMENTANDO O BEBÊ

Importância do Leite Materno



O leite materno é um alimento completo. Além disso, é o alimento recomendado para as crianças até os 2 anos de idade ou mais. Até os 6 meses de idade, deve ser o único alimento. Isso significa que seu filho não precisa de chá, suco, água, outro leite ou alimento. O uso de água ou chá antes do 6º mês pode atrapalhar o aleitamento materno e aumentar o risco de o bebê ficar doente. Em lugares de clima quente, ofereça o peito mais vezes. Inicialmente, o bebê que se alimenta apenas de leite materno mama de 8 a 12 vezes por dia e, com o tempo, ele mesmo vai aumentando os intervalos e fazendo o seu próprio horário de mamadas. Não é necessário fixar horários. Quanto mais seu filho mamar, melhor será a sua produção de leite.

Melhor para a criança

O leite materno é de mais fácil digestão, porque é produzido exclusivamente para a criança, é amarelo e limpo, grudento, está sempre pronto e quente.

Além disso, protege o bebê de doenças como diarreia, infecções respiratórias, alergias e também pressão alta, colesterol alto, diabetes e obesidade na vida adulta. Sugerir o peito é um excelente exercício para fortalecer os músculos da face e ajuda o bebê a desenvolver a respiração, a fala e a ter dentes saudáveis.

Melhor para a mãe

Acompanhada de uma alimentação saudável, ajuda a reduzir, mais rapidamente, o peso adquirido durante a gravidez.

Ajuda o útero a recuperar seu tamanho normal, diminuindo o risco de hemorragia e de anemia.

Reduz o risco de doenças como diabetes, câncer de mama e de ovário.

IMPORTANTE!

Além de garantir os nutrientes necessários ao crescimento saudável, o amamentação favorece a comunicação entre a mãe e o bebê. O contato corporal, a troca de olhares e as carícias que podem acontecer durante as mamadas ajudam mãe e filho a se conhecerem.

Tornando a Amamentação Mais Prazerosa

Durante o período de amamentação, é importante que a mãe e o bebê recebam o apoio da família e das pessoas mais próximas.

- A participação do pai é importante em todos os momentos possíveis dos cuidados com o bebê.
- O pai, os avós, outros parentes, amigos e vizinhos devem valorizar e apoiar a amamentação, ajudando nos cuidados com a casa, com as outras crianças e também com o bebê.
- A tranquilidade de mãe e filho na hora da amamentação ajuda a tornar as mamadas momentos de alegria e prazer.

Posição do bebê

A melhor posição para amamentar é aquela em que você e seu filho ficam confortáveis. Você mesma deve buscar um jeito fácil e acolhedor de colocar o bebê no peito. O bebê deve estar virado de frente para você, bem junto da seu corpo (barriga com barriga), bem apoiado e com os braços livres.



Pega da mama

Só coloque seu filho para sugar quando ele abrir bem a boca.

O bebê pega bem o peito quando o queixo encosta na mama, os lábios ficam virados para fora, o nariz fica livre e a aréola (parte escura em volta do mamilo) aparece mais na parte de cima do que na parte de baixo da boca.

Para tirar o bebê do peito sem machucar a mama, coloque seu dedo mínimo entre as gengivas dele, no canto dos lábios, assim ele abrirá a boca e soltará a mama.

ATENÇÃO!

Não ofereça mamadeiras e chupetas. Elas atrapalham a amamentação. Além disso, podem causar doenças e problemas na dentição e na fala do bebê.

Tempo de mamada

Cada bebê tem seu próprio ritmo de mamar e ele deve ser respeitado. Deixe seu filho mamar até que fique satisfeito.

- Não tenha pressa. Durante a mamada, converse, faça carinho e dê atenção à ele.
- Depois da mamada, coloque-o na posição vertical, para arrotar.
- Não é necessário limpar os mamilos antes das mamadas. O banho diário e o uso de um sabão limpo são suficientes para manter os mamilos em condições adequadas para a amamentação.
- Alimente-se bem, descanse, evite bebidas alcoólicas, cigarro e outras drogas.
- Faça alimentação saudável e completa e tome líquidos em quantidade suficiente para sentir sede. Sempre que se sentar para amamentar, lembre-se de ingerir líquidos.
- Não são recomendáveis dietas para emagrecimento durante a amamentação.
- Algumas doenças podem ser transmitidas pelo leite materno. Por isso, não é recomendado que outra mulher amamente seu filho, mesmo que seja da família.
- A maioria dos remédios que a mãe precisa tomar não impede a amamentação. Porém, é importante consultar a equipe de saúde sobre a manutenção da amamentação sempre que precisar fazer uso de um medicamento.
- Para evitar uma nova gravidez, procure orientação no serviço de saúde.

Quantidade e qualidade do leite materno

Todo leite materno é forte e bom. A cor do leite pode variar, mas ele nunca é fraco. O ato de sugar é o maior estímulo à produção: quanto mais seu filho suga, mais leite você produz.

IMPORTANTE!

Se seu filho dorme bem e está ganhando peso, a quantidade de leite está sendo suficiente para ele. Após a mamada, se você perceber que ele está satisfeito, mas ainda tem muito leite, você pode doar a um banco de leite humano e ajudar outros bebês. Informe-se sobre essa doação nos serviços de saúde ou no site: <https://tblh.fiocruz.br/pagina-inicial-redo-blh>.

O leite do início da mamada tem mais água e mata a sede. Já o leite do fim tem mais gordura, satisfaz a fome e faz o bebê ganhar peso.

Se você arha que está com pouco leite, procure orientação no serviço de saúde.

Dificuldades na Amamentação

Pequenos problemas podem causar muito desconforto na hora das mamadas. Para evitá-los, retire um pouco do leite antes de cada mamada para amaciar a mama e facilitar a pega do bico do peito pelo bebê.

As rachaduras na bico do peito podem ser um sinal de que é preciso melhorar o jeito do bebê de pegar o peito. Ajude seu filho a pegar corretamente a mama e veja na página 26 desta *Carteira* mais informações sobre a pega.

Se o bico do peito rachar, você pode passar seu próprio leite na rachadura. Quando as mamas ficam empedradas, é preciso esaziá-las o máximo possível. Para isso, você deve aumentar a frequência das mamadas, realizando-as sem horários fixos, inclusive à noite.

Se, mesmo depois de você tomar os cuidados necessários, as mamas não melhorarem ou piorarem, procure imediatamente a ajuda de um profissional do serviço de saúde. Outra opção para buscar apoio é um banco de leite humano. Verifique se existe um em algum hospital de sua cidade. Consulte o site: <https://tblh.fiocruz.br/pagina-inicial-rnde-bh>.

ATENÇÃO!

Mães com HIV positivo devem receber orientações especiais e não devem amamentar, pois as chances de transmissão aumentam a cada mamada. Logo após o parto, o bebê deve ser colocado sobre o peito em contato pele a pele (sem interruptor, mamar). Depois do parto, mãe e bebê devem ficar em alojamento conjunto, estabelecendo uma relação íntima propiciada pelos momentos em que a criança e cuida da criança.



Retorno da Mãe ao Trabalho ou à Escola

Se você precisar voltar ao trabalho ou à escola antes de seu filho completar 6 meses, será preciso se preparar. É importante que você se organize pelo menos 15 dias antes para retirar e guardar o leite que seu filho deverá tomar enquanto você estiver fora de casa. Caso o leite seja encaminhado à creche ou a qualquer outro local, ele precisa estar identificado com o nome da sua criança e a data. **Veja como retirar e guardar o seu leite.**

Preparo do frasco para guardar o leite

- Escolha um frasco de vidro incolor com tampa plástica.
- Retire o rótulo e o papel de dentro da tampa.
- Lave bem o frasco com água e sabão e depois feche a tampa e o frasco por 15 minutos, contando o tempo a partir do início da fervura.
- Coloque o frasco e a tampa sobre um pano limpo, para secar.
- Depois que o frasco estiver seco, feche-o bem sem tocar na parte interna da tampa com a mão.
- Identifique o frasco com o seu nome, a data e a hora em que o leite foi retirado. Higienize a mão para a coleta.
- Retire anéis, aliança, pulseiras e relógio.
- Coloque uma touca ou um lenço no cabelo e amarre um pano ou uma máscara na boca.
- Lave as mãos e os braços, até o cotovelo, com bastante água limpa e sabão.
- Lave as mamas apenas com água limpa.
- Seque as mãos e as mamas com toalha ou pano limpo ou com papel-toalha. Local adequado para a coleta do leite.
- Escolha um lugar confortável, limpo e tranquilo. Algumas empresas possuem sala de apoio à amamentação. Informe-se com a coordenação de recursos humanos da sua empresa.
- Forre uma mesa ou outra superfície de apoio com pano limpo para colocar o frasco e a tampa.
- Evite conversar durante a retirada do leite, pois sua saliva pode contaminá-lo.

Como fazer a coleta do leite?

- **Massageie o peito** com a ponta dos dedos, fazendo movimentos circulares da aréola (parte escura do seio) em direção ao corpo. É necessário que os movimentos sejam contínuos e firmes, mas ao mesmo tempo delicados, para evitar machucá-la.
- **Coloque o polegar** acima da linha onde acaba a aréola e os dedos indicador e médio abaixo dela. Firme os dedos e enquise a mama para dentro, em direção ao corpo.
- **Aperte o polegar** contra os dedos indicador e médio até sair o leite. **Não deslize os dedos sobre a pele.** Pressione e solte os dedos seguidas vezes. Se a mama doer com a pressão dos dedos, é porque alguma coisa está errada. A manobra não dá quando a técnica é usada corretamente. O leite pode não fluir no começo, mas depois de pressionar os dedos algumas vezes, ele começa a sair com facilidade.
- **Despreze os primeiros jatos ou gotas** do leite.
- **Abra o frasco** e coloque a tampa, virada para cima, sobre a mesa forrada com um pano limpo.
- **Coloque o frasco** de lado na aréola para receber o leite.
- **Mude a posição** dos dedos ao redor da aréola para esvaziar todas as áreas.
- **Mude de mama** quando o fluxo de leite diminuir e repita todo o processo.
- **Feche bem o frasco** depois que terminar a coleta.



IMPORTANTE!

A coleta adequada do leite leva, mais ou menos, de 20 a 30 minutos em cada mama, principalmente nos primeiros dias.

Como conservar o leite

O leite retirado da mama pode ser conservado em geladeira por até 12 horas e no freezer ou no congelador por até 15 dias.

Após a retirada do leite, guarde imediatamente o frasco na geladeira, no freezer ou no congelador.

Se o frasco não ficar cheio, complete-o em outra coleta no mesmo dia, deixando sobrar sempre um espaço de dois dedos entre a boca do frasco e o leite. No dia seguinte, comece a coleta em outro frasco.

Caso você tenha o suficiente para doar a um banco de leite humano, deve fazê-lo até 10 dias após a retirada do leite materno.

Como oferecer o leite coletado à criança

O leite retirado deve ser oferecido, de preferência, em um copo, uma xícara ou uma colher. Esquente a água, desligue o fogo e coloque o frasco imerso na água morna (banho-maria), agitando-o lentamente até que não reste nenhuma pedra de gelo. **Para manter seus futuros de proteção, o leite materno não deve ser fervido e nem aquecido em micro-ondas.**

Adicione apenas a quantidade de leite que o bebê for tomar. O leite materno que sobrar deve ser jogado fora. O restante do leite descongelado e não aquecido poderá ser guardado na primeira prateleira da geladeira e deve ser utilizado no prazo de até 12 horas após o descongelamento.

ATENÇÃO!

O leite materno que é levado para a creche para ser oferecido ao seu filho precisa ser transportado em uma caixa de isopor ou uma caixa térmica. É importante certificar-se de que o leite está sendo oferecido na forma correta.

Saiba que os profissionais de creche também podem apoiar as mães na fase de retorno ao trabalho ou estudo, planejando, com o serviço de saúde, os cuidados com a oferta do leite retirado e desenvolvendo novas formas de alimentar e hidratar os bebês sem o uso de mamadeira.

A partir dos 6 meses, a amamentação deve ser complementada com alimentos saudáveis, mas deve ser mantida até os 2 anos ou mais. Existem situações em que não é possível amamentar. Se esse for o seu caso, converse com o profissional de saúde mais próximo de sua casa sobre suas dificuldades e sobre outro tipo de leite e alimentação complementar. Veja as orientações na página 32 a 36 para uma alimentação complementar saudável.

Dez Passos para uma Alimentação Saudável - Crianças de 2 anos a 9 anos

- PASSO 1.** Fazer de alimentos *in natura* ou minimamente processados a base da alimentação.
- PASSO 2.** Utilizar sal, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias.
- PASSO 3.** Limitar o consumo de alimentos processados.
- PASSO 4.** Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados.
- PASSO 5.** Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia.
- PASSO 6.** Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos *in natura* ou minimamente processados.
- PASSO 7.** Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias.
- PASSO 8.** Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece.
- PASSO 9.** Dar preferência, quando fora de casa, à locais que servem refeições feitas na hora.
- PASSO 10.** Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais.

IMPORTANTE!

Você também poderá participar das atividades de culinária e de horta que sejam desenvolvidas com as crianças. Isso é um jeito divertido de aprender e valorizar diferentes práticas alimentares. Saiba mais na Guia Alimentar para População Brasileira em: aps.saude.gov.br.



Prevenindo as Carências Nutricionais

A falta de ferro pode provocar cansaço, fraqueza e falta de apetite. Com isso, as crianças ficam sem ânimo para estudar e aprender. Para evitar a anemia, todas as crianças de 6 a 24 meses devem receber, além da alimentação rica em ferro, fontes extras de ferro de forma preventiva (por meio do suplemento de ferro ou de fortificação).

A deficiência de vitamina A pode provocar problemas graves nos olhos da criança e levá-la à cegueira. Além de proteger a visão, a vitamina A diminui o risco de diarreia, de infecções respiratórias e ajuda no crescimento e desenvolvimento da criança. As crianças de 6 meses a 5 anos que residem em área de risco para a deficiência de vitamina A devem ser suplementadas. Verifique na sua Unidade Básica de Saúde (UBS) se o seu município faz parte do Programa Nacional de Suplementação de vitamina A.

Além do reforço com a suplementação e/ou fortificação de alimentos que a criança recebe na UBS e nas creches, é importante acrescentar, em suas refeições, alimentos ricos nesses nutrientes.

IMPORTANTE!

As crianças de 6 a 40 meses de idade matriculadas em creches participantes da estratégia NutriSUS que recebem os sachês de micronutrientes em pó não devem receber outras formas de suplementação de vitaminas e minerais, incluindo ferro e vitamina A. Mais informações sobre o NutriSUS e sobre alimentos regionais brasileiros podem ser obtidas no site: <http://www.saude.gov.br/atencao-basica>.

Alguns alimentos ricos em ferro:

- Carnes (de gado, aves e peixes), fígado e outros.
- Leguminosas: feijão, ervilha e outras.

Alguns alimentos ricos em vitamina A:

- Fígado, gema de ovo, leite de vaca e outros.
- Frutas e legumes amarelo-laranja: manga, pitanga, mamão, caqui, abóbora, cenoura, batata-doce e outros.
- Vegetais amarelos e vegetais folhosos verdes: espinafre, couve, brócolis, mostarda e outros.
- Óleos e frutas oleaginosas: buriú, pupunha, dendê, pequi e outros.

ATENÇÃO!

As crianças que apresentam alguma doença como anemia (do ferro) e talassemia, entre outras, devem ser acompanhadas individualmente pela equipe de saúde.

ESTIMULANDO O DESENVOLVIMENTO COM AFETO

Desenvolvimento Infantil

A criança cresce modificando a aparência e a resistência do seu corpo, mas também desenvolvendo capacidades de se comunicar, manipular objetos, movimentar-se, sentar, equilibrar-se, andar e falar.

Para cuidar e promover o crescimento e o desenvolvimento integral de seu filho, é muito importante conversar com os profissionais de saúde, de assistência social e de educação. Eles podem avaliar com a família como a criança está crescendo, desenvolvendo suas habilidades e capacidades motoras, intelectuais, sociais e emocionais.

O contexto familiar, comunitário e a história de nascimento registrados na Carteira da Criança orientam a família no acompanhamento e no cuidado com a saúde e a educação das crianças.

A primeira infância, período que vai do nascimento aos 6 anos de idade, é uma fase muito importante para o desenvolvimento mental, emocional e de socialização da criança. Nessa fase são definidas as principais características do jeito de ser da criança e a maneira como ela irá interagir com as pessoas na sua família, na escola e em outros espaços da sua comunidade.

Desde bebê, a criança é ativa no seu desenvolvimento e nas suas relações. Porém, cada criança tem a sua própria forma de explorar o mundo, de construir seus conhecimentos a partir da comunicação com as pessoas próximas e com o ambiente em que elas vivem. Saber como cada criança se desenvolve contribui para que os pais, os responsáveis e os professores possam protegê-las e educá-las em um ambiente saudável e seguro.

A principal condição para uma criança se desenvolver bem é sentir-se amada pelas pessoas que estão próximas a ela. Isso lhe dá segurança para seguir experimentando as novas situações que vão surgindo e que são necessárias para o seu amadurecimento. **Acaricie e abraçe seu filho. Demonstre seu amor e carinho por ele.** Sentir-se amado possibilita que ele fique tranquilo e seguro.

Entretanto, **amar não é permitir** que seu filho faça tudo o que ele quer. A criança também precisa aprender a reconhecer o limite entre aquilo que ela pode e o que ela não pode fazer e estar em uma situação em que ela está segura e outra na qual ela pode estar em perigo.

IMPORTANTE!

Esses limites precisam ser ensinados com clareza, segurança e carinho. Os pais precisam ter tranquilidade e paciência para conversar com a criança, explicando e repetindo as orientações tantas vezes quantas forem necessárias, sem exigir mais do que ela é capaz de entender e fazer.

Algumas vezes, a criança responderá com birra e desobediência quando não permitirmos que ela faça algo. Esses comportamentos são atitudes de autoafirmação que fazem parte do desenvolvimento dela.

As atitudes de fazer birra e de desobedecer não querem dizer que a criança seja nervosa. Na verdade, essas são as maneiras que ela encontra para expressar sua raiva por não poder fazer algo ou por não ter o que quer. A criança muitas vezes ainda não sabe falar para negociar com os adultos. É importante deixar que ela expresse seus sentimentos, mas é importante também colocar limites, com paciência e carinho. Enquanto ele ainda não fala, preste bem atenção quando seu filho chorar.

Ele chora de um jeito diferente, dependendo do que sente: fome, frio, calor, dor ou necessidade de aconchego. Ele também se comunica pela expressão facial e com movimentos corporais. Se você achar que algo não vai bem com seu filho, insista para que o profissional o examine.



ATENÇÃO!

Peça ao profissional de saúde para marcar as conquistas do seu filho nos quadros da vigilância do desenvolvimento infantil (pág. 79 a 84), assim como orientar você sobre o desenvolvimento dele.

Em seu processo de desenvolvimento, a criança precisa ser estimulada em sua curiosidade. Procure ter tempo disponível para brincar e estimular seu filho. Aproveite os horários das mamadas/refeições e do banho para conversar com ele e explicar o que você está fazendo, com toques suaves e acolhedoro.

IMPORTANTE!

Procure conhecer a biblioteca comunitária perto da sua casa. Você pode retirar livros.

Cuide do tom de voz, das palavras, dos gestos e de suas atitudes quando se comunicar com seu filho ou com alguém na frente dele. Procure não gritar e ser agressiva com outras pessoas diante de seu filho. Os comportamentos das pessoas próximas são observados e, com frequência, imitados por ele.

Inicialmente, cabe à família atender às necessidades físicas e afetivas, estimular e apoiar o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social da criança. Posteriormente, a criança irá frequentar creches e escolas. Cabe aos pais e aos profissionais de educação criar um ambiente estimulante, com oportunidades de interação e brincadeiras entre as crianças, além de cuidar para que tal ambiente seja seguro, protegendo-as do risco de acidentes.

Observar a evolução do desenvolvimento de seu filho é muito importante. Durante sua consulta, procure conversar com os profissionais de saúde sobre como ele está se desenvolvendo.

ATENÇÃO!

É muito importante você também acompanhar alguns marcos do desenvolvimento da criança registrados nesta **Carteira** (pág. 79 a 84).

As etapas do desenvolvimento do seu filho podem ser acompanhadas de acordo com alguns marcos que estão contidos nesta **Carteira**. Eles ajudam os trabalhadores de saúde e os familiares a identificar precocemente problemas no desenvolvimento da criança, permitindo que o apoio necessário seja oferecido mais rápido. Se você perceber que seu filho ainda não atingiu algum marco previsto para a faixa etária em que ele está, converse com o profissional de saúde, peça orientação e tire suas dúvidas.

A seguir, você terá algumas orientações sobre como estimular seu filho de acordo com a idade.

Entre 4 e 6 meses

Após o 4º mês de vida, os bebês podem segurar objetos com as duas mãos, observá-los e levá-los à boca.

■ Ofereça brinquedos e objetos coloridos, macios e limpos, como pequenas tigelas de plástico, chocalhos e mordedores, para que seu filho possa buscá-los, segurá-los e levá-los à boca sem risco de se engasgar ou se machucar. Os bebês também gostam de brincar com as próprias mãos e pés. Observe-o e deixe-o livre para que possa conhecer o próprio corpo.

■ Converse ou faça banhos de um lugar onde seu filho não esteja vendo você para que ele tente localizar de onde vem o som.

■ Ao final desse período, ele já é capaz de chamar sua atenção: ele já sabe encontrar formas de lhe pedir algo. Ofereça comida, brinquedos etc. e espere um pouco para ver sua reação. Assim, ele também aprenderá a expressar vontade e excitação, prazer e descontentamento.

■ Por volta dos 5 meses, estimule-o a rolar de barriga para cima e depois para baixo. Coloque-o sobre um papelão grosso de uma caixa desmontada (que não seja de produtos tóxicos e/ou com cheiros fortes) ou outro tipo que fique firme no chão para facilitar seus movimentos.

Entre 6 e 8 meses

Nesta faixa etária, a criança busca chamar a atenção das pessoas, procurando agradá-las para obter a sua aprovação.

■ Dê atenção ao seu filho e demonstre que você está atenta aos seus pedidos. Demonstre alegria e interesse por sua aprendizagem.

■ O bebê já consegue dormir, comer e brincar em uma rotina mais organizada, de acordo com o ritmo da família. A manutenção de uma rotina diária dá segurança à criança e ajuda no seu aprendizado da organização e da disciplina, o que será importante para toda a sua vida.

**Desenvolvimento da Criança Menor de 1 Ano**

Do nascimento aos 2 meses

Desde o nascimento, a criança é capaz de ouvir, reconhecer e se acalmar com a voz de pessoas da família, especialmente a da mãe, do pai ou de outro cuidador frequente. Nesta idade, o bebê já escuta e enxerga a uma distância de 30 cm, exatamente a distância entre o bebê e o rosto da mãe quando amamentando. Aproxime seu rosto do rosto de seu filho e converse com ele de forma carinhosa. Pode parecer infantil, mas ele vai se interessar. A ligação entre a mãe e o bebê é muito importante neste início de vida. O contato carinhoso estimula o cérebro da criança e fortalece esse vínculo.

■ Mostre objetos coloridos a uma distância de mais ou menos 30 cm dos olhos do seu filho, movendo-os para cima, para baixo e para os lados.

■ Cante para ele. Os bebês gostam do som e do ritmo das canções de ninar e de canções de roda. A música estimula a linguagem e transmite uma sensação de tranquilidade e alegria.

■ Leia e conte histórias para ele.

■ Para fortalecer os músculos do pescoço do seu filho, deite-o de barriga para baixo e chame sua atenção com brinquedos, diga seu nome, estimulando-o a levantar a cabeça.

**Entre 2 e 4 meses**

Aos poucos, seu filho começa a balbuciar, a brincar com o som de sua própria voz, e gosta quando você corresponde ou a imita. Continue conversando com ele.

No início parece muito difícil, mas procure ir criando uma rotina das mamadas, do banho, de brincar no tempo que ele está acordado. Isso facilita a regulação das funções fisiológicas do bebê.

■ Brinque com ele, ofereça objetos ou brinquedos para ele pegar ou tocar com a mão. Nessa idade ele só pega o objeto se for colocado na sua mão, isto é, ainda não consegue buscar o objeto, apenas o toca, ou bate nele, mas fica atento à brincadeira. Esse jogo, além de favorecer seus movimentos, também irá divertí-lo.

■ Quando acordado, deixe seu filho em lugar firme, seguro, no qual ele possa ficar com os braços livres. Vire-o de bruços por breves períodos no seu próprio colchão na cama, para que ele possa olhar o mundo de outro ângulo.

■ Na hora de colocá-lo para dormir, as canções suaves ajudam muito a acalmá-lo.

Nesta fase, o bebê começa a estranhar as outras pessoas. Isso é um bom sinal! Ele já sabe que você e as pessoas que cuidam regularmente dele são diferentes das demais e expressa essa preferência!

■ Cubra o rosto ou objetos com um pano e pergunte ao seu filho onde está. Caso ele não o encontre, retire o pano para que ele possa vê-lo. Aos poucos, ele perceberá que você ou o objeto está escondido por trás do pano. Essa brincadeira possibilita que a criança aprenda que as pessoas e os objetos continuam existindo mesmo quando ele não os vê.

■ Bata palmas ou crie situações arreantes e curiosas para ele. Use a sua imaginação!

■ Dê à criança brinquedos com cores, texturas e temperaturas variadas, fáceis de segurar, para que ela aprenda a passar objetos de uma mão para a outra. Elas também gostam de batê-los no chão e colocá-los dentro de caixas ou de outros recipientes de boca larga.

■ Fale o nome dos objetos, pessoas e partes do corpo do seu filho, incentivando que ele participe da conversa, emitindo sons e sorrisos.

■ Converse bastante com ele, usando palavras de fácil repetição, como "dada", "papá" etc.

■ Coloque seu filho no chão, em uma esteira ou colchonete, estimulando-o a sentar-se.

■ Coloque objetos à sua frente para que ele vá buscá-los, incentivando-o a se arrastar ou engatinhar.

■ Como a partir dos 6 meses a criança começa a receber outros alimentos além do leite materno, aproveite as refeições para conversar e interagir com ela.

IMPORTANTE!

Evite deixar seu filho muito tempo sentado sem que ele possa sair dessa posição sozinha. Ele precisa de liberdade para movimentar o corpo livremente e rolar, para depois, por volta dos 6 meses, começar a sentar sem apoio, embora ainda com o apoio das próprias mãos.

Entre 9 e 12 meses

Em torno de 1 ano de vida, o bebê já consegue falar algumas palavras além de "mamã" e "papa" e nomear os objetos e as ações mais comuns.

- Ajude seu filho a aumentar seu vocabulário.
- Ensine a ele os nomes das coisas e das pessoas, explique tudo o que você faz com ele, para ele, o porquê de estar fazendo algo e para que isso serve.
- Converse com seu menino, ele vai aprendendo a falar e a entender bem o que as outras pessoas falam.
- Dança e cante músicas fazendo gestos, batendo palmas, dando tchau, inventando que seu filho imite você.
- Faça perguntas simples e dê pequenas ordens: "Vem aqui", "Pegue o brinquedo", "Me dá" etc.
- Continue lendo e contando histórias para ele, principalmente na hora de dormir.
- Mostre-lhe as figuras dos livros quando estiver lendo e contando as histórias.
- Estimule seu filho a reconhecer e repetir os nomes das pessoas, dos animais e dos objetos que vê. As crianças gostam de apontar as figuras e ouvir alguém contar uma história sobre elas.
- Estimule seu filho a caminhar. Inicialmente, ele buscará apoio nos móveis e gradualmente irá largá-los. Os móveis devem estar firmes para que não caiam sobre ele. Coloque objetos em cima de sofás ou poltronas e estimule seu filho a pegá-los. Esse movimento ajuda a criança a ter segurança e equilíbrio para ficar em pé sem precisar de apoio. Aos poucos, ele irá soltando as mãos e se equilibrará nas duas pernas e conseguirá caminhar.
- Não coloque andador, pois esse não a estimula a caminhar.
- Estimule o contato de seu filho com outras crianças.
- Ofereça pequenos objetos, como bolinhas de papel, pedaços de frutas ou outros para que ele possa pegar e treinar fazer uma piça com os dedos. Mas tome muito cuidado para que ele não leve estes objetos à boca ou aos ouvidos ou ao nariz.
- Não deixe a criança sozinho com pequenos objetos.



Desenvolvimento da Criança de 1 a 3 Anos

Entre 1 ano e 1 ano e 6 meses

Continue sendo claro e firme ao colocar limites. Ordens diferentes, dadas ao mesmo tempo, deixam a criança confusa, sem saber o que fazer.

- Afaste-se de seu filho por períodos curtos, para que ele não se sinta inseguro, e vá fazendo com que ele se acostume, aos poucos, com a sua ausência.
- Crie oportunidades para que seu filho aprenda a comer sozinho, a usar o talher com a própria mão, direita ou esquerda, de acordo com a sua habilidade, mas ajude-o a terminar sua refeição. Ele ainda precisa de seu apoio.
- Ofereça-lhe caixas ou potes de diversos tamanhos e incentive-o a empilhá-los.
- Mostre-lhe como fazer isso e deixe-o imitá-lo.
- Faça pedidos simples e fale os nomes corretos dos objetos. Isso ajuda a criança a aumentar seu vocabulário e aprender a pedir o que quer.
- Crie oportunidades para que ele aprenda a andar sozinho, com equilíbrio e segurança, de modo que possa alcançar, pegar ou largar um brinquedo.
- Crie oportunidades para que ele aprenda a rabiscar (com materiais como o giz de cera). Essa atividade estimula a criatividade e o coordenação dos movimentos das mãos.
- Nesta fase, ele já entende o que você diz. Portanto, seja claro com a criança, mostrando o que ele pode e não pode fazer. Dê-lhe limites.
- Puxe um carrinho com uma corda e mova em diferentes direções para que seu filho possa acompanhar o movimento andando tanto para a frente quanto para trás, ou fazendo curvas.



Entre 1 ano e 6 meses e 2 anos

Nesta idade, a criança já compreende melhor o que é dela e o que é dos outros, mas ainda precisa de orientação para aprender a compartilhar brinquedos e para aceitar que não pode fazer tudo o que quer.

IMPORTANTE!

As birras – gritar, chorar, se jogar no chão – são comportamentos frequentes nestas e nas próximas fases do desenvolvimento infantil. Os cuidadores devem ficar vigilantes, mas não desesperados e sem controle ao lidar com esse comportamento. De forma nenhuma seja a birra, falando, gritando, batendo. Espere calmamente, não ceda. Espere seu filho se acalmar, então, diante de solicitações adequadas, sem gritos ou choros, você deve atendê-lo quando possível e elogiá-lo por ter conseguido superar a birra.

- Estimule seu filho a tirar as próprias roupas, mas ajude-o no início de suas tentativas.
 - Perto dos 2 anos de idade, as crianças começam a falar ou a apontar quando fazem cocô ou xixi. Comece a incentivar seu filho a usar o vaso sanitário ou o penico. Faça isso em clima de brincadeira, sem pressioná-lo ou repreendê-lo. Inicialmente, deixe a criança sem fraldas durante o dia, com calcinha ou shorts, para que ela perceba quando faz xixi ou cocô. Quando você mesma perceber que ele está com vontade, leve-o até um penico e deixe que ele experimente usá-lo sem ser forçada. Aos poucos, vá incentivando-o e ajudando-o a usar o vaso sanitário.
 - Continue oferecendo brinquedos de encaixe que possam ser empilhados e brinque com seu filho para que ele possa imitar você.
 - Continue contando histórias usando livros e revistas. Nuncie os objetos e os personagens e crie histórias a partir das figuras.
 - Brinque com seu filho: jogue bola, faça brincadeiras que envolvam o uso do corpo. Para maiores informações sobre brincadeiras na primeira infância, acesse: <http://portal.mec.gov.br>.
- Entre 2 e 3 anos
- Procure acompanhar as atividades de seu filho e demonstre interesse e satisfação por seu aprendizado e amadurecimento nessas habilidades.
- Incentive seu filho a se alimentar, a se vestir, a se banhar e a escovar os dentes sozinho.
 - Elogie suas conquistas e só o ajude quando ele precisar.

- Continue estimulando-o a controlar a eliminação de fezes e urina, em clima de brincadeira, sem pressioná-lo ou repreendê-lo. A retirada das fraldas depende muito da presença motivadora dos cuidadores.
- Estimule seu filho a brincar com outras crianças para aprender a se relacionar e a compartilhar os brinquedos. A brincadeira fortalece a convivência social e os vínculos comunitários.
- Cante músicas e conte histórias de um jeito simples, para que seu filho possa repeti-las. Ele pode falar sobre os personagens e acontecimentos da história e também sobre fatos de seu dia a dia, de suas brincadeiras, os nomes dos amigos e os lugares que frequenta. Essas atividades estimulam o desenvolvimento da linguagem e da imaginação da criança.
- Mostre à criança figuras de animais, de peças do vestuário, de objetos domésticos e estimule-a a falar sobre eles: o que fazem, para que servem. Pergunte a ela, por exemplo: "Quem mia?", "Quem lar?",
- Brinque de desenhar. Seu filho pode desenhar no papel, com giz, e também na areia e na terra, com o dedo.
- Ofereça pedaços de madeira, plástico, caixinhas, potes e peça para seu filho construir torres, pontes, caminhos e casas. Essa brincadeira ajuda a desenvolver a imaginação e a criatividade. Você também pode pedir que ele repare os objetos pela cor e pela forma.

IMPORTANTE!

É hora de ensinar seu filho a esperar a sua vez para ser atendido, a ser tolerante com pequenas frustrações, como perder nos jogos e nas brincadeiras, a adiar o ganho de prêmios e recompensas, além de controlar seus impulsos e refletir sobre seu comportamento.

Desenvolvimento da Criança de 3 a 6 Anos

Entre 3 e 4 anos

Após os 3 anos, a criança já consegue permanecer por mais tempo em uma mesma brincadeira e prestar mais atenção em características como a cor, a forma e o tamanho dos objetos.



- Crie situações nas quais seu filho possa experimentar e reconhecer as diferentes sensações. Nesta fase, ele já é capaz de diferenciar sensações, como frio, calor, seco e molhado. Você pode, por exemplo, fazer comentários como: "Hoje está muito frio, vamos colocar esse casaco!", ou "Está fazendo calor, vamos tirar esse casaco?". Outros comentários: "Pegue aqui no copo. A água está fria".

leite está quente"; ou "Pegue aqui no copo. A água está fria".

- Faça brincadeiras que desenvolvam o equilíbrio e a concentração; andar de triciclo, pular para dentro e para fora de um círculo desenhado no chão, andar em linha reta, pular num pé só alternando a perna e chutar a bola.
- Promova brincadeiras com outras crianças.

IMPORTANTE!

Se seu filho frequenta a creche ou a pré-escola, participe das reuniões e converse com os professores para saber mais como você pode promover a sua aprendizagem e o seu desenvolvimento. Ele pode ter sido educado e cuidado no ambiente familiar até os 4 anos, mas a partir desta idade a matrícula na pré-escola é obrigatória.

Entre 4 e 5 anos

A criança já se comunica bem por meio de palavras e ganha independência.

- Incentive seu filho a expressar suas ideias, inventar ou recontar histórias, canções e rimas. Escute-o com atenção. Essa atitude amorosa estimula o desenvolvimento da linguagem e da imaginação da criança.
- Não reprenda seu filho quando ele estiver expressando suas fantasias. Ele está apenas aprendendo a dizer o que pensa.
- Estimule seu filho a correr, subir e descer, pular de pequenas alturas, pular em um pé só. Você pode, por exemplo, convidá-lo a imitar o Saci-Pererê, pular corda, brincar de amarelinha.

Entre 5 e 6 anos

Por volta dos 5 anos de idade, a criança tem interesse por jogos e brincadeiras com regras — passa a fazer o jogo da memória —, que desenvolvem habilidades como a adequação a limites, a cooperação, a negociação e a competição saudável. Nesta fase, a criança já é capaz de aceitar e seguir regras dos jogos de mesa.

- Incentive seu filho a perceber novas relações entre os objetos para fortalecer sua capacidade de reflexão. Peça, por exemplo, para ele observar como os objetos podem ter quantidades e formas, tanto diferentes como iguais. Pergunte, por exemplo: "Onde tem mais objetos?", "Onde tem menos?".
- Incentive as brincadeiras de faz de conta, de casinha, de escola e de teatrinho. Elas ajudam a criança a organizar e expressar seus pensamentos e suas emoções e enriquecem sua identidade. Ao interpretar personagens e dar vida e função aos objetos, a criança experimenta outras formas de ser.
- Promova brincadeiras que ajudem seu filho a desenvolver seu equilíbrio. Por exemplo, peça para ele andar sobre uma linha desenhada no chão, colocando os pés bem juntos, um na frente do outro.
- Conte histórias, ensine poesias, rimas e canções e incentive seu filho a usar criativamente o que aprendeu. Brinque de formar famílias de palavras, assim: família das frutas (limão, abacaxi e banana), família dos meios de transporte (ônibus, carro, caminhão, carroça) etc.
- Dê tarefas que sejam adequadas à capacidade e à habilidade da criança e insista na sua realização. Ele pode, por exemplo, ajudar em algumas tarefas domésticas e cuidar do seu material escolar. Com isso, estará construindo o senso de responsabilidade, que é uma atitude fundamental para a vida adulta.
- Promova atividades de desenho e pintura.



- Passeie com ele em praças, parques ou outros locais onde ele possa se movimentar com segurança, mantendo sempre o olhar atento.



- Brinque de colocar pedras, brinquedos e outros objetos em ordem de tamanho. Peça ao seu filho para ordenar os objetos do maior para o menor e do menor para o maior.
- Nesta idade, a criança já consegue fazer muitas coisas de forma independente. Permita que ela guarde seus brinquedos, escolha suas roupas, ligue lâmpada e vá ao banheiro sozinha.
- Permita que seu filho colabore na realização de atividades simples do dia a dia, como, por exemplo, colocar os sapatos dentro do armário, pegar o pão em cima da mesa, tirar o brinquedo de dentro da caixa e organizar seus brinquedos.
- Ensine as posições que os objetos ocupam no espaço: em cima ou embaixo, perto ou longe, na frente ou atrás. Esse tipo de aprendizado é importante para a criança se orientar no espaço.
- Promova brincadeiras que exijam movimentos amplos, equilíbrio e agilidade, como as brincadeiras de "esconde-esconde" e de "corrin sai da toca".

IMPORTANTE!

Mesmo que seu filho tenha dificuldade, estimule suas iniciativas e ajude-o somente quando perceber que ele está atrapalhado para realizar a tarefa. Valorize seu esforço e não ridicularize sua dificuldade.

- Nesta idade, a criança pergunta com insistência sobre a causa de alguns acontecimentos. "Por quê?", "como?", "para quê?" são perguntas frequentes. Responda às perguntas de seu filho de um jeito que ele possa entender. Satisfaça a sua curiosidade e deixe que ele explore a sua capacidade de descobrir e compreender o mundo.
- Não corrija eventuais erros de linguagem. Apenas repita o que seu filho disse de forma correta para que ele tenha um modelo a seguir.
- Incentive-o com brincadeiras e atividades como desenhar de forma espontânea, copiar desenhos, colorir, recortar e colar figuras de revistas, fazer esculturas com argila ou barro. Peça para ele falar sobre o que desenhou ou construiu.
- Continue incentivando seu filho a brincar com outras pessoas. A interação da criança com seus brinquedos, amigos e familiares proporciona o apoio necessário para que ele se relacione com o meio social e cultural.

Desenvolvimento da Criança de 6 a 9 Anos

Nesta faixa etária as habilidades adquiridas nas fases anteriores se consolidam, seja por um aprendizado intenso, seja na escola ou fora dela, seja pelo distanciamento da casa e dos pais, seja pela maior participação da criança na comunidade. A criança começa a ter noções gerais sobre si, entendendo quem ela é no mundo, com afirmações como "sou legal", "sou bagunceira", "sou inteligente", "sou engraçada" etc. A influência dos amigos e colegas da mesma idade adquire grande importância nesta etapa da vida, e a influência dos pais ganha novas formas.

IMPORTANTE!

A partir dos 6 anos, a criança passa a pensar com lógica. Sua memória e a sua habilidade com a linguagem aumentam; ele está começando a pensar por si mesmo. Incentive seu filho a manifestar suas próprias ideias e pensamentos.

- Estimule cada vez mais a independência de seu filho, mas, ao mesmo tempo, esteja muito próximo dele. Converse, troque ideias, seja companheiro, de forma que ele possa ir construindo a sua visão de mundo de acordo com os valores e os limites da família e da convivência na comunidade.
- Acompanhe a vida escolar do seu filho e valorize suas conquistas. Converse com os professores sobre o seu aprendizado, seu comportamento na escola e sua socialização com os colegas e os professores.
- Promova sua participação em atividades esportivas e artísticas de acordo com suas preferências e habilidades. Essas atividades são boas para crianças de ambos os sexos porque favorecem o aprendizado da disciplina, da coordenação motora, da convivência em grupo e o desenvolvimento de outras aptidões.

ATENÇÃO!

Não preencha todo o tempo do seu filho com atividades de hora marcada. Ele ainda precisa de horas livres para brincar.

PERCEBENDO ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO

Sinais de Alerta

A seguir, destacamos alguns sinais de alerta que fazem suspeitar de algum problema de desenvolvimento da criança.

Observar se seu filho:

- Não busca interação, não reage ou se irrita ao contato com as pessoas e com o ambiente;
- Não responde ao olhar ou aos sons, à conversa e ao toque quando é amamentado, alimentado, colocado no colo ou acariciado;
- Habitualmente fica isolado e não se interessa em brincar com outras crianças;
- Tem dificuldade na fala e em atender aos comandos;
- Faz gestos e movimentos repetitivos;
- Dentura além das outras para virar de braços, sustentar a cabeça, engatinhar e andar;
- Tem dificuldade para memorizar e realizar uma tarefa até o fim;
- Tem dificuldade para aprender e solucionar problemas práticos relacionados aos hábitos de vida diária;
- Tem dificuldade com o sono ou com a alimentação;
- Tem sensibilidade exacerbada a determinados ruídos de motores de eletrodomésticos, fradeiras e fogos de artifício;
- Apresenta muita agressividade;
- Apresenta intensa agitação, impulsividade e falta de atenção;
- Desafia com frequência e tem dificuldade de seguir as regras.

IMPORTANTE!

Se seu filho não age como você espera, apresenta comportamentos diferentes dos apresentados por outras crianças da mesma idade e/ou não está alcançando os marcos do desenvolvimento para sua idade (pág. 79 à 84), converse com os profissionais de saúde, educação e assistência social. Na maioria das vezes não é nada sério, mas quanto mais cedo um problema de desenvolvimento for identificado e enfrentado, melhores serão os resultados.

A suspeita de uma alteração no desenvolvimento da criança pode gerar momentos difíceis e sentimentos como medos, dúvidas, angústias e dificuldades em aceitar o problema. Todos esses sentimentos são normais diante de um fato novo e não esperado pela família. Procure e aceite ajuda e apoio dos profissionais de saúde, educação e assistência social. Compartilhar pode lhe dar mais tranquilidade e segurança para lidar com o problema de seu filho.

Transtornos do Espectro Autista e Síndrome de Down

Autismo

O autismo é um transtorno global do desenvolvimento da criança, cujas alterações aparecem antes dos 3 anos de idade e se caracterizam por problemas na comunicação e na interação social e por comportamentos repetitivos e interesses restritos. Existem vários graus de autismo, e quanto mais cedo a criança for diagnosticada e começar o tratamento, melhor será o seu desenvolvimento.

A detecção precoce do autismo é fundamental para a imediata intervenção, de forma a favorecer a construção de abordagens que viabilizam o percurso da pessoa com autismo e de seus familiares em suas redes sociais. Ainda não existem exames laboratoriais ou marcadores biológicos para a identificação do autismo, a qual se dá pela observação do comportamento e pela avaliação clínica.

Se há suspeita ou se foi confirmado que seu filho apresenta algum transtorno do espectro autista, procure o serviço de saúde mais próximo de sua casa para receber orientação quanto ao acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento e para encaminhamento aos serviços especializados da rede de saúde. A creche/escola pode ser, além da família, um ambiente facilitador do desenvolvimento da criança autista.

IMPORTANTE!

Para mais informações, leia as **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)** e as **Diretrizes de Atenção a Pessoas com Síndrome de Down** em: www.saude.gov.br e a publicação **Linha de Cuidado às Pessoas com Transtorno** em: http://bvsm.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf.

Síndrome de Down

A síndrome de Down é uma situação especial que acontece quando o bebê nasce com um cromossomo a mais em cada célula do seu corpo. As crianças com Down podem apresentar complicações cardíacas, alterações visuais, auditivas, gastrointestinais, problemas de sono, infecções respiratórias, de ouvido, distúrbios da tireoide, obesidade e alterações na articulação da cabeça com o pescoço.

Essas crianças devem ser encaminhadas para estimulação precoce já nos primeiros dias de vida, se suas condições clínicas o permitirem. O diagnóstico e o tratamento precoces podem garantir a elas melhor qualidade de vida. Seu cuidado deve ser compartilhado entre a família e a equipe multiprofissional (saúde, educação e assistência); portanto, a família não estará sozinha e sem apoio. Procure o serviço de saúde mais próximo de sua casa para receber orientação sobre o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do seu filho e para encaminhamento aos serviços especializados da rede de saúde.

Crianças com Deficiência

Muitas vezes ainda não se tem um diagnóstico, mas já se percebe um atraso ou alterações no desenvolvimento da criança desde os primeiros meses de vida; nestes casos, ela precisa ser encaminhada para profissionais com experiência em desenvolvimento infantil.

São fundamentais a identificação e a intervenção precoce para crianças com deficiência.

Por isso é importante a realização dos testes do pezinho, da orelhinha e do olhinho.

IMPORTANTE!

O afeto, o amor, o bom senso e a vontade de superar limites, além da esperança e da disposição para a luta, dão mais confiança à criança, ajudando-a também a ter mais disposição para enfrentar suas próprias dificuldades. Converse com os profissionais, porque você não está sozinho. A parceria entre pais, profissionais de saúde, assistência social e de educação muito contribui para o estímulo ao desenvolvimento e a atenção integral à criança com deficiência.

Nos casos confirmados de alterações específicas do desenvolvimento da criança, é responsabilidade dos profissionais do serviço de saúde articular e organizar todo o cuidado de que ela necessita nos vários serviços especializados de saúde, como centros de reabilitação etc. A família deve buscar, além do tratamento especializado, apoio psicossocial e emocional na rede de saúde e nos serviços socioassistenciais (CRAS) e também deve se informar sobre os direitos das crianças com deficiência: o passe livre de transporte, o benefício da Prestação Continuada da Assistência Social (BPC), a educação inclusiva, o cuidado centrado na família e as políticas públicas de acessibilidade e inclusão social, por exemplo.

Quanto mais cedo a família tiver informações sobre os direitos de seu filho, maior será a chance de incluí-lo na sociedade em igualdade de condições com as outras crianças.

ATENÇÃO!

Para mais informações sobre a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, veja: <http://www.saude.gov.br/saude-de-cuidado-da-pessoa-com-deficiencia>.

PERCEBENDO ALTERAÇÕES NA VISÃO E NA AUDIÇÃO

Sinais de Deficiência Auditiva e Visual

A visão e a audição são muito importantes para a aprendizagem e a comunicação da criança. Os pais ou cuidadores e professores são as pessoas mais próximas e as que têm mais condições de observar se as crianças estão ouvindo e enxergando bem. Quando for identificado algum problema, deve-se levar a criança aos serviços de saúde. Lá são feitos testes para verificar a qualidade da visão e da audição nos primeiros anos de vida. Esses testes devem ser repetidos quando a criança vai para a escola.

Deficiência Visual

Fique atento quando seu filho:

- Tiver grande dificuldade em prestar atenção nos objetos ou nas pessoas;
- Parecer desinteressado pelos brinquedos ou pelo ambiente;
- Aproximar para muito perto dos olhos os objetos que deseja ver;
- Tiver dificuldade em se movimentar (rolar, engatinhar ou andar, por exemplo);
- Apertar ou esfregar os olhos, franzir a testa ou prestar atenção em pontos luminosos.

Deficiência Auditiva

Fique atento quando seu filho:

- Não acordar com barulhos nem reagir a sons do ambiente (parta barulho, vozes, brinquedos e instrumentos musicais);
- Não atender quando se fala (tem ele ou só atender quando está olhando diretamente para a pessoa);
- Falar pouco ou não falar;
- Ouvir rádio ou TV sempre em alto volume.

ATENÇÃO!

Não coloque remédios caseiros ou qualquer outra coisa nos ouvidos ou nos olhos de seu filho sem que isso tenha sido indicado pelo profissional de saúde. Evite que ele fique exposto por muito tempo a ruídos fortes; eles podem causar problemas de audição.

PROMOVENDO A SAÚDE BUCAL

Desenvolvimento dos Dentes

Por volta dos 8 meses de idade, inicia-se o nascimento dos dentes de leite. Quando esses dentes estão nascendo, a criança pode apresentar alteração do sono, perda de apetite, pequeno aumento de temperatura, aumento da salivação (fica babando muito), coceira nas gengívas e irritabilidade. Com 3 anos, a criança normalmente tem 20 dentes no total. E permanece assim até os 6 anos, quando geralmente nasce o primeiro molar permanente, um dente maior que nasce após o último dente de leite.

Dos 6 aos 14 anos de idade, os dentes de leite são trocados pelos dentes permanentes. A dentição permanente completa-se em torno dos 18 anos e é formada por 32 dentes, os quais devem permanecer na boca pelo resto da vida.



Limpeza da Boca e dos Dentes

A partir do nascimento do primeiro dente, é indispensável utilizar uma escova de dentes pequena e com cerdas macias, com pequena quantidade (menos de um grão de arroz) de creme dental com flúor. Enquanto a criança tiver apenas dentes de leite, é suficiente escovar os dentes com creme dental duas vezes ao dia. Além disso, deve-se cuidar para que ela não engula a espuma que se forma durante a escovação.

O uso fio dental é indicado quando os dentes estão juntos, sem espaços entre eles, uma vez ao dia.

Os pais ou cuidadores devem escovar os dentes das crianças até que elas aprendam a fazer isso sozinhas, mas devem acompanhar o procedimento das crianças até perceberem que elas estão fazendo a higienização bucal de maneira correta. O creme dental deve ser mantido fora do alcance das crianças.

Traumatismo Dentário

É comum que as crianças sofram quedas e os dentes sejam atingidos. As maiores complicações devidas a traumas, tanto nos dentes de leite quanto nos dentes permanentes, acontecem por falta de atendimento imediato e de controle de possíveis complicações pelo profissional.

Para qualquer tipo de trauma, procure imediatamente o dentista, pois quanto mais rápido for o atendimento, maiores serão as chances de recuperar o dente.

Nos casos em que o dente permanente sai totalmente da boca, tente colocá-lo de volta no seu lugar ou coloque o dente em uma solução fisiológica (como leite, soro ou saliva) e procure o dentista o mais rápido possível.



Cárie Dentária

A cárie é uma doença causada por bactérias que vivem na boca e utilizam o açúcar da nossa alimentação para produzir ácidos que destroem os dentes.

É muito fácil e simples prevenir o aparecimento da cárie. Deve-se ter uma dieta balanceada, controlar a frequência de ingestão de açúcares e realizar corretamente a higiene bucal.

ATENÇÃO!

Bebês e crianças podem ter um tipo de cárie que evolui muito depressa e pode atingir vários dentes de uma só vez, destruindo-os rapidamente. A causa mais comum desse problema é a non frequente e prolongada do mameleira durante a noite associado à falta de limpeza dos dentes após essa mamada. Portanto, tente fazer a higiene após a mamada noturna ou antes do bebê dormir e evite acrescentar açúcar ou achocolatado ao conteúdo da mamadeira.

OBSERVANDO COM CUIDADO O USO DOS ELETRÔNICOS E O CONSUMO

Meios de Comunicação (TV, celulares, tablets, computadores etc.)

Prefira estimular a inteligência do seu filho com as brincadeiras. As crianças estão cada vez mais expostas a celulares, programas de TV e a jogos que não desenvolvem as habilidades motoras, cognitivas, afetivas e sociais, e além disso muitas vezes podem ter conteúdos violentos, satíricos ou outros, impróprios para sua idade. Mesmo com programação adequada, o tempo exagerado da criança diante desses aparelhos leva à diminuição de brincadeiras que exercitam o corpo, o que pode acarretar a obesidade, além de reduzir a interação com os cuidadores, com outras crianças e com a comunidade, fragilizando os vínculos familiares e sociais. **Dê limites em relação ao tempo que seu filho pode ficar diante da TV, do computador e do celular.** Observe o tipo de programação e a recomendação etária dos filmes, jogos e desenhos.

ATENÇÃO!

Crianças menores de 2 anos não devem ser expostas a esses equipamentos, porque — principalmente nessa idade — a convivência familiar e social é muito importante para a construção dos laços afetivos. Para crianças de 2 a 5 anos, a recomendação é que o tempo máximo diante desses aparelhos seja de uma hora por dia. Até os 10 anos as crianças não devem fazer uso de televisão ou computador aos seus próprios ritmos. As crianças antes dos 12 anos não devem possuir celulares e smartphones.

Consumo em Geral

A interação com adultos é importante para o desenvolvimento das crianças. Cuide para não se distrair dando atenção a equipamentos eletrônicos (celular, TV e outros) e deixando de interagir com seu filho. Lembre-se: seu exemplo é fundamental, preste atenção no tempo que você gasta com esses aparelhos.

As crianças são um alvo muito atrativo para a propaganda comercial das empresas, devido à sua facilidade em assimilar os conteúdos apresentados. Isso estimula o consumo, principalmente de brinquedos e alimentos (muitas vezes não saudáveis). As propagandas provocam todos os sentidos da criança, criando o desejo de possuir o produto vendido. Nesse contexto, a família deve limitar o tempo que as crianças veem TV e lhes dar bom exemplo e orientação para que elas evitem comportamentos consumistas.

PREVENINDO ACIDENTES

À medida que a criança vai crescendo e se desenvolvendo, sua curiosidade vai se aguçando: movimentar-se em busca de novas descobertas passa a ser constante no seu dia a dia, o que aumenta o risco de sofrer acidentes.

Atitudes simples, com supervisão contínua de um adulto, podem impedir acidentes que podem matar ou deixar sequelas. FIQUE ATENTO!

Do Nascimento aos 6 Meses

Sufocação

- Nunca use talco; ajuste o lençol do colchão, cuidando para que o rosto do bebê não seja encoberto por lençóis, cobertores, almofadas e travesséis.
- Evite o uso de cordões e enfeites de cabelo.
- Evite o contato da criança com peças pequenas (ripes, bolões, agulhas, miudeas, anéis, botões, bolinha de gude, tampinhas, pregos, parafusos). Utilize brinquedos grandes e inquebráveis, respeitando a faixa etária indicada na caixa pelo Inmetro (Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia).
- Afaste a criança de papéis de lixa, sacos plásticos, cordões e fios.
- Evite o uso de brinquedos.
- Proteja o berço e o cercado com grades altas com, no máximo, 6 cm entre elas.
- Não deixe a criança sozinha em cima de móveis.
- Não deixe a criança sob os cuidados de outra criança.

Intoxicação

- Nunca dê à criança remédios que não tenha sido receitado pelo médico. Verifique sempre a validade do que você oferece ao seu filho.



C.P.L.
visto

Queimaduras

- No banho, verifique a temperatura da água (a ideal é 37 °C).
- Caso a criança não esteja sendo amamentada exclusivamente no peito, é importante verificar a temperatura do leite (ou alimento) ofertado.
- Não misture líquidos quentes nem fume enquanto estiver com a criança no colo.

Afogamento

- Nunca deixe a criança sozinha na banheira ou em bacia.
- Não deixe sua criança próxima a baldes, tanques, vasos, cacinhas, poços e piscinas. Mesmo pouca água pode causar afogamento.

Acidentes no transporte

- A criança nesta idade deve ser transportada no bebê-conforto ou no conversível (cadeira em forma de concha, levemente inclinada, colocada no banco de trás do carro, voltada para o vidro traseiro, conforme orientações do fabricante, segundo estabelece o Código de Trânsito Brasileiro).



Dos 6 Meses aos 2 Anos

Nesta faixa de idade, a criança começa a se locomover sozinha e está mais ativa e curiosa. Portanto, os cuidados devem ser reforçados. Para evitar acidentes, além das recomendações para a faixa etária anterior, devem ser observados os cuidados a seguir:

Quedas e ferimentos

- Coloque barreiras de proteção nas escadas e redes de proteção ou grades nas janelas.
- Certifique-se de que o tanque de lavar roupas e as pias (ou lavatórios) estejam bem fixos, para evitar que caíam e machuquem a criança, caso ela se pendure ou se apoie neles.

Envenenamento

- Mantenha produtos de limpeza (água sanitária, detergente) e medicamentos fora do alcance da criança. Coloque esses produtos em locais altos e, se possível, trancados.
- Não utilize embalagens de bebidas para colocar produtos de limpeza e inflamáveis contendo querosene.
- Evite o acesso da criança a produtos como venenos (contra ratos, formigas, moedas, moscos) e a produtos inflamáveis (álcool) e removedor de esmalte, por exemplo.

Queimaduras

- Restrinja o acesso da criança a cozinha.
- No fogão use as bocas de trás e deixe os cabos das panelas voltados para o centro.
- Fique atento ao ferro ligado, ao ferro de passar roupas e ao aquecedor.



- Coloque protetores nas tomadas.
- Evite fios elétricos soltos e ao alcance da criança.



Dos 2 aos 4 Anos

Nesta fase, a criança está mais independente, mas ainda não percebe as situações de perigo e os riscos de acidentes. Por isso, devem ser observados todos os cuidados recomendados para as faixas etárias anteriores e, também, os seguintes:

Acidentes com animais domésticos

- Não deixe seu filho se aproximar de cães e outros animais desconhecidos ou que estejam se alimentando ou com filhotes.

Queimaduras

- Não deixe seu filho brincar com fogo, fogueiras e fogos de artifício (bambinhas, produtos inflamáveis, fósforo etc.).
- Mantenha a criança longe do fogão, do aquecedor e do ferro elétrico.
- Os produtos inflamáveis (como álcool, querosene e fósforos) devem ficar totalmente fora do alcance das crianças.

ATENÇÃO!

Em casos de acidentes com materiais de limpeza, medicamentos e outras substâncias tóxicas, procure imediatamente um serviço de saúde, chame o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), no telefone 192, ou ligue para o Centro de Informação Toxicológica, pelo telefone (0800-780200).

Autosssegurança

- Quando sair de casa, segure seu filho pelo pulso para evitar que ele se solte e corra em direção às ruas e rodovias.
- Não permita que ele brinque em locais de circulação de veículos, como garagens e ruas próximas às ruas e rodovias.

Afogamentos

- Nunca deixe crianças sozinhas quando estiverem dentro ou próximas da água. Seja piscina, rio, lago, mar, balde, banheira, bacia ou outros. Elas devem sempre estar acompanhadas por um adulto atento o tempo todo, mesmo que elas saibam nadar.

Acidentes de trânsito

- No carro, a criança de 1 a 4 anos deve ser transportada em uma cadeira especial para crianças, com cintos de segurança de três pontos, que deve ser colocada no banco de trás, conforme a orientação do fabricante.
- Verifique se o transporte escolar segue as recomendações de segurança no trânsito.

IMPORTANTE!

Sempre mantenha o seu filho longe de armas de fogo.

Dos 4 aos 6 Anos

- Mantenha todos os cuidados recomendados para as faixas etárias anteriores e converse com seu filho, explicando-lhe sempre as situações de perigo.
- Mesmo que já esteja mais confiante e seja capaz de fazer muitas coisas, ele ainda precisa da supervisão de um adulto.
- A criança deve usar equipamentos de proteção ao andar de bicicleta, patins e skate.
- Escolha lugares seguros (parques, ciclovias e praças) para as brincadeiras.
- Ao andar na rua, cuide para que a criança sempre esteja do lado de dentro da calçada, protegida dos veículos pelo corpo do adulto.
- Nunca deixe a criança brincar em lajes, varandas e terraços que não tenham grades de proteção.
- No carro, a criança deve usar os assentos de elevação (boosters), com cinto de segurança de três pontos, no banco traseiro.

Dos 6 aos 9 Anos

- A partir dos 6 anos a criança já é quase independente, por isso aumenta a necessidade de proteção e supervisão de suas atividades fora de casa. Converse com seu filho, informe-o sobre os riscos a que ele está exposto no dia a dia e peça-lhe para prestar atenção quando estiver em uma situação que ofereça perigo.

Choques elétricos

- Não deixe seu filho soltar pipa, papagaio ou arrata em locais onde há fios elétricos. Há risco de choque de alta tensão.
- Também não lhe permita o uso de produtos para deixar mais quente a linha de pipa, pois isso pode ocasionar graves acidentes com ele próprio e com outras pessoas.

Acidentes de trânsito

- Após os 7 anos e meio, as crianças devem sentar-se no banco de trás, usando o cinto de segurança de três pontos.
- Somente crianças de mais de 10 anos podem sentar-se no banco da frente, sempre usando o cinto de segurança.



Triagens Neonatais

Triagens Neonatais

1. **Triagem neonatal**

a. Teste de urina vermelho - Teste do glóculo
 Deve ser realizado após a alta da maternidade
 () Não realizado () Realizado em: / /
 Oligúria: () Normal () Alterado
 Oligo Especto: () Normal () Alterado
 Observação/Exatidão: _____

b. Triagem de cardiopatia congênita crítica
 Oximetria de pulso - Teste de saturação
 Realizado na maternidade após 24h de vida
 () Não realizado () Realizado em: / /
 Resultado: () Normal () Alterado
 Observação/Exatidão: _____

c. Triagem auditiva - Teste da audição
 Deve ser realizada no nascimento entre 24 e 48h depois do nascimento e no máximo, dentro do 1º mês de vida
 () Não realizada () Realizado em: / /
 Teste: () Emissão Otidial Evocada
 () Potencial Evocado Auditivo de Tímpano Encefálico
 Orelha direita: () Normal () Alterado
 Orelha esquerda: () Normal () Alterado
 Condutor: _____

d. Triagem biológica - Teste do prembio
 Idealmente realizado entre o 3º e 5º dia
 () Não realizado () Realizado em: / /

Consulta da 1ª Semana

Consulta da 1ª Semana Data / /

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm

2. Alimentação/alimentação
 () Leite materno exclusivo (LME)
 () Leite materno e leite artificial (LM+LA)
 () Leite artificial (LA)
 Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

3. Situação de alerta
 Com sintoma infeccioso: () Não () Sim
 Irritável: () Não () Sim
 Diarreia/Vômitos: () Não () Sim
 Dificuldades para respirar (FR > 60 ou < 30): () Não () Sim
 Febre (>37,5°C): () Não () Sim
 Hipotermia (<36,5°C): () Não () Sim
 Convulsões ou movimentos anormais: () Não () Sim
 Ausculta cardíaca alterada/Cianose: () Não () Sim
 Outros: _____

4. Vacinas
 Hepatite B (ver quadro pág. 102)
 Hepatite B: () Não () Sim
 BCG: () Não () Sim

5. Desenvolvimento e laços de apego
 Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para acolher, tocar, olhar e conversar com o bebê.

A criança merece cuidado especial em caso de extrema pobreza, de reside em área de risco, ter deficiência, ser nascido com peso menor que 2.500g, ter nascido com menos de 37 semanas, ter sofrido anóxia grave, ter apresentado Apgar 1 menor que 7 no 5º minuto, ou por ser filho de mãe adolescente, usuário de drogas, ou deprimido, entre outros.

Consulta da 1º Mês

Consulta da 1º Mês Data / /

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm

2. Triagem neonatal - Evoluções

	Realizado		Resultado		Encaminhado	
	Não	Sim	Normal	Alterado	AR	CER SSA** SSE***
Peito						
Orelhas - Exame auditivo						
Oligúria - Reflexo olho vermelho						
Condição						

3. Alimentação/alimentação
 () Leite materno exclusivo
 () Leite materno e leite artificial
 () Leite artificial
 Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

4. Situação de alerta
 Secreção nasal: () Não () Sim
 Cólica/Engasgos: () Não () Sim
 Diarreia/Constipação: () Não () Sim
 Vômitos/Golofadas: () Não () Sim
 Dificuldades para respirar (FR > 60 ou < 30): () Não () Sim
 Febre (>37,5°C): () Não () Sim
 Hipotermia (<36,5°C): () Não () Sim
 Convulsões ou movimentos anormais: () Não () Sim
 Outros: _____

5. Exame ocular
 Abertura ocular normal: () Não () Sim
 Pupilas normais: () Não () Sim
 Estrabismo: () Não () Sim
 Segue com o olhar: () Não () Sim

6. Verificações importantes
 Vacinas de acordo com o calendário: () Não () Sim

7. Atenção e cuidados especiais nesta fase
 Tempo de sono em 24 horas: _____

8. Avaliar a presença dos marcos na pág. 79 e classificar pelo instrumento da pág. 78
 Adequado para idade: ()
 Alerta para o desenvolvimento: ()
 Provável atraso no desenvolvimento: ()
 Observações: _____

9. Laços de apego
 Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Investigar depressão materna. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para acolher e conversar com o bebê.

A criança merece cuidado especial em caso de extrema pobreza, de reside em área de risco, ter deficiência, ser nascido com peso menor que 2.500g, ter nascido com menos de 37 semanas, ter sofrido anóxia grave, ter apresentado Apgar 1 menor que 7 no 5º minuto, ou por ser filho de mãe adolescente, usuário de drogas, ou deprimido, entre outros.

Consulta do 2º Mês

Consulta do 2º Mês Data / /

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm

2. Alimentação/alimentação
 () Leite materno exclusivo
 () Leite materno e leite artificial
 () Leite artificial
 Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

3. Situação de alerta
 Secreção nasal: () Não () Sim
 Cólica/Engasgos: () Não () Sim
 Diarreia/Constipação: () Não () Sim
 Vômitos/Golofadas: () Não () Sim
 Dificuldades para respirar (FR > 60 ou < 30): () Não () Sim
 Febre (>37,5°C): () Não () Sim
 Hipotermia (<36,5°C): () Não () Sim
 Convulsões ou movimentos anormais: () Não () Sim
 Outros: _____

4. Exame ocular
 Glóbulos oculares de tamanho normal: () Não () Sim
 Pupilas normais: () Não () Sim
 Estrabismo: () Não () Sim
 Secreção ocular: () Não () Sim

5. Atenção e cuidados especiais nesta fase
 Posição no sono: _____
 Tempo de sono: _____
 Hora de posição durante o dia: _____
 Funcionamento do intestino e cólicas: _____
 Higiene e cuidados gerais: _____

6. Verificações importantes
 Vacinas de acordo com o calendário: () Não () Sim

7. Desenvolvimento e laços de apego
 Observação da interação mãe-filho: _____

8. Avaliar a presença dos marcos na pág. 79 e classificar pelo instrumento da pág. 78
 Adequado para idade: ()
 Alerta para o desenvolvimento: ()
 Provável atraso no desenvolvimento: ()
 Observações: _____

9. Laços de apego
 Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Apoiar os cuidadores na estimulação do bebê. Observar se a mãe aproveita o momento da mamada para acolher, tocar, olhar e conversar com o bebê.

Dependendo da saúde e das condições de vida, a criança pode precisar de mais consultas antes próximos meses. Fique atento aos sinais.

Consulta do 4º Mês

Consulta do 4º Mês Data / /

1. Medidas: PC*: _____ cm Peso*: _____ g Comprimento*: _____ cm

2. Alimentação/alimentação
 () Leite materno exclusivo
 () Leite materno e leite artificial
 () Leite artificial
 Dificuldade para amamentar? () Não () Sim

3. Situação de alerta
 Secreção nasal: () Não () Sim
 Cólica/Engasgos: () Não () Sim
 Diarreia/Constipação: () Não () Sim
 Vômitos/Golofadas: () Não () Sim
 Dificuldades para respirar (FR > 60 ou < 30): () Não () Sim
 Febre (>37,5°C): () Não () Sim
 Hipotermia (<36,5°C): () Não () Sim
 Convulsões ou movimentos anormais: () Não () Sim
 Outros: _____

4. Exame ocular
 Glóbulos oculares de tamanho normal: () Não () Sim
 Pupilas normais: () Não () Sim
 Estrabismo: () Não () Sim
 Secreção ocular: () Não () Sim

5. Desenvolvimento e laços de apego
 Observação da interação mãe-filho: _____

6. Verificações importantes
 Vacinas de acordo com o calendário: () Não () Sim

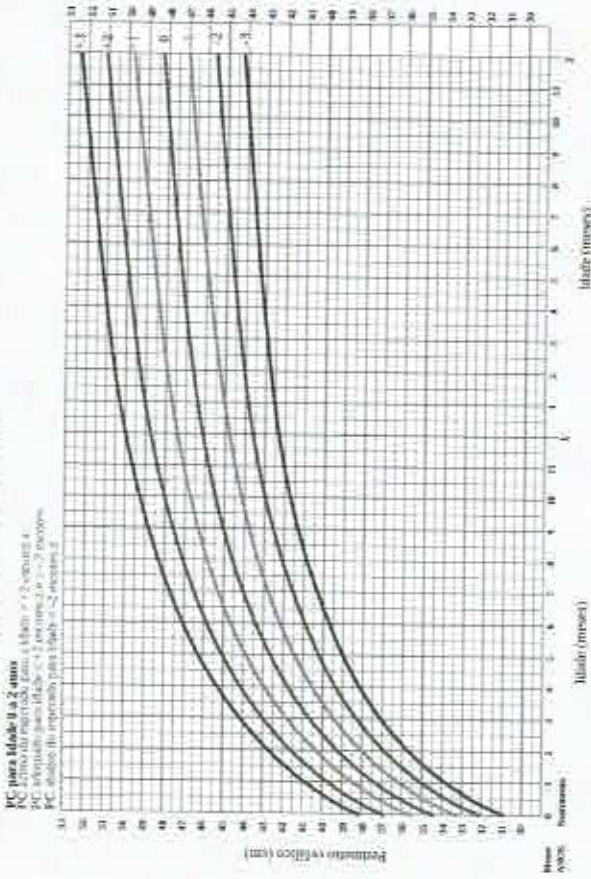
7. Atenção e cuidados especiais nesta fase
 Funcionamento do intestino: _____
 Higiene e cuidados gerais: _____
 Uso de sono diurno de rotina: _____

8. Avaliar a presença dos marcos na pág. 79 e classificar pelo instrumento da pág. 78
 Adequado para idade: ()
 Alerta para o desenvolvimento: ()
 Provável atraso no desenvolvimento: ()
 Observações: _____

9. Laços de apego
 Avaliar a rede de apoio materno, participação dos pais, atenção à reação do bebê. Apoiar os cuidadores na estimulação do bebê. Observar se os cuidadores aproveitam os momentos da alimentação e outros para acolher, tocar, olhar e conversar com o bebê. Estimular as brincadeiras, canções e leituras.

Dependendo da saúde e das condições de vida, a criança pode precisar de mais consultas antes próximos meses. Fique atento aos sinais.

Gráfico de Perímetro Cefálico para Idade de 0 a 2 Anos



P.M.O.
 Processo 124900/2021
 Rubrica *[assinatura]* Fls 1049

Gráfico de Peso para idade de 0 a 2 Anos

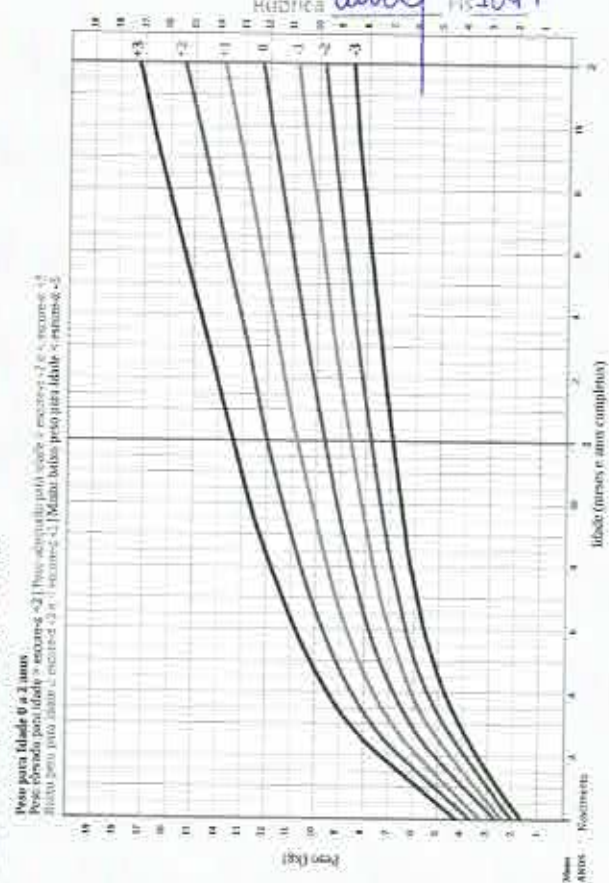


Gráfico de Comprimento para Idade de 0 a 2 Anos

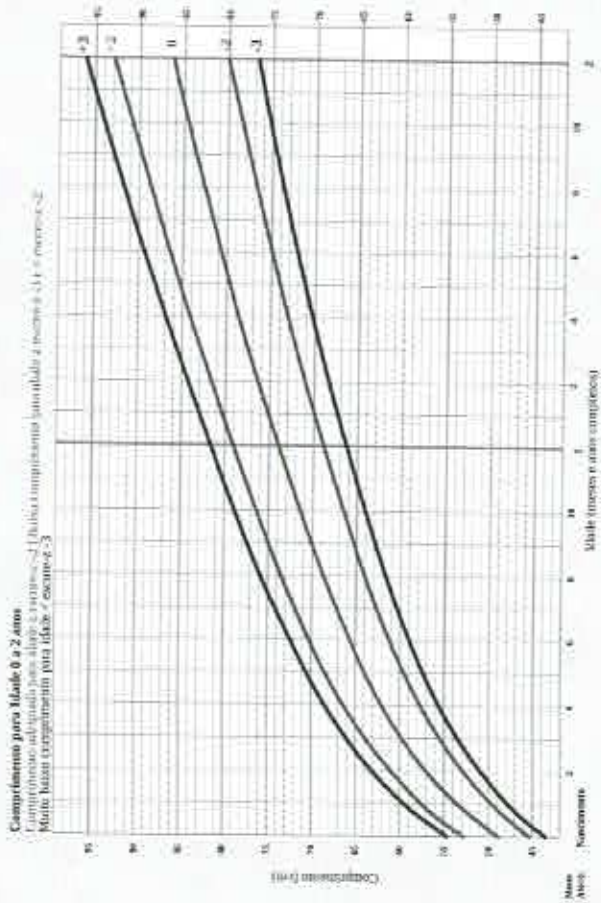


Gráfico de IMC para Idade de 0 a 2 Anos

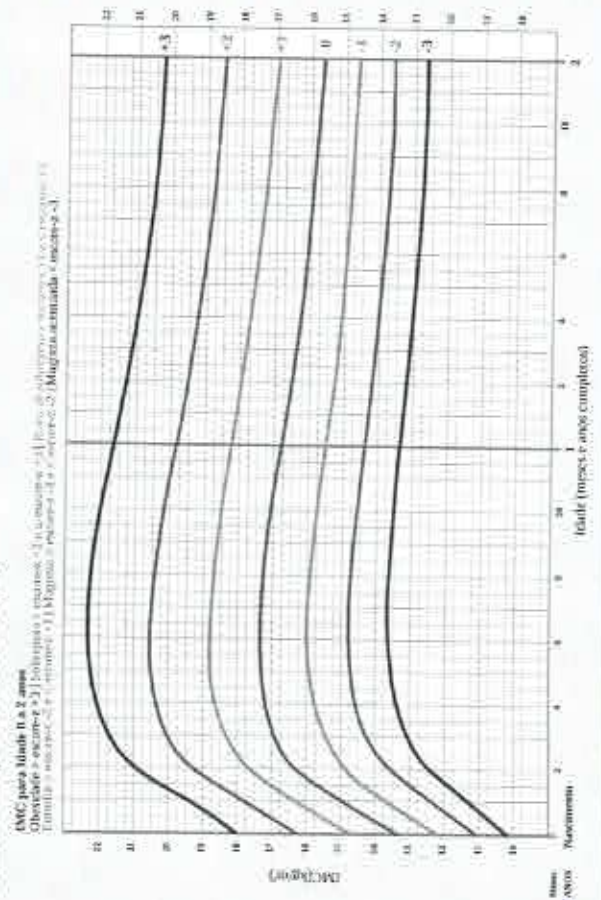


Gráfico de IMC para idade de 2 a 5 Anos

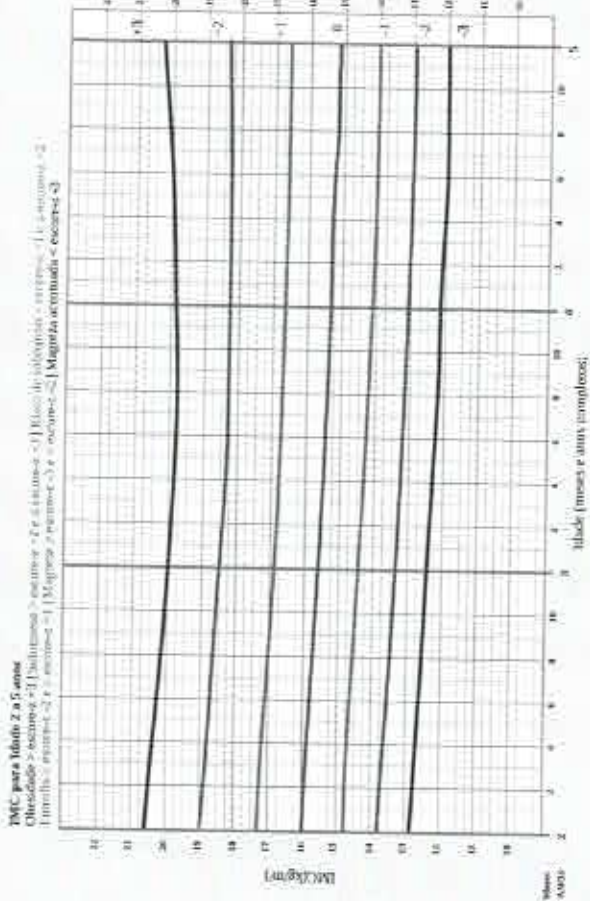


Gráfico de Peso para idade de 2 a 5 Anos

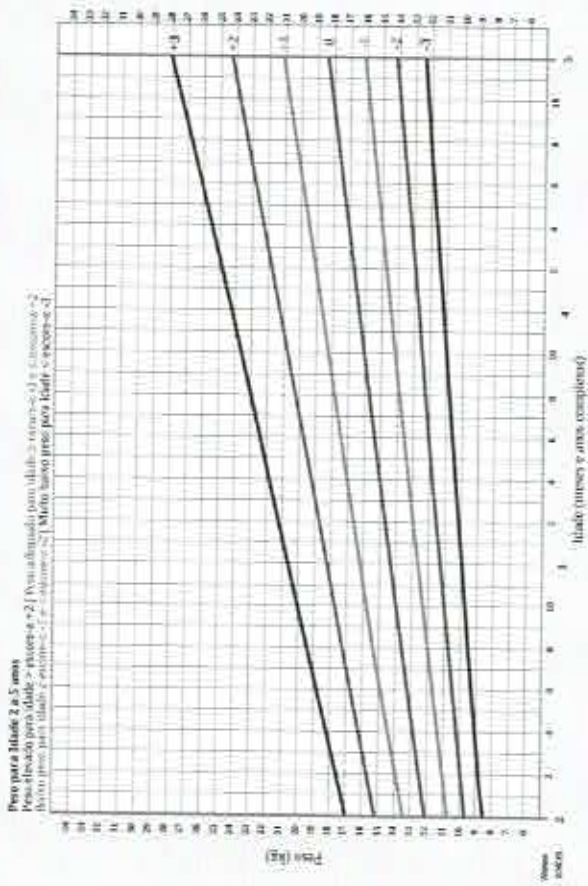
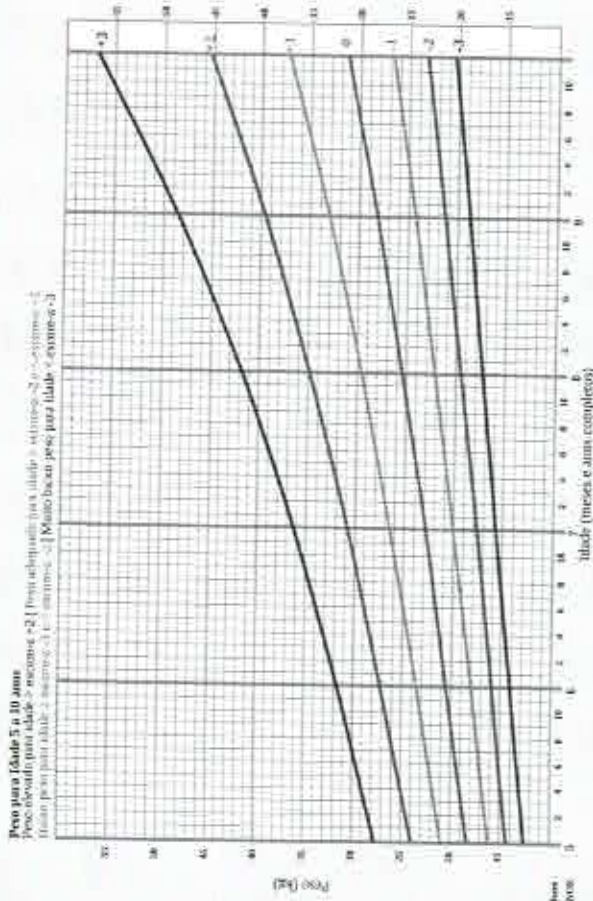


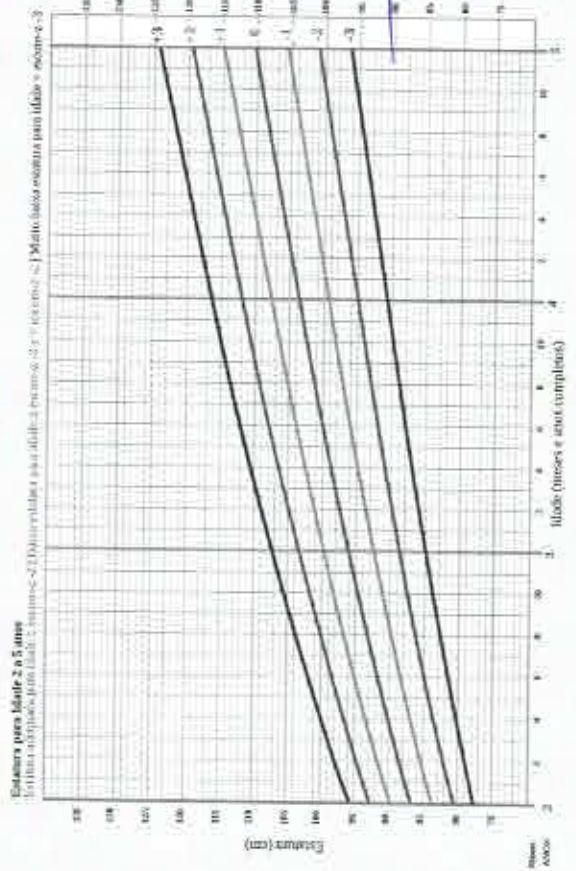
Gráfico de Peso para idade de 5 a 10 Anos



C.P.L visto

Processo 149.00/2021
Rubrica 1050

Gráfico de Estatura para idade de 2 a 5 Anos



Processo ^{P.M.O.} 14900/2021
Rubrica unif Fls. 056



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**COMPROVANTE DE VACINAÇÃO
CONTRA CORONAVIRUS**

Município: Quissamã
Unidade de Saúde: _____
Nome: _____
Nome da Mãe: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: ____
CPF/CARTÃO SUS: _____

Data Aplicação ____/____/____ Lote: _____
Laboratório: _____ Val.Frasco: ____/____/____
1ª Dose

Assinatura do vacinador

Data Aplicação ____/____/____ Lote: _____
Laboratório: _____ Val.Frasco: ____/____/____
2ª Dose

Assinatura do vacinador

C.P.L
visto



Observação: Tamanho: 13,5 x 20 em

Logo da P.O.
com inclusão

Processo P.M.O. 14900/2021
Rubrica *unf* Fl. 1057

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS:

- Dieta líquida e pastosa fria nos 4 primeiros dias (sorvete, iogurte, gelatina, sucos, sopa, mingau etc) nos 5 primeiros dias
- Não cuspi e Não fazer bochechos
- Não se expor a fonte de calor
- Não sugar alimentos em cartudos
- Permaneça em repouso e Evite falar muito
- Dormir com a cabeceira mais alta que o corpo nos 3 primeiros dias
- Fazer compressa de gelo na região operada (10 min a cada 1 hora no primeiro dia)
- Não morder o lábio e bochecha durante o efeito anestésico
- Não se exercitar e Não carregar pesos
- Não abaixar a cabeça e Não assoviar
- Higienizar os dentes com cautelas nas regiões operadas com escovas de dentes com cerdas macias, o restantes dos dentes a escovação é normal
- Não mexer na ferida ou pontos
- Manter gazes comprimindo a região operada por aproximadamente 15 minutos logo após a cirurgia
- **ALGUMAS SITUAÇÕES QUE PODE SER ACOMETIDAS:**
- Edemas locais (aumento de volume inchaço)
- Hematoma locais (aumento de volume, de aspecto avermelhado ou roxo)
- Sangramentos de formas controladas e em poucas quantidades
- Dormências temporárias de lábios ou língua seguidas por alguns dias após a cirurgia
- Fio de sutura afrouxar após alguns dia e Dores na região operada

C.F.L.
visto



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Secretaria Municipal de Saúde

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CLÍNICA MÉDICA

Processo: P.M.O. 14900/2011
Rubrica: *unif* Fls. 1059

DATA: _____ HORA: _____

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ LEITO: _____

DIAGNÓSTICO INTERNAÇÃO: _____

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA NÍVEL DE CONSCIÊNCIA LÚCIDO ORIENTADO DESORIENTADO ACORDADO TORPOROSO AGITADO AGRESSIVO COMATOSO RESPOSTA VERBAL CLARA ADEQUADA INADEQUADA AFÁSICA DISARTRIA DISLALIA SEM RESPOSTA RESPOSTA MOTORA OBEDECE AOS COMANDOS LOCALIZA A DOR FLEXÃO NORMAL FLEXÃO ANORMAL DESCORTICAÇÃO DESCEREBRAÇÃO NENHUMA PUPILAS FOTORREAGENTES SIM NÃO ISOCÓRICAS ANISOCÓRICAS MIÓTICAS MIDRIÁTICAS EXAME FÍSICO CORADO HIPOCORADO HIDRATADO DESIDRATADO ICTÉRICO		AVALIAÇÃO CARDÍACA <table border="1"> <tr> <th>FREQUÊNCIA</th> <th>RITMO</th> </tr> <tr> <td>REGULAR</td> <td>SINUSAL</td> </tr> <tr> <td>IRREGULAR</td> <td>ARRÍTMICO</td> </tr> <tr> <td>TAQUICARDICO</td> <td>EXTRASSISTOLE</td> </tr> <tr> <td>BRADICARDICO</td> <td>OUTROS</td> </tr> </table> AVALIAÇÃO PULMONAR <table border="1"> <tr> <th>PADRÃO RESPIRATÓRIO</th> <th>APNEICO</th> </tr> <tr> <td>EUPNEICO</td> <td>KUJMAUL</td> </tr> <tr> <td>DISPNEICO</td> <td>CHRYNE-STOKES</td> </tr> <tr> <td>TAQUIPNEICO</td> <td>BIGOT</td> </tr> <tr> <td>TAQUIDISPNEICO</td> <td></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th colspan="5">AUSCULTA PULMONAR</th> <th>SEGREGAÇÃO</th> </tr> <tr> <th>AUSENTE</th> <th>A</th> <th>B</th> <th>D</th> <th>E</th> <th>PRESENTE</th> </tr> <tr> <td>DIMINUIDO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>AUSENTE</td> </tr> <tr> <td>MVLIA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <th>ASPECTO</th> </tr> <tr> <td>SIBILOS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>FLUIDA</td> </tr> <tr> <td>RONCOS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ESPESSA</td> </tr> <tr> <td>ESTERTORES</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>CLARA</td> </tr> <tr> <td>ATRITO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>PURULENTO</td> </tr> <tr> <td>PLEURAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>SANGUINOLENTO</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th colspan="3">DISPOSITIVOS</th> </tr> <tr> <td>AR AMBIENT</td> <td>CATETER</td> <td>TOT</td> </tr> <tr> <td>MACRO</td> <td>TOT</td> <td>VNI/VM</td> </tr> </table> AVALIAÇÃO PELE E MUCOSA <table border="1"> <tr> <th colspan="3">ASPECTO</th> </tr> <tr> <td>HIDRATADA</td> <td>CIANOTICA</td> <td>ICTÉRICA</td> </tr> <tr> <td>DESIDRATADA</td> <td>NORMOCORADA</td> <td>PÚSTULA</td> </tr> <tr> <td>DESCAMATIVA</td> <td>HIPOCORADA</td> <td>HEMATOMA</td> </tr> <tr> <td>ESCORIAÇÃO</td> <td>PETÉQUIAS</td> <td>CIABOSE</td> </tr> </table> <p>ESCALA VISUAL ANALÓGICA - E www.eletrotarapia.com.br</p>		FREQUÊNCIA	RITMO	REGULAR	SINUSAL	IRREGULAR	ARRÍTMICO	TAQUICARDICO	EXTRASSISTOLE	BRADICARDICO	OUTROS	PADRÃO RESPIRATÓRIO	APNEICO	EUPNEICO	KUJMAUL	DISPNEICO	CHRYNE-STOKES	TAQUIPNEICO	BIGOT	TAQUIDISPNEICO		AUSCULTA PULMONAR					SEGREGAÇÃO	AUSENTE	A	B	D	E	PRESENTE	DIMINUIDO					AUSENTE	MVLIA					ASPECTO	SIBILOS					FLUIDA	RONCOS					ESPESSA	ESTERTORES					CLARA	ATRITO					PURULENTO	PLEURAL					SANGUINOLENTO	DISPOSITIVOS			AR AMBIENT	CATETER	TOT	MACRO	TOT	VNI/VM	ASPECTO			HIDRATADA	CIANOTICA	ICTÉRICA	DESIDRATADA	NORMOCORADA	PÚSTULA	DESCAMATIVA	HIPOCORADA	HEMATOMA	ESCORIAÇÃO	PETÉQUIAS	CIABOSE	PRECAUÇÕES PROLAÇÃO CONTATO GOTICULAS AEROSOL RASTREAMENTO AVALIAÇÃO ABDOMINAL <table border="1"> <tr> <th>ABDÔMEN</th> </tr> <tr> <td>PLANO</td> </tr> <tr> <td>GLOBOSO</td> </tr> <tr> <td>ESCAVADO</td> </tr> <tr> <th>PALPAÇÃO</th> </tr> <tr> <td>TENSO</td> </tr> <tr> <td>DOLOROSO</td> </tr> <tr> <td>DISTENDIDO</td> </tr> <tr> <td>ASCÍTICO</td> </tr> <tr> <td>FLÁCIDO</td> </tr> <tr> <td>INDOLGR</td> </tr> <tr> <th>PERISTALTE</th> </tr> <tr> <td>PRESENTE</td> </tr> <tr> <td>AUSENTE</td> </tr> <tr> <td>DIMINUIDA</td> </tr> <tr> <td>AUMENTADA</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th>DIETA</th> </tr> <tr> <td>ORAL</td> </tr> <tr> <td>ENTERAL</td> </tr> <tr> <td>PARENTERAL (NPT)</td> </tr> <tr> <td>VAZÃO</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th>ACEITAÇÃO</th> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> </tr> <tr> <td>PARCIAL</td> </tr> <tr> <td>ZERO</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th>SONDA</th> </tr> <tr> <td>CNE</td> </tr> <tr> <td>COE</td> </tr> <tr> <td>SNG</td> </tr> <tr> <td>SIFONAGEN</td> </tr> <tr> <td>OUTROS</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th>DIR. ESQ.</th> <th>DRENOS</th> </tr> <tr> <td></td> <td>TÓRAX</td> </tr> <tr> <td></td> <td>MEDIAST</td> </tr> <tr> <td></td> <td>HIPOCONDRIO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>FLANCO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>OUTROS</td> </tr> </table>		ABDÔMEN	PLANO	GLOBOSO	ESCAVADO	PALPAÇÃO	TENSO	DOLOROSO	DISTENDIDO	ASCÍTICO	FLÁCIDO	INDOLGR	PERISTALTE	PRESENTE	AUSENTE	DIMINUIDA	AUMENTADA	DIETA	ORAL	ENTERAL	PARENTERAL (NPT)	VAZÃO	ACEITAÇÃO	TOTAL	PARCIAL	ZERO	SONDA	CNE	COE	SNG	SIFONAGEN	OUTROS	DIR. ESQ.	DRENOS		TÓRAX		MEDIAST		HIPOCONDRIO		FLANCO		OUTROS	AVALIAÇÃO DE FERIDAS <table border="1"> <tr> <th>TIPO DE FERIDAS</th> </tr> <tr> <td>ÚLCERA DE PRESSÃO</td> </tr> <tr> <td>CIRÚRGICA</td> </tr> <tr> <td>QUEIMADURA</td> </tr> <tr> <td>TRAUMÁTICA</td> </tr> <tr> <td>NEUROPÁTICA</td> </tr> <tr> <td>ÚLCERA ARTERIAL</td> </tr> <tr> <td>ÚLCERA VENOSA</td> </tr> <tr> <td>ÚLCERA DIABÉTICA</td> </tr> <tr> <td>SKIN TEARS</td> </tr> <tr> <td>DAI</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th>EXUDATO DE FERIDA</th> </tr> <tr> <td>SEROSO</td> </tr> <tr> <td>PURULENTO</td> </tr> <tr> <td>SANGUINOLENTO</td> </tr> <tr> <td>ESVERDEADO</td> </tr> <tr> <td>ACHOCOLATADO</td> </tr> <tr> <td>AMARELO</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th>QUANTIDADE</th> </tr> <tr> <td>GRANDE QUANT</td> </tr> <tr> <td>MEDIA QUANT</td> </tr> <tr> <td>PEQUENA QUANT</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th>ODOR</th> </tr> <tr> <td>ODOR CARACTERIST</td> </tr> <tr> <td>ODOR PÉTIDO</td> </tr> <tr> <td>ODOR PÚTRIDO</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th>CARACTERÍSTICA</th> </tr> <tr> <td>LIMPA</td> </tr> <tr> <td>INFECTADA</td> </tr> <tr> <td>NECRÓTICA</td> </tr> <tr> <td>FIBRINOSA</td> </tr> <tr> <td>GRANULOSA</td> </tr> <tr> <td>EPITELIZADA</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th>CLASSIFICAÇÃO</th> </tr> <tr> <td>ESTÁGIO I</td> </tr> <tr> <td>ESTÁGIO II</td> </tr> <tr> <td>ESTÁGIO III</td> </tr> <tr> <td>ESTÁGIO IV</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th>PELE CIRCUDANTE</th> </tr> <tr> <td>ÍNTGRA</td> </tr> <tr> <td>MACERADA</td> </tr> <tr> <td>INFLAMADA</td> </tr> <tr> <td>ENDURECIDA</td> </tr> <tr> <td>ESCORIAÇÕES</td> </tr> <tr> <td>LACERADA</td> </tr> <tr> <td>EQUIMOSE</td> </tr> </table>		TIPO DE FERIDAS	ÚLCERA DE PRESSÃO	CIRÚRGICA	QUEIMADURA	TRAUMÁTICA	NEUROPÁTICA	ÚLCERA ARTERIAL	ÚLCERA VENOSA	ÚLCERA DIABÉTICA	SKIN TEARS	DAI	EXUDATO DE FERIDA	SEROSO	PURULENTO	SANGUINOLENTO	ESVERDEADO	ACHOCOLATADO	AMARELO	QUANTIDADE	GRANDE QUANT	MEDIA QUANT	PEQUENA QUANT	ODOR	ODOR CARACTERIST	ODOR PÉTIDO	ODOR PÚTRIDO	CARACTERÍSTICA	LIMPA	INFECTADA	NECRÓTICA	FIBRINOSA	GRANULOSA	EPITELIZADA	CLASSIFICAÇÃO	ESTÁGIO I	ESTÁGIO II	ESTÁGIO III	ESTÁGIO IV	PELE CIRCUDANTE	ÍNTGRA	MACERADA	INFLAMADA	ENDURECIDA	ESCORIAÇÕES	LACERADA	EQUIMOSE
FREQUÊNCIA	RITMO																																																																																																																																																																																																	
REGULAR	SINUSAL																																																																																																																																																																																																	
IRREGULAR	ARRÍTMICO																																																																																																																																																																																																	
TAQUICARDICO	EXTRASSISTOLE																																																																																																																																																																																																	
BRADICARDICO	OUTROS																																																																																																																																																																																																	
PADRÃO RESPIRATÓRIO	APNEICO																																																																																																																																																																																																	
EUPNEICO	KUJMAUL																																																																																																																																																																																																	
DISPNEICO	CHRYNE-STOKES																																																																																																																																																																																																	
TAQUIPNEICO	BIGOT																																																																																																																																																																																																	
TAQUIDISPNEICO																																																																																																																																																																																																		
AUSCULTA PULMONAR					SEGREGAÇÃO																																																																																																																																																																																													
AUSENTE	A	B	D	E	PRESENTE																																																																																																																																																																																													
DIMINUIDO					AUSENTE																																																																																																																																																																																													
MVLIA					ASPECTO																																																																																																																																																																																													
SIBILOS					FLUIDA																																																																																																																																																																																													
RONCOS					ESPESSA																																																																																																																																																																																													
ESTERTORES					CLARA																																																																																																																																																																																													
ATRITO					PURULENTO																																																																																																																																																																																													
PLEURAL					SANGUINOLENTO																																																																																																																																																																																													
DISPOSITIVOS																																																																																																																																																																																																		
AR AMBIENT	CATETER	TOT																																																																																																																																																																																																
MACRO	TOT	VNI/VM																																																																																																																																																																																																
ASPECTO																																																																																																																																																																																																		
HIDRATADA	CIANOTICA	ICTÉRICA																																																																																																																																																																																																
DESIDRATADA	NORMOCORADA	PÚSTULA																																																																																																																																																																																																
DESCAMATIVA	HIPOCORADA	HEMATOMA																																																																																																																																																																																																
ESCORIAÇÃO	PETÉQUIAS	CIABOSE																																																																																																																																																																																																
ABDÔMEN																																																																																																																																																																																																		
PLANO																																																																																																																																																																																																		
GLOBOSO																																																																																																																																																																																																		
ESCAVADO																																																																																																																																																																																																		
PALPAÇÃO																																																																																																																																																																																																		
TENSO																																																																																																																																																																																																		
DOLOROSO																																																																																																																																																																																																		
DISTENDIDO																																																																																																																																																																																																		
ASCÍTICO																																																																																																																																																																																																		
FLÁCIDO																																																																																																																																																																																																		
INDOLGR																																																																																																																																																																																																		
PERISTALTE																																																																																																																																																																																																		
PRESENTE																																																																																																																																																																																																		
AUSENTE																																																																																																																																																																																																		
DIMINUIDA																																																																																																																																																																																																		
AUMENTADA																																																																																																																																																																																																		
DIETA																																																																																																																																																																																																		
ORAL																																																																																																																																																																																																		
ENTERAL																																																																																																																																																																																																		
PARENTERAL (NPT)																																																																																																																																																																																																		
VAZÃO																																																																																																																																																																																																		
ACEITAÇÃO																																																																																																																																																																																																		
TOTAL																																																																																																																																																																																																		
PARCIAL																																																																																																																																																																																																		
ZERO																																																																																																																																																																																																		
SONDA																																																																																																																																																																																																		
CNE																																																																																																																																																																																																		
COE																																																																																																																																																																																																		
SNG																																																																																																																																																																																																		
SIFONAGEN																																																																																																																																																																																																		
OUTROS																																																																																																																																																																																																		
DIR. ESQ.	DRENOS																																																																																																																																																																																																	
	TÓRAX																																																																																																																																																																																																	
	MEDIAST																																																																																																																																																																																																	
	HIPOCONDRIO																																																																																																																																																																																																	
	FLANCO																																																																																																																																																																																																	
	OUTROS																																																																																																																																																																																																	
TIPO DE FERIDAS																																																																																																																																																																																																		
ÚLCERA DE PRESSÃO																																																																																																																																																																																																		
CIRÚRGICA																																																																																																																																																																																																		
QUEIMADURA																																																																																																																																																																																																		
TRAUMÁTICA																																																																																																																																																																																																		
NEUROPÁTICA																																																																																																																																																																																																		
ÚLCERA ARTERIAL																																																																																																																																																																																																		
ÚLCERA VENOSA																																																																																																																																																																																																		
ÚLCERA DIABÉTICA																																																																																																																																																																																																		
SKIN TEARS																																																																																																																																																																																																		
DAI																																																																																																																																																																																																		
EXUDATO DE FERIDA																																																																																																																																																																																																		
SEROSO																																																																																																																																																																																																		
PURULENTO																																																																																																																																																																																																		
SANGUINOLENTO																																																																																																																																																																																																		
ESVERDEADO																																																																																																																																																																																																		
ACHOCOLATADO																																																																																																																																																																																																		
AMARELO																																																																																																																																																																																																		
QUANTIDADE																																																																																																																																																																																																		
GRANDE QUANT																																																																																																																																																																																																		
MEDIA QUANT																																																																																																																																																																																																		
PEQUENA QUANT																																																																																																																																																																																																		
ODOR																																																																																																																																																																																																		
ODOR CARACTERIST																																																																																																																																																																																																		
ODOR PÉTIDO																																																																																																																																																																																																		
ODOR PÚTRIDO																																																																																																																																																																																																		
CARACTERÍSTICA																																																																																																																																																																																																		
LIMPA																																																																																																																																																																																																		
INFECTADA																																																																																																																																																																																																		
NECRÓTICA																																																																																																																																																																																																		
FIBRINOSA																																																																																																																																																																																																		
GRANULOSA																																																																																																																																																																																																		
EPITELIZADA																																																																																																																																																																																																		
CLASSIFICAÇÃO																																																																																																																																																																																																		
ESTÁGIO I																																																																																																																																																																																																		
ESTÁGIO II																																																																																																																																																																																																		
ESTÁGIO III																																																																																																																																																																																																		
ESTÁGIO IV																																																																																																																																																																																																		
PELE CIRCUDANTE																																																																																																																																																																																																		
ÍNTGRA																																																																																																																																																																																																		
MACERADA																																																																																																																																																																																																		
INFLAMADA																																																																																																																																																																																																		
ENDURECIDA																																																																																																																																																																																																		
ESCORIAÇÕES																																																																																																																																																																																																		
LACERADA																																																																																																																																																																																																		
EQUIMOSE																																																																																																																																																																																																		



Prefeitura Municipal de Quissamã

Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Municipal de Saúde
EVOLUÇÃO ENFERMEIRO UTI

P.M.G.
Processo 14900/2021
Rubrica *[assinatura]* Fls 1061

DATA: ____/____/____ HORA: ____

NOME: _____

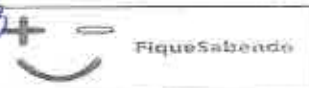
DATA DE NASCIMENTO: _____ LEITO: _____

DIAGNÓSTICO INTERNAÇÃO: _____

<p>AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA</p> <p>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA</p> <p>LÚCIDO</p> <p>ORIENTADO</p> <p>DESORIENTADO</p> <p>ACORDADO</p> <p>TORPOROSO</p> <p>AGITADO</p> <p>AGRESSIVO</p> <p>COMATOSO</p> <p>RESPOSTA VERBAL</p> <p>CLARA</p> <p>ADEQUADA</p> <p>INADEQUADA</p> <p>AFÁSICA</p> <p>DISARTRIA</p> <p>DISLALIA</p> <p>SEM RESPOSTA</p> <p>RESPOSTA MOTORA</p> <p>OBEDECE AOS COMANDOS</p> <p>LOCALIZA A DOR</p> <p>FLEXÃO NORMAL</p> <p>FLEXÃO ANORMAL</p> <p>DESCORTICAÇÃO</p> <p>DESCEREBRAÇÃO</p> <p>NENHUMA</p> <p>PUPILAS</p> <p>FOTORREAGENTES</p> <p>SIM NÃO</p> <p>ISOCÓRICAS</p> <p>ANISOCÓRICAS</p> <p>MIÓTICAS</p> <p>MIDRIÁTICAS</p> <p>EXAME FÍSICO</p> <p>CORADO</p> <p>HIPOCORADO</p> <p>HIDRATADO</p> <p>DESIDRATADO</p> <p>ICTÉRICO</p>	<p>AVALIAÇÃO CARDÍACA</p> <table border="1"> <tr> <th>FREQUÊNCIA</th> <th>RITMO</th> </tr> <tr> <td>REGULAR</td> <td>SINUSAL</td> </tr> <tr> <td>IRREGULAR</td> <td>ARRITMICO</td> </tr> <tr> <td>TAQUICARDICO</td> <td>EXTRASSISTOLE</td> </tr> <tr> <td>BRADICARDICO</td> <td>OUTROS</td> </tr> </table> <p>AVALIAÇÃO PULMONAR</p> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">PADRÃO RESPIRATÓRIO</th> </tr> <tr> <td>EUPNEICO</td> <td>APNEICO</td> </tr> <tr> <td>DISPNEICO</td> <td>KUSMAUL</td> </tr> <tr> <td>TAQUIPNEICO</td> <td>CHEYNE-STOKES</td> </tr> <tr> <td>TAQUIDISPNEICO</td> <td>BIOUT</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">AUSCULTA PULMONAR</th> <th>SECREÇÃO</th> </tr> <tr> <td>AUSENTE</td> <td>A B D E</td> <td>PRESENTE</td> </tr> <tr> <td>DIMINUIDO</td> <td></td> <td>AUSENTE</td> </tr> <tr> <td>MVUA</td> <td></td> <th>ASPECTO</th> </tr> <tr> <td>SIBILOS</td> <td></td> <td>FLUIDA</td> </tr> <tr> <td>RONCOS</td> <td></td> <td>ESPESSA</td> </tr> <tr> <td>ESTERTORES</td> <td></td> <td>CLARA</td> </tr> <tr> <td>ATRITO PLEURAL</td> <td></td> <td>PURULENTO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>SANGUINOLENTO</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th colspan="3">DISPOSITIVOS</th> </tr> <tr> <td>AR</td> <td>CATETER</td> <td>TQT</td> </tr> <tr> <td>AMBIENT</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MACRO</td> <td>TOT</td> <td>VNI/ VM</td> </tr> </table> <p>AVALIAÇÃO PELE E MUCOSA</p> <table border="1"> <tr> <th colspan="3">ASPECTO</th> </tr> <tr> <td>HIDRATADA</td> <td>CIANÓTICA</td> <td>ICTERICA</td> </tr> <tr> <td>DESIDRATADA</td> <td>NORMOCORADA</td> <td>PUSTULA</td> </tr> <tr> <td>DESCAMATIVA</td> <td>HIPOCORADA</td> <td>HEMATOMA</td> </tr> <tr> <td>ESCORIAÇÃO</td> <td>PETÉQUIAS</td> <td>CIANOSE</td> </tr> </table> <div style="text-align: center;"> <p>ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA</p> <p>www.eletroterapia.com.br</p> </div>	FREQUÊNCIA	RITMO	REGULAR	SINUSAL	IRREGULAR	ARRITMICO	TAQUICARDICO	EXTRASSISTOLE	BRADICARDICO	OUTROS	PADRÃO RESPIRATÓRIO		EUPNEICO	APNEICO	DISPNEICO	KUSMAUL	TAQUIPNEICO	CHEYNE-STOKES	TAQUIDISPNEICO	BIOUT	AUSCULTA PULMONAR		SECREÇÃO	AUSENTE	A B D E	PRESENTE	DIMINUIDO		AUSENTE	MVUA		ASPECTO	SIBILOS		FLUIDA	RONCOS		ESPESSA	ESTERTORES		CLARA	ATRITO PLEURAL		PURULENTO			SANGUINOLENTO	DISPOSITIVOS			AR	CATETER	TQT	AMBIENT			MACRO	TOT	VNI/ VM	ASPECTO			HIDRATADA	CIANÓTICA	ICTERICA	DESIDRATADA	NORMOCORADA	PUSTULA	DESCAMATIVA	HIPOCORADA	HEMATOMA	ESCORIAÇÃO	PETÉQUIAS	CIANOSE	<p>PRECAUÇÕES</p> <table border="1"> <tr> <th>PADRÃO</th> </tr> <tr> <td>CONTATO</td> </tr> <tr> <td>GOTÍCULAS</td> </tr> <tr> <td>AEROSSOL</td> </tr> <tr> <td>RASTREAMENTO</td> </tr> </table> <p>AVALIAÇÃO ABDOMINAL</p> <table border="1"> <tr> <th>ABDOMEM</th> </tr> <tr> <td>PLANO</td> </tr> <tr> <td>GLOBOSO</td> </tr> <tr> <td>ESCAVADO</td> </tr> <tr> <th>PALPAÇÃO</th> </tr> <tr> <td>TENSO</td> </tr> <tr> <td>DOLOROSO</td> </tr> <tr> <td>DISTENDIDO</td> </tr> <tr> <td>ASCÍTICO</td> </tr> <tr> <td>FLÁCIDO</td> </tr> <tr> <td>INDOLOR</td> </tr> <tr> <th>PERISTALSE</th> </tr> <tr> <td>PRESENTE</td> </tr> <tr> <td>AUSENTE</td> </tr> <tr> <td>DIMINUÍDA</td> </tr> <tr> <td>AUMENTADA</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th>DIETA</th> </tr> <tr> <td>ORAL</td> </tr> <tr> <td>ENTERAL</td> </tr> <tr> <td>PARENTERAL (NPT)</td> </tr> <tr> <td>VASÃO</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th>ACEITAÇÃO</th> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> </tr> <tr> <td>PARCIAL</td> </tr> <tr> <td>ZERO</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th>SONDA</th> </tr> <tr> <td>C N E</td> </tr> <tr> <td>C O E</td> </tr> <tr> <td>S N G</td> </tr> <tr> <td>SIFONAGEN</td> </tr> <tr> <td>OUTROS</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th>DIR ESQ</th> <th>DRENOS</th> </tr> <tr> <td></td> <td>TORAX</td> </tr> <tr> <td></td> <td>MEDIAST</td> </tr> <tr> <td></td> <td>HIPOCONDRIO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>FLANCO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>OUTROS</td> </tr> </table>	PADRÃO	CONTATO	GOTÍCULAS	AEROSSOL	RASTREAMENTO	ABDOMEM	PLANO	GLOBOSO	ESCAVADO	PALPAÇÃO	TENSO	DOLOROSO	DISTENDIDO	ASCÍTICO	FLÁCIDO	INDOLOR	PERISTALSE	PRESENTE	AUSENTE	DIMINUÍDA	AUMENTADA	DIETA	ORAL	ENTERAL	PARENTERAL (NPT)	VASÃO	ACEITAÇÃO	TOTAL	PARCIAL	ZERO	SONDA	C N E	C O E	S N G	SIFONAGEN	OUTROS	DIR ESQ	DRENOS		TORAX		MEDIAST		HIPOCONDRIO		FLANCO		OUTROS	<p>AVALIAÇÃO DE FERIDAS</p> <table border="1"> <tr> <th>TIPO DE FERIDAS</th> </tr> <tr> <td>ÚLCERA DE PRESSÃO</td> </tr> <tr> <td>CIRURGICA</td> </tr> <tr> <td>QUEIMADURA</td> </tr> <tr> <td>TRAUMÁTICA</td> </tr> <tr> <td>NEUROPÁTICA</td> </tr> <tr> <td>ÚLCERA ARTERIAL</td> </tr> <tr> <td>ÚLCERA VENOSA</td> </tr> <tr> <td>ÚLCERA DIABÉTICA</td> </tr> <tr> <td>SKIN TEARS* - D A I</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th>EXSUDATO DE FERIDA</th> </tr> <tr> <td>SEROSO</td> </tr> <tr> <td>PURULENTO</td> </tr> <tr> <td>SANGUINOLENTO</td> </tr> <tr> <td>ESVERDEADO</td> </tr> <tr> <td>ACHOCOLATADO</td> </tr> <tr> <td>AMARELO</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th>QUANTIDADE</th> </tr> <tr> <td>GRANDE QUANT</td> </tr> <tr> <td>MEDIA QUANT</td> </tr> <tr> <td>PEQUENA QUANT</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th>ODOR</th> </tr> <tr> <td>ODOR CARACTERIST</td> </tr> <tr> <td>ODOR FETIDO</td> </tr> <tr> <td>ODOR PÚTRIDO</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th>CARACTERÍSTICA</th> </tr> <tr> <td>LIMPA</td> </tr> <tr> <td>INFECTADA</td> </tr> <tr> <td>NECRÓTICA</td> </tr> <tr> <td>FIBRINOSA</td> </tr> <tr> <td>GRANULOSA</td> </tr> <tr> <td>EPITELIZADA</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th>CLASSIFICAÇÃO</th> </tr> <tr> <td>ESTÁGIO I</td> </tr> <tr> <td>ESTÁGIO II</td> </tr> <tr> <td>ESTÁGIO III</td> </tr> <tr> <td>ESTÁGIO IV</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th>PELE CIRCUNDANTE</th> </tr> <tr> <td>INTEGRA</td> </tr> <tr> <td>MACERADA</td> </tr> <tr> <td>INFLAMADA</td> </tr> <tr> <td>ENDURECIDA</td> </tr> <tr> <td>ESCORIAÇÕES</td> </tr> <tr> <td>LACERADA</td> </tr> <tr> <td>EQUIMOSE</td> </tr> </table>	TIPO DE FERIDAS	ÚLCERA DE PRESSÃO	CIRURGICA	QUEIMADURA	TRAUMÁTICA	NEUROPÁTICA	ÚLCERA ARTERIAL	ÚLCERA VENOSA	ÚLCERA DIABÉTICA	SKIN TEARS* - D A I	EXSUDATO DE FERIDA	SEROSO	PURULENTO	SANGUINOLENTO	ESVERDEADO	ACHOCOLATADO	AMARELO	QUANTIDADE	GRANDE QUANT	MEDIA QUANT	PEQUENA QUANT	ODOR	ODOR CARACTERIST	ODOR FETIDO	ODOR PÚTRIDO	CARACTERÍSTICA	LIMPA	INFECTADA	NECRÓTICA	FIBRINOSA	GRANULOSA	EPITELIZADA	CLASSIFICAÇÃO	ESTÁGIO I	ESTÁGIO II	ESTÁGIO III	ESTÁGIO IV	PELE CIRCUNDANTE	INTEGRA	MACERADA	INFLAMADA	ENDURECIDA	ESCORIAÇÕES	LACERADA	EQUIMOSE
FREQUÊNCIA	RITMO																																																																																																																																																																									
REGULAR	SINUSAL																																																																																																																																																																									
IRREGULAR	ARRITMICO																																																																																																																																																																									
TAQUICARDICO	EXTRASSISTOLE																																																																																																																																																																									
BRADICARDICO	OUTROS																																																																																																																																																																									
PADRÃO RESPIRATÓRIO																																																																																																																																																																										
EUPNEICO	APNEICO																																																																																																																																																																									
DISPNEICO	KUSMAUL																																																																																																																																																																									
TAQUIPNEICO	CHEYNE-STOKES																																																																																																																																																																									
TAQUIDISPNEICO	BIOUT																																																																																																																																																																									
AUSCULTA PULMONAR		SECREÇÃO																																																																																																																																																																								
AUSENTE	A B D E	PRESENTE																																																																																																																																																																								
DIMINUIDO		AUSENTE																																																																																																																																																																								
MVUA		ASPECTO																																																																																																																																																																								
SIBILOS		FLUIDA																																																																																																																																																																								
RONCOS		ESPESSA																																																																																																																																																																								
ESTERTORES		CLARA																																																																																																																																																																								
ATRITO PLEURAL		PURULENTO																																																																																																																																																																								
		SANGUINOLENTO																																																																																																																																																																								
DISPOSITIVOS																																																																																																																																																																										
AR	CATETER	TQT																																																																																																																																																																								
AMBIENT																																																																																																																																																																										
MACRO	TOT	VNI/ VM																																																																																																																																																																								
ASPECTO																																																																																																																																																																										
HIDRATADA	CIANÓTICA	ICTERICA																																																																																																																																																																								
DESIDRATADA	NORMOCORADA	PUSTULA																																																																																																																																																																								
DESCAMATIVA	HIPOCORADA	HEMATOMA																																																																																																																																																																								
ESCORIAÇÃO	PETÉQUIAS	CIANOSE																																																																																																																																																																								
PADRÃO																																																																																																																																																																										
CONTATO																																																																																																																																																																										
GOTÍCULAS																																																																																																																																																																										
AEROSSOL																																																																																																																																																																										
RASTREAMENTO																																																																																																																																																																										
ABDOMEM																																																																																																																																																																										
PLANO																																																																																																																																																																										
GLOBOSO																																																																																																																																																																										
ESCAVADO																																																																																																																																																																										
PALPAÇÃO																																																																																																																																																																										
TENSO																																																																																																																																																																										
DOLOROSO																																																																																																																																																																										
DISTENDIDO																																																																																																																																																																										
ASCÍTICO																																																																																																																																																																										
FLÁCIDO																																																																																																																																																																										
INDOLOR																																																																																																																																																																										
PERISTALSE																																																																																																																																																																										
PRESENTE																																																																																																																																																																										
AUSENTE																																																																																																																																																																										
DIMINUÍDA																																																																																																																																																																										
AUMENTADA																																																																																																																																																																										
DIETA																																																																																																																																																																										
ORAL																																																																																																																																																																										
ENTERAL																																																																																																																																																																										
PARENTERAL (NPT)																																																																																																																																																																										
VASÃO																																																																																																																																																																										
ACEITAÇÃO																																																																																																																																																																										
TOTAL																																																																																																																																																																										
PARCIAL																																																																																																																																																																										
ZERO																																																																																																																																																																										
SONDA																																																																																																																																																																										
C N E																																																																																																																																																																										
C O E																																																																																																																																																																										
S N G																																																																																																																																																																										
SIFONAGEN																																																																																																																																																																										
OUTROS																																																																																																																																																																										
DIR ESQ	DRENOS																																																																																																																																																																									
	TORAX																																																																																																																																																																									
	MEDIAST																																																																																																																																																																									
	HIPOCONDRIO																																																																																																																																																																									
	FLANCO																																																																																																																																																																									
	OUTROS																																																																																																																																																																									
TIPO DE FERIDAS																																																																																																																																																																										
ÚLCERA DE PRESSÃO																																																																																																																																																																										
CIRURGICA																																																																																																																																																																										
QUEIMADURA																																																																																																																																																																										
TRAUMÁTICA																																																																																																																																																																										
NEUROPÁTICA																																																																																																																																																																										
ÚLCERA ARTERIAL																																																																																																																																																																										
ÚLCERA VENOSA																																																																																																																																																																										
ÚLCERA DIABÉTICA																																																																																																																																																																										
SKIN TEARS* - D A I																																																																																																																																																																										
EXSUDATO DE FERIDA																																																																																																																																																																										
SEROSO																																																																																																																																																																										
PURULENTO																																																																																																																																																																										
SANGUINOLENTO																																																																																																																																																																										
ESVERDEADO																																																																																																																																																																										
ACHOCOLATADO																																																																																																																																																																										
AMARELO																																																																																																																																																																										
QUANTIDADE																																																																																																																																																																										
GRANDE QUANT																																																																																																																																																																										
MEDIA QUANT																																																																																																																																																																										
PEQUENA QUANT																																																																																																																																																																										
ODOR																																																																																																																																																																										
ODOR CARACTERIST																																																																																																																																																																										
ODOR FETIDO																																																																																																																																																																										
ODOR PÚTRIDO																																																																																																																																																																										
CARACTERÍSTICA																																																																																																																																																																										
LIMPA																																																																																																																																																																										
INFECTADA																																																																																																																																																																										
NECRÓTICA																																																																																																																																																																										
FIBRINOSA																																																																																																																																																																										
GRANULOSA																																																																																																																																																																										
EPITELIZADA																																																																																																																																																																										
CLASSIFICAÇÃO																																																																																																																																																																										
ESTÁGIO I																																																																																																																																																																										
ESTÁGIO II																																																																																																																																																																										
ESTÁGIO III																																																																																																																																																																										
ESTÁGIO IV																																																																																																																																																																										
PELE CIRCUNDANTE																																																																																																																																																																										
INTEGRA																																																																																																																																																																										
MACERADA																																																																																																																																																																										
INFLAMADA																																																																																																																																																																										
ENDURECIDA																																																																																																																																																																										
ESCORIAÇÕES																																																																																																																																																																										
LACERADA																																																																																																																																																																										
EQUIMOSE																																																																																																																																																																										



FICHA DE ATENDIMENTO



1. Data: ___/___/___

2. Nome da Unidade: _____ 3. Nome profissional/rubrica: _____

4. Identificação do usuário - Nome social: _____

5. Nome: _____

6. Nome da mãe: _____

7. Sexo: Masculino Feminino 8. Travesti 9. Transexual 10. Gestante: Sim Não

11. Raça/Cor (auto-referida): Branca Preta Parda Amarela Indígena

12. Data de nascimento: ___/___/___ 13. Idade: _____

Local de residência _____ 14. Município: _____ [se estrangeiro]

15. Bairro: _____ 16. Estado: _____ 17. País: _____

Abordagem Consentida

18. Permite contato: Sim Não

19. Tipo de contato: Telefone Correo e-mail
 Visita Outro, qual: _____

20. Se permite visita ou por correo coletar endereço: _____

21. Se permite telefone: Nº _____
 Apenas com o (a) próprio (a) e/ou Falar com: _____

22. Assinatura do usuário: _____

23. Situação Conjugal: Casado(a)/uniao estavel Viúvo(a)
 Separado(a) Não informado Solteiro(a)

24. Escolaridade (anos concluídos): Nenhuma de 8 a 11
 de 1 a 3 12 ou mais
 de 4 a 7 Ignorado

25. É a primeira vez que faz um teste anti-HIV na vida? Sim Não

26. Como ficou sabendo do serviço/campanha?
 Material de divulgação Banco de Sangue Serviço/Prof de Saúde
 Amigos/Usuários Jomais/rádio/TV Serviço de informação telefônica
 Escola Outra, qual: _____

27. Tipo de parceria(s) sex. (ult. 12 m): Não teve relações sexuais
 Só homens Só mulheres Homens e Mulheres
 Travestis/Transexuais Não informado

28. Nº de parceiros sexuais nos últimos 12 meses:
 Nenhum 1 2 3 a 5 6 a 10
 11 a 20 21 a 50 51 a 100 + de 100 Não informado

29. Tipo de exposição: Relação sexual sem camisinha Transm/ Materno-infantil
 Uso de droga injetável (UDI) Hemofílico/Transfusão
 Uso de outras drogas (UD) Não possui risco
 Outros, quais: _____

30. Recorte Populacional: Usuario de Drogas
 Usuario de Drogas INJETAVEIS
 Profissional do sexo Homem que faz sexo com homem
 Parceiro(a) de portador(a) do HIV Outro: _____

31. Teve alguma DST nos últ. 12 meses? Sim Não

32. Uso de Drogas na vida: Bebe ou já bebeu álcool com frequencia
 Usa ou usou drogas injetáveis (na veia)
 Nunca usou Usa ou usou outras drogas (cocaína, crack, ecstasy, etc)
 Tem ou teve parceiro(a) que usou drogas injetáveis

33. Uso de camisinha nas relações com parceiro(a) fixo(a):
 Nunca Sempre Às vezes Não tem parceiro(a) fixo(a)

34. Uso de camisinha nas relações com parceiro(a) eventual:
 Nunca Sempre Às vezes Não tem parceiro(a) eventual:

35. Exame a) HIV Conv TRU(a) Reag/e NÃO reag/e Discor. Indet. Já sabia? Sim Não NI

36. Resultado _____ 37. Já sabia? _____

39. Nome da unidade e município para onde portador foi encaminhado _____

C.P.L visto



Programa Hiperdia

Ficha de Cadastro Paciente Diabético Insulino Dependente

Dados Pessoais

Nome _____

Nº de Família _____ ESF: _____

CPF: _____ Data de Nascimento: _____

Sexo () Masculino () Feminino

Endereço: _____

Telefone: _____

Tem HAS? () Sim () Não

Tipo de Diabetes _____

Quantidade de Insulina _____

Marque Com X:

Renovação () Sim () Não Início de Tratamento () Sim () Não Data: ____/____/____

Solicitação:

() Aparelho de Glicemia

() Fitas Quantidade _____

() Lancetas Quantidade _____

() Agulhas Quantidade _____

() Canela Regular

() Caneta NPH

() Lanthus

Informações Clínicas:

- Exames dos pés () Normal () Alterado () Não realizado

- Acompanhamento Nutricional () Sim () Não Data agendada: _____

- Acompanhamento com Endocrinologista: () Sim () Não Data agendada: _____

Casos Especiais:

1. _____

2. _____

Profissional Responsável



Prefeitura Municipal de Quissamã
Secretaria Municipal de Saúde - SUS
Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus

Processo P.M.O. 14900/2021
Rubrica *[assinatura]* Fls. 1065

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - OBSTETRÍCIA

Prontuário nº	Setor	Médico (s)

Nome do Paciente	Data	Hora	Enf nº	Leito nº

AIH nº	CPF	Identidade	Órgão Expedidor

Sexo: M F Cor: _____ Data de Nasc.: ____/____/____ Idade: _____

Est. Civil: _____ Profissão: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____

Tel. Residencial: (____) _____ Celular: (____) _____

Responsável: _____

CPF: _____ RG: _____ Órgão Expedidor: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____

Tel. Residencial: (____) _____ Celular: (____) _____

Assinatura: _____

Observações: _____

ALTA

Data: ____/____/____ Decisão Médica À Revelia Óbito

Transferido para: _____

Observações: _____

C.P.L
visto

P.M.O.
Processo 14900/2021
Rubrica mmf Ps 1066

Nome: _____ Idade: _____

Data: ____/____/____ Horário: _____ horas

PA: ____ X ____ mmHg Pulso: _____ bpm Temperatura: _____ °C

D.U.M: ____/____/____ D.U.M: (US) ____/____/____

I.G: ____ sem ____ dias I.G(US): ____ sem ____ dias E.U: ____ cm

G: _____ P: _____ (PN: _____ Des: _____ NM: _____) A: _____

Tipo Sanguíneo: _____ Fator Rh: _____ D.U: _____ Coombs Indireto: _____

F.C.F: _____ bcf/min MAF: _____

História Progressiva: _____

Complicações no Pré-natal: _____

Queixas: _____

Exame Obstétrico: _____

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Procedimento: _____

Data: ____/____/____ Duração: ____ hs ____ min

Técnica Operatória: _____

Cirurgião: _____ Auxiliar: _____

Tipo de Anestesia: _____ Anestesiista: _____

Saída: _____

Data: ____/____/____ Horário: _____ Estado da Saída: _____

V.D.R.L: _____ Tipo Sanguíneo: _____ Fator Rh: _____ DU: _____

Imunização Anti-Rh Sim Não

C.F.L
visto

P.M.O. 14900/2021
Processo
Rubrica *unf* Fis 1067

FICHA DE SEGUIMENTO AMBULATORIAL

Controle de acidente Biológico
do profissional: *Nome do Profissional:*

Endereço: *Endereço:* Telefone:

Fonte: *Paciente* Fonte: Data Acidente: / /

ARV: () Sim () Não Notificado: () Sim () Não

Vacina para Hepatite B:	1ª dose: / /	IGHAHB: () Sim () Não
	2ª dose: / /	
	3ª dose: / /	

Controle das consultas após acidente

Consulta enfermeira	1ª semana: / /
Consulta Médica *	2ª semana se em uso de ARV: / /
Consulta enfermeira	1º mês: / /
Consulta enfermeira	3 meses: / /
Consulta enfermeira	6 meses: / /
Consulta Médica	Alta: / /

BS
solicitar: creatinina / ureia / TGP / TGO / amilase / glicemia / hemograma completo
mês: solicitar anti HCV / anti-HIV e hepatite B (avaliar os resultados anteriores)

C.P.L
visto

|



República Federativa do Brasil – Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura de Quissamã
Rua Conde de Araruama, 425 – Centro
CEP 28.735-00 – Quissamã

Coordenação de Saúde Bucal

P.M.O. | 2021
Processo 14900/2021
Rubrica *[assinatura]* Fls 1068

FICHA DO PACIENTE

1- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Idade: _____

Nº de Prontuário: _____ Data de Nasc: ____/____/____ Sexo: _____ Tel: _____

2- INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Está tomando algum medicamento? | Sim | Não. Quais? _____

Tem algum tipo de alergia? | Sim | Não | Não Sei. Qual? _____

Sua pressão é: | Normal | Alta | Baixa | Controlada com medicamento

Tem ou teve algum problema de coração? | Sim | Não

Sente falta de ar com frequência? | Sim | Não

Tem diabetes? | Sim | Não | Não Sei

Quando se corta há um sangramento | Normal | Excessivo

Sua cicatrização é: | Normal | Complicada

Já fez alguma cirurgia? | Sim | Não

Gestante? | Sim | Não | Não Sei (Semanas: _____)

Problemas de saúde : _____

Já teve alguma reação com anestesia dental? | Sim | Não Qual? _____

Quissamã, ____ de _____ de 20__

Paciente ou responsável

C.P.L.
visto
|



FICHA PERMANENTE DO ENFERMEIRO /UTI HMMM

Processo 124900/2021
Rubrica *[Signature]* Fls 107

NOME:

DN:

IDADE:

DIAGNOSTICO INICIAL:

/ LEITO:

DATA:									
DIAS DE INTERNAÇÃO UTI									
DISPOSITIVOS INVASIVOS									
SNE									
SNG									
UTI									
TCO									
CPAP									
CPERIFERICO -									
CPROFUNDO									
CVD -									
HV; ML/H									
DRENO									
DRENAGEM									
CONTROLE DAS INFUSÕES									
AMINA; ML/H									
AMINA; ML/H									
AMINA; ML/H									
SEDACÃO									
SEDACÃO									
ATB; TEMPO									
ATB; TEMPO									
ATB; TEMPO									
DIETA VASAO									
RESÍDUO GÁSTRICO									
DATA ÚLTIMA EVACUAÇÃO									
ESCALA BRADEN									
ESCALA EVA									
RISCO DE QUEDA									
TIPO DE PRECAUÇÃO									
DIURESE DAS 24 HORAS									
CONTROLE DE BALANÇO HÍDRICO									
FEZ FEBRE									
ESCAPE GLICÊMICO TOTAL									
BH DAS 24 HORAS									
BH ACUMULADO									
OUTROS									
IMPORTANTE									
EXAMES REALIZADOS									
EXAMES PENDENTES									
EXAMES AGENDADOS									
DATA / HORA									
CULTURAS:									

C.P.L
visto



Processo

PM.03 14900/2021

Rubrica

um fls. 1071

FICHA PERMANENTE DO ENFERMEIRO UTI COVID

NOME: _____ DN: / / IDADE:

DIAGNOSTICO INICIAL: _____ / LEITO:

DATA:									
DIAS DE INTERNAÇÃO									
SNE ___/___									
SNG ___/___									
GTT ___/___									
TOT ___/___									
TQT ___/___									
C. HD ___/___									
C. PAM ___/___									
C.PERIFERICO ___/___									
C.PROFUNDO ___/___									
CVD ___/___									
HV; ML/H									
DRENO ___/___									
DRENAGEM									
AMINA; ML/H									
AMINA; ML/H									
AMINA; ML/H									
SEDAÇÃO; ML/H									
SEDAÇÃO; ML/H									
ATB: TEMPO									
ATB: TEMPO									
ATB: TEMPO									
DIETA VASÃO									
RESÍDUO GÁSTRICO									
DATA DA ÚLTIMA EVACUAÇÃO									
ESCALA BRADEN									
ESCALA BPS									
RISCO DE QUEDA									
TIPO DE PRECAUÇÃO									
OUTROS:									
FEZ FEBRE									
ESCAPE GLICÊMICO TOTAL									
BH DAS 24 HORAS									
BH ACUMULADO									
OUTROS									
EXAMES REALIZADOS									
EXAMES PENDENTES									
EXAMES AGENDADOS									
DATA / HORA									
CULTURAS:									

C.P.L
visto

1



ESTÁBULO DO MAO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUISSAMBÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

FICHA ÚNICA

Maternidade - Tipo 5

Quarto

Leito

C.P.I. visto

DATA	ANOTAÇÕES <small>(Escreva a partir da margem esquerda e diariamente especifique a medicação)</small>	HORA
	1. Dieta zero	
	2. Cefalotina 1g IV 6/6h	
	3. Sulfato de Magnésio 10%: 40ml + 100ml SG 5% IV, em BIC, 420 ml/h (MANUTENÇÃO)	
	4. Sulfato de Magnésio 10% 20 ampolas + 300 ml SG 5% IV, em BIC, 50 ml/h (MANUTENÇÃO)	
	5. SRL 1000 ml IV + 10 UI Octocina em cada 500 ml soro	
	6. Dipirona 1 ampola dil. IV 6/6h	
	7. Tenoxicam 20 mg IV 12/12h	
	8. Bromoprida 1 amp IV 8/8h (SOS) se náusea ou vômitos	
	9. Prometazina 1 amp. IM 8/8h (SOS) -- se prurido	
	10. Anotar diurese (avisar se < 25 ml/h)	
	11. Hidralazina 1 amp + 19 ml AD. Fazer 5 ml IV A critério médico (se PA > 160 X 110 mmHg)	
	12. CLORETO de Cálcio 10%. Deixar 1 ampola aspirada a beira do leito. (ACM)	
	13. Sinais Vitais 6/6h	



P.M.O. Processo 14900/2021
Rubrica *[Signature]* Fls 1077

FOLHA DE PARECER

PACIENTE: _____ SETOR: _____ LEITO: _____

ESPECIALIDADE: _____

HISTORIA RESUMIDA: _____

DATA: ____/____/____ HORA: _____ ASSINATURA E CARIMBO

PARECER: _____

DATA: ____/____/____ HORA: _____ ASSINATURA E CARIMBO

C.P.L
visto

|



Prefeitura Municipal de Quissamã
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Municipal Mariana Marta de Jesus

Processo ^{P.M.Q.} 14900/2021
Rubrica *[assinatura]* Fil. 1079

FORMULÁRIO PARA UTILIZAÇÃO DE MISOPROSTOL

Nome da Paciente : -----

Idade : ----- Data: -----/-----/----- Hora: -----

Histórico da Paciente :

- | | | |
|------------------------------------|---|------------------------------|
| • Cesárea anterior ? | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| • Cirurgia uterina prévia ? | <input checked="" type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| • Paciente asmática ? | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| • Uso concomitante com ocitocina ? | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| • Placenta prévia ? | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |

Período Gestacional :

- 1º Trimestre -----semanas
 2º Trimestre -----semanas
 3º Trimestre -----semanas

Indicação Clínica :

- Indução aborto legal;
 Amolecimento cervical antes de aborto cirúrgico (curetagem);
 Esvaziamento uterino por morte embrionária ou fetal;
 Indução do trabalho de parto maturação de colo uterino;
 Tratar e prevenir hemorragia pós-parto;

Dose a ser utilizada :

- 25mg 100mg 200mg

Posologia : -----

Assinatura e Carimbo do Médico

C.P.L.
visto



Processo 14900/2011
 Rubrica mmf R\$ 1090
 República Federativa do Brasil – Estado do Rio de Janeiro
 Prefeitura de Quissamã
 Rua Conde de Araruama, 425 – Centro
 Secretaria Municipal de Saúde



Fique Sabendo

PROGRAMA IST/HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS

LAUDO

Nome: _____

Sexo: () M () F () outros: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos.

Resultados:

• **HIV:**

Teste 1: marca do produto: _____ Lote: _____ Validade: ____/____/____

Resultado: _____

Teste 2: marca do produto: _____ Lote: _____ Validade: ____/____/____

Resultado: _____

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO: _____

OBS: Conforme Portaria SVS/MS nº 151, 14 de outubro de 2009

- 1) A detecção de anticorpos anti-HIV em crianças com idade inferior a dezoito meses não caracteriza infecção devido à transferência dos anticorpos maternos anti-HIV através da placenta, sendo necessária a realização de outros testes complementares para a confirmação do diagnóstico.
- 2) Amostra com resultado Não Reagente no teste Rápido 1 (TR1), havendo suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada dias após a data da coleta anterior.
- 3) Amostra com resultado Reagente no TR1, deverá ser submetida ao teste rápido 2 (TR2).

• **HbsAg (Hepatite B) – Teste triagem:**

Marca: _____ Lote: _____ Validade: ____/____/____

Resultado: _____

• **HCV (Hepatite C) - Teste triagem:**

Marca: _____ Lote: _____ Validade: ____/____/____

Resultado: _____

• **Sífilis - Teste triagem:**

Marca: _____ Lote: _____ Validade: ____/____/____

Resultado: _____

Recebi o resultado e fui orientado, principalmente, quando ao período de “JANELA IMUNOLÓGICA”.

Ass. do paciente: _____

Ass. do profissional: _____

Data: ____/____/____

Obs.: _____

C.P. visto



Estado do Rio de Janeiro

Prefeitura Municipal de Quissamã

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Processo ^{P.M.O.} 14900/2011
Rubrica mm Fis. 1002

Mapa de Visitas efetuadas pelos Fiscais de Saúde Pública

No dia _____ de _____ de _____

Nº	Nome da Firma ou Responsável	Rua e Nº	Ramo	Assinatura (Atendido)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Fiscal de Saúde Pública - Mat. nº _____

Chefe da Seção de Fiscalização Sanitária

C.P.L.
visto



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**CORONAVÍRUS
COVID-19**

MONITORAMENTO DE ACOMPANHANTE

Nome do acompanhante: _____

Paciente: _____ Setor: _____ Data da internação: ____/____/____

Município de residência: _____ Telefone: _____

Condição de Saúde: () DOENÇA CARDÍACA () HIPERTENSÃO () DIABETES () DÇ. PULMONAR () DÇ. RENAL

() IDOSO () GESTANTE () OBESIDADE

Processo ^{PMQ} 14900/2021
Rubrica *[assinatura]* 1082

DATA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
CORIZA/ESPIRROS/TOSSE															
CEFALEIA															
DOR DE GARGANTA															
FEBRE (AFERIÇÃO) >= 37,5°C															
SpO2%															
DISPNEIA															
ANOSMIA/ AGEUSIA															
MIALGIA															
APTO															
ENFERMEIRO															

Conduta: Se sintomas positivos – Encaminhar para o CTR e solicitar que o mesmo não permaneça de acompanhante.

Se sintomas negativos – liberar o mesmo para acompanhamento hospitalar com as devidas orientações:

*É autorizada a permanência de 01 (um) acompanhante para pacientes acima de 60 anos, pacientes portadores de necessidades especiais, pacientes mulheres no pré-parto, parto e pós-parto (o acompanhante deverá residir no mesmo domicílio), pacientes menores de 18 anos (o acompanhante deve ser o pai, a mãe ou o responsável pelo mesmo);

*O acompanhante preferencialmente, deverá ter idade entre 18 e 59 anos.

*Os acompanhantes deverão cumprir o Decreto Municipal Nº 2838/2020, que torna OBRIGATORIO a utilização de máscaras. A máscara deve ser utilizada durante toda a permanência no hospital corretamente. Se máscara de tecido, realizar troca a cada 2 horas.

*Todos os acompanhantes devem realizar a higiene das mãos antes de tocar o paciente, leito e equipamentos próximos ao leito e após contato com o paciente e equipamentos das proximidades do paciente;

* Em hipótese alguma deve-se visitar pacientes em outros leitos, acompanhe somente o seu familiar e evite circular pelas dependências do hospital;

* Não será permitido acompanhantes para os pacientes com Síndrome Gripal ou suspeita de COVID-19.

C.R.L.
visto



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

91
**CORONAVÍRUS
COVID-19**

MONITORAMENTO DE ACOMPANHANTE

Nome do acompanhante: _____
Paciente: _____ Setor: _____ Data da internação: / /
Município de residência: _____ Telefone: _____
Condição de Saúde: () DOENÇA CARDÍACA () HIPERTENSÃO () DIABETES () DÇ. PULMONAR () DÇ. RENAL
() IDOSO () GESTANTE () OBESIDADE

DIAS		
1	11	21
2	12	22
3	13	23
4	14	24
5	15	25
6	16	26
7	17	27
8	18	28
9	19	29
10	20	30



43
P.M.Q.
Processo: 34900/2021
Rubrica: *[assinatura]* Fls. 095

PENDÊNCIAS DE EXAMES

NOME DO PACIENTE:	
EXAME REALIZADO:	
EXAME PENDENTE:	
EXAME AGENDADO:	
DATA:	
HORA:	
FEZ CULTURA? QUAL?	

EXAME REALIZADO:	
EXAME PENDENTE:	
EXAME AGENDADO:	
DATA:	
HORA:	
FEZ CULTURA? QUAL?	

EXAME REALIZADO:	
EXAME PENDENTE:	
EXAME AGENDADO:	
DATA:	
HORA:	
FEZ CULTURA? QUAL?	

EXAME REALIZADO:	
EXAME PENDENTE:	
EXAME AGENDADO:	
DATA:	
HORA:	
FEZ CULTURA? QUAL?	

C.P.L.
visto

[assinatura]

FRENTE

PMO
 Processo 14900/2021
 Rubrica UNF Fis 1006

Área Técnica de Alimentação e Nutrição e CAF

PROGRAMA DE FÓRMULAS ESPECIAIS

NOME: _____

Data Nascimento: _____ Idade _____

Responsável: _____

Suplemento: _____

É obrigatório a apresentação deste documento, com o peso e altura atualizado na USF mensalmente, para a retirada do produto.

Observações: em papel cartão

Medida:
 10 cm de largura
 12 cm de comprimento

VERSO

ATAN e CAF				
Data	Peso	Altura	USF <small>Assinatura</small>	CAF <small>Assinatura</small>

OBS: A cada 6 meses deverá ser feita renovação da solicitação, seguindo o Protocolo do Programa.

C.P.L
 visto



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS



Atenção: Letra Legível - Confira o Art. 39 do Código de Ética Médica.

RECEITUÁRIO

- (1) Cefalexina 500mg 20 cp
tomar 01 comprimido via oral de 6/6 h por 5 dias
- (2) Buscopam composto 20 cp
tomar 01 comprimido via oral de 6/6 h por 5 dias
- (3) Dimeticona 40 mg 20 cp
tomar 01 comprimido via oral de 6/6 h por 5 dias
- (4) Sulfato Ferroso 40 mg 60 cp
tomar 01 comprimido via oral 1h antes do almoço e jantar
- (5) Alcool 70% 100 ml
aplicar na ferida operatória, após higiene, por 7 dias
- (6) Ambulatório de Puerpério (pós parto) 7 dias e 30 dias

C.P.L
visto

9



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS



Atenção: Letra Legível - Cumpra o Art. 36 do Código de Ética Médica

RECEITUÁRIO

- (1) Buscopam composto20cp
Tomar 01 comprimidos via oral de 6/6 h por 5 dias

- (2) Sulfato Ferroso 40mg60cp
Tomar 01 comprimido via oral 1h antes do almoço e jantar

- (3) Andolba Spray01vdr
Aplicar no períneo 3x/dia, após higiene, por 7 dias

- (4) Ambulatório de Puerpério (pós parto) 7 dias e 30 dias

f

UF CNES da Unidade de Saúde N.º Protocolo (n.º gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde

Município Proibido

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*

Nome Completo da Mulher* Processo ^{P.M.Q.} 14900 / 2021

Nome Completo da Mãe* Rubrica mm Fls. 1091

CPF Apellido da Mulher 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: Analfabeto Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame* Recrutamento Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau) Seguimento (para diagnóstico colposcopia / 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 cirúrgica) 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*

C.P.L. visto

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

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 ao transporte
- Causas alheias ao laboratório; especificar: _____
- Outras causas, especificar: _____

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:

- Escamoso
- Glandular
- Metaplásico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*

- Satisfatória
- Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:
 - Material celular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
 - Sangue em mais de 75% do esfregaço
 - Pláctos em mais de 75% do esfregaço
 - Artifacts de dessecação 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: _____

P.M.O. 14900 / 2021
 Processo: _____
 Rubrica: *eufr* Fls 1092

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?

- Sim Não

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

- Inflamação
- Metaplasia escamosa imatura
- Reparação
- Atrófia 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)
- Outras bactérias: _____
- 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: _____

C.P.L
visto



REQUISIÇÃO

1. Nº Requisição:		2. Unidade de Saúde (ou outra fonte):		3. CNES:	
4. Município de Atendimento:				6. UF:	
7. CNS Prof. de Saúde:		8. Nome do Profissional de Saúde:		9. Registro Conselho/Atividade:	
10. Data de Solicitação:		12. Finalidade: 1 - Campanha 2 - Inquérito 3 - Investigação 4 - Programa 5 - Protocolo 6 - Projeto 9 - Ignorado		13. Descrição:	
14. CNS do paciente:		15. Nome do Paciente:		Processo: <u>T.M.O. 14900/2021</u> Rubrica: <u>umf</u> <u>FK 1093</u>	

PACIENTE

16. Data de Nascimento:		17. Idade: Quase-ano		18. Sexo: M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	
19. Nacionalidade:		20. Etnia: 1 - Branca 2 - Preta 3 - Parda 4 - Amarela 5 - Indígena 99 - Sem informação		22. Nome da Mãe:	
21. Documento 1: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNB (Ctscb) 5 - CNASC 6 - FRONT 7 - INFOEN			23. Documento 2: 1 - RG 2 - CPF 3 - CNH 4 - CNB (Número) 5 - CNASC 6 - FRONT 7 - INFOEN		
24. Endereço do paciente (Rua, Avenida...):					25. Número:
27. Complemento do endereço:		28. Ponta de Referência:		29. Bairro:	
32. Município de Residência:				31. Código IBGE:	
33. CEP:		34. DDD / Telefone:		35. Zona: 1 - Urbana 2 - Periurbana 3 - Rural 4 - Silvestre 9 - Ignorada	
36. País (Se reside fora do Brasil):					

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

37. Agravo/Doença:		38. Data dos Primeiros Sintomas:			
39. Idade Gestacional: 1 - 1 ^o Trm 2 - 2 ^o Trm 3 - 3 ^o Trm 4 - Ignorado 5 - Não 6 - Não se Aplica 9 - Ignorado		40. Motivo:		41. Diagnóstico:	
42. Caso: 1 - Suspeito 2 - Comunicante 3 - Acompanhamento 4 - Controle 5 - Clínico 6 - Caso grave 7 - Surto 8 - Diagnóstico 9 - Ignorado		43. Tratamento: 1 - Dia 2 - Semanas 3 - Mês 4 - Ano 9 - Ignorado		44. Etapa de Tratamento: 1 - Pré-tratamento 2 - Tratamento 3 - Retratamento 4 - Avaliação da Resistência 9 - Ignorado	
45. Paciente tomou vacina? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		46. Vacina:		47. Data da Última Dose:	

NOTIFICAÇÃO SINAN

48. Agravo/Doença de notificação de SINAN:		50. CD 10:		52. Nº Notificação do SINAN:	
51. Data de Notificação:		53. CNES:		54. UF:	
52. Unidade de Saúde Notificante:				55. Código IBGE:	
53. Município de Notificação:				56. UF:	

AMOSTRA / EXAME

57. Exame Solicitado:	58. Material Biológico:	59. Localização:	60. Armazenamento: 1 - 15-20°C 2 - 2-8°C 3 - 15-25°C 4 - 15-25°C 5 - 15-25°C 6 - 15-25°C 7 - 15-25°C 8 - 15-25°C	61. Data da coleta:	62. Hora da coleta:	63. Usou medicamento antes da data da coleta?: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso: Data fim do uso:
						1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso: Data fim do uso:
						1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Data início do uso: Data fim do uso:

DADOS COMPLEMENTARES

64. Observações:

C.P.L. visto

**SISTEMA GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL (GAL)
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA REQUISIÇÃO DE EXAME**

Processo 14900/2021
Rubrica mm Fls 1094

Ordem	Descrição dos Campos
01	Número da requisição gerado pelo sistema após o cadastro. (OBRIGATÓRIO). Caso ainda não tenha sido cadastrada (NÃO OBRIGATÓRIO).
02	Unidade de Saúde ou outra fonte que solicita exame (s) da rede de laboratórios; nome completo e sem abreviaturas.
03	Número do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES (OBRIGATÓRIO).
04	Nome do município de atendimento da Unidade de Saúde ou de outra fonte responsável pela solicitação de exame(s).
05	Código do IBGE correspondente. (OBRIGATÓRIO).
06	Sigla da Unidade da Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte responsável pela solicitação de exame(s).
07	Número do Cartão Nacional de Saúde do Profissional de Saúde – CNS (OBRIGATÓRIO).
08	Nome completo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s) sem abreviaturas. (OBRIGATÓRIO).
09	Abreviatura/número do conselho ou matrícula do profissional de saúde (OBRIGATÓRIO). Ex: CRM/RJ 1234.
10	Assinatura e carimbo do profissional de saúde responsável pela solicitação de exame (s).
11	Data da solicitação de exame (s) (OBRIGATÓRIO). No formato dd/mm/aaaa.
12	Finalidade da requisição: 1 – Campanha (evento investigatório com período definido para doença/agravo específico); 2 – Inquérito (investigação contínua ao longo do tempo para doença/agravo específico); 3 – Investigação (aplicável a doenças/agravs em período e área definidos, em eventos inesperados ou programados, como surtos ou sentinelas); 4 – Programa (eventos investigativos ligados a ações de programas específicos das esferas governamentais); 5 – Protocolo (investigação diagnóstica definida por instituição ou esfera governamental, para definição de perfil diferencial ligado à doença/agravo principal); 6 – Projeto (investigação de doença/agravo ligado a pesquisa) e 9 – Ignorado. Especificar o nome da finalidade (Nível Nacional ou Estadual).
13	Descrição: descrever a finalidade do exame.
14	Número do Cartão Nacional de Saúde do Paciente – CNS (OBRIGATÓRIO).
15	Paciente: nome completo e sem abreviatura. (OBRIGATÓRIO).
16	Data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa (OBRIGATÓRIO).
17	Idade do paciente. Este campo deve ser preenchido somente se a data de nascimento for desconhecida. (Ex. 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número "10" e na segunda lacuna o item correspondente à opção "2", que significa dia). 1 – Hora(s); 2 – Dia(s); 3 – Mês(s) e 4 – Anos (OBRIGATÓRIO).
18	Sexo do paciente. F – Feminino; M – Masculino e 1 – Ignorado. (OBRIGATÓRIO)
19	Nacionalidade: país de origem do paciente.
20	Raça/Cor: 1 – Branca; 2 – Preta; 3 – Parda; 4 – Amarela; 5 – Indígena e 99 – Sem informação.
21	Etnia: caso o campo 19 seja preenchido pela opção indígena automaticamente aparece a tabela de etnia.
22	Nome da mãe: informar o nome completo e sem abreviações.
23 e 24	Documento: este campo deve ser preenchido informando na primeira lacuna o tipo de documento e em seguida seu número (Ex. CPF 777.888.999.00 => deve ser informado o item correspondente à opção "2", que significa CPF e segunda lacuna o número 555 555 555 55). 1 – RG – Carteira de Identidade; 2 – CPF – Cadastro de Pessoa Física; 3 – CNH – Carteira Nacional de Habilitação; 4 – CNS – Cartão Nacional de Saúde; 5 – CNASC – Certidão de Nascimento; 6 – PRONT – Prontuário e 7 – INFOPEN – Sistema de Informações Penitenciárias.
25	Endereço do paciente (rua, avenida...)
26	Número (apartamento, casa) do endereço do paciente.
27	Dados complementares do endereço do paciente.
28	Ponto de referência para auxiliar na localização do endereço do paciente.
29	Bairro do endereço do paciente.
30	Município do endereço do paciente.
31	Código do IBGE correspondente (OBRIGATÓRIO).
32	Sigla da Unidade de Federação do endereço do paciente.
33	CEP - Código de endereçamento postal do endereço (avenida, rua, travessa, etc) do paciente.
34	Código da localidade e o telefone para contato do paciente. (DDD e número do telefone)
35	Classificação da zona do endereço do paciente. 1 – Urbana; 2 – Periurbana; 3 – Rural; 4 – Silvestre e 9 – Ignorado.
36	País do endereço do paciente. Se residente fora do Brasil preenchimento do País. (OBRIGATÓRIO).
37	Informar o nome do agravo/doença conforme tabela disponível no sistema (PREENCHIMENTO APENAS PARA CASOS NOTIFICADOS).
38	Data dos primeiros sintomas – data que surgiram os primeiros sintomas do paciente. No formato dd/mm/aaaa.
39	Idade Gestacional. Sendo o paciente do sexo feminino, informar o período gestacional em que a paciente se encontra no momento da ocorrência do agravo/doença. Sendo o paciente do sexo masculino, informar a opção 6 – não se aplica.
40	Motivo: campo habilitado somente para hepatites virais.
41	Diagnóstico: campo habilitado somente para hepatites virais.
42	Classificação do tipo de caso: 1 – Suspeito (diagnóstico para definição de doença/agravo); 2 – Comunicante (paciente teve contato familiar, sexual com um caso); 3 – Acompanhamento (paciente em tratamento de doença/agravo); 4 – Controle (controle de tratamento de doença/agravo finalizado); 5 – Óbito (diagnóstico para esclarecimento de causa mortis); 6 – Caso grave (paciente em estado grave, internado ou não); 7 – Surto (esclarecimento de ocorrência de doença/agravo em área restrita); 8 – Diagnóstico (paciente para confirmação da doença/agravo) e 9 – Ignorado.
43	Tratamento – informar o tempo de tratamento que o paciente encontra-se na data da solicitação do exame (s). (Exemplo: 10 dias => deve ser informado na lacuna quantidade o número "10", e na segunda lacuna o item correspondente à opção "1", que significa dia).
44	Etapa de tratamento – corresponde à etapa em que o paciente encontra-se na data da solicitação do exame (s), podendo ser: 1 - Pré-tratamento (sem tratamento); 2 - Tratamento (sob medicação); 3 - Retratamento (iniciado novamente o tratamento ou troca de esquema de tratamento); 4 - Avaliação de resistência (paciente com resultados laboratoriais sugestivo a resistência) e 9 – Ignorado.
45	O paciente tomou vacina: o campo deve ser preenchido, após verificar no cartão de vacina, se o paciente já foi vacinado contra o agravo/doença suspeito ou confirmado conforme solicitação de exame (s). 1 – Sim; 2 – Não e 9 – Ignorado.
46	Vacina: informar se o paciente já tomou vacina contra agravo/doença.
47	Data da última dose da vacina contra agravo/doença suspeita ou confirmada que o paciente tomou no formato dd/mm/aaaa. Especifique o tipo da vacina.
48	Agravo/Doença: informar o nome do agravo/doença conforme ficha de investigação do SINAN (PREENCHIMENTO APENAS PARA CASOS NOTIFICADOS).
49	Informar o código correspondente estabelecido pelo SINAN do CID 10, conforme descrita na ficha de investigação do SINAN (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).
50	Preencher com o número da notificação atribuído pela unidade de saúde ou outra fonte conforme descrita na ficha de investigação do SINAN (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).
51	Informar a data da notificação conforme descrita na ficha de notificação SINAN no formato dd/mm/aaaa (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS).
52	Nome completo da Unidade de Saúde ou outra fonte que realizou a notificação.
53	Informar o código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE SOLICITANTE).
54	Nome completo do município onde está localizada a unidade de saúde ou outra fonte notificadora que realizou a notificação.
55	Código do IBGE (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DO MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO).
56	Sigla da Unidade de Federação da Unidade de Saúde ou outra fonte que realizou a notificação no SINAN (OBRIGATÓRIO PARA CASOS NOTIFICADOS E DIFERENTES DA UNIDADE DE FEDERAÇÃO).
57	Informar o(s) exame(s) laboratorial (is) solicitado(s) para o paciente (OBRIGATÓRIO) pelo profissional de saúde.
58	Material Biológico (amostra enviada): informar o(s) tipo(s) de material (is) biológico(s) enviado(s) para o(s) exame(s) solicitado(s) para o paciente. (OBRIGATÓRIO)
59	Informar caso o material biológico requeira localização, a parte do corpo de onde a amostra foi coletada. Ex. Abdômen, Braço direito, ...
60	Informar o(s) número(s) da(s) amostra(s) coletada(s) para o paciente. 1ª – 1ª amostra; 2ª – 2ª amostra; nª – nª amostra e U – Única (OBRIGATÓRIO).
61	Material Clínico em que a amostra foi enviada: 1- IN – Amostra in Natura; 2- IB – Isolado Bacteriano; 3- LM – Lâmina; 4- MTB – Meio de Transporte Bacteriano; 5- MTV – Meio Transporte Viral; 6- FF – Fixado em Formal; 7- FA – Fixado em Alcool; 8- FO – Fixado em Outros; 9- BP – Bloco de Parafina e 10- PF – Em Papel de Filtro.
62	Data da Coleta: informar a data em que a(s) amostra(s) foi coletada(s) (OBRIGATÓRIO). No formato dd/mm/aaaa.
63	Hora da Coleta: informar a hora em que a(s) amostra(s) foi coletada(s). No formato hh:mm Ex. 12h 54min
64	Informar se o paciente usou medicamento antes da data de coleta. 1 – Sim; 2 – Não e 9 – Ignorado. Caso a informação seja 1 - Sim, Especificar e a data de início do uso do medicamento.
65	Observações: informar dados clínicos/ laboratoriais adicionais que auxiliam no diagnóstico laboratorial.

C.P.L
Visto



ROTINA DE ADMISSÃO DE PACIENTES

Nome do paciente _____ Prontuário: _____
 Sexo: F M Idade: _____
 Diagnóstico: _____
 Data da internação Hospitalar: ____/____/____ Data de internação no setor: ____/____/____

FATORES DE RISCO

- Sem fatores de risco
- Paciente consta na lista de germe MDR- INSTALADO PRECAUÇÃO DE CONTATO AUTOMATICAMENTE
- Paciente proveniente de homecare, asilos, presídios e etc.
- Paciente com internação recente a menos de 60 dias.
- Pacientes que realizam hemodiálise.
- Paciente transferida de outro hospital (independente do tempo de permanência) em uso de dispositivos invasivos (acesso profundo, acesso periférico, CVD, caeter de HD, TOT/TC e outros).
- Pacientes com feridas infectadas com secreções não contidas em curativo.
- Pacientes com cultura positiva para germe Multirresistente a menos de 6 meses.

Procedência: da residência de outra Unidade Hospitalar, qual? _____
 Período de internação na Unidade de origem: _____

SWAB DE VIGILÂNCIA NA INTERNAÇÃO (RASTREAMENTO) Sim Não

EM PRECAUÇÃO ATÉ O RESULTADO DAS CULTURAS

- Especime em: _____
- Swab retal _____
 - Swab nasal _____
 - Hemocultura _____
 - Ponta cateter _____
 - Urinocultura _____
 - outros: _____

COLHER SWAB NASAL E RETAL SE MARCADO ALGUM DOS FATORES DE RISCO. HEMOCULTURA E URINOCULTURA- CRITÉRIO CLÍNICO

Uso de procedimentos Invasivos: Não Sim
 Qual(is)? Ventilação mecânica Drenos Traqueostomia Cateter vesical
 Cateter venoso central Outros _____

Uso de Antibiótico nos últimos 6 meses: Não Sim Qual? _____

Precaução Estabelecida: Padrão Contato Respiratória
 Leito Identificado: Não Sim

Prescrito Antibiótico: Não Sim Qual? _____

 Médico responsável pela Admissão

 Enfermeiro responsável pela Admissão

C.P.L.
 visto



Serviço Nutrição e Dietética
Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus / Quissamã

102
P.M.Q.
Processo 14900/2021
Rubrica mmj Fls 1097

SETOR: _____

LEITO: _____

DATA INTERNAÇÃO: ____/____/____

DATA DA EVOLUÇÃO: ____/____/____

Nome: _____ Idade: _____

Diagnóstico Provável: _____

Evolução da Nutrição:

1. Paciente em TNE() TNG() GTT()
2. Apresentando resíduo gástrico de _____, sugerindo-se manter volume hora _____ (), suspensão da dieta (), diminuição do volume hora _____ () ou evolução do volume hora para _____ ().
3. Segundo relatos _____ apresentando _____ episódios de vômitos ou sem episódios de vômitos()
4. Consumo hídrico diário estimado _____.
5. Apresenta função intestinal regular () ou constipação intestinal - em uso de Fiber Mais _____ x dia () ou diarreia, apresentando _____ episódios - em uso Lactofos _____ x dia ().
6. Apresenta baixa volume urinário () ou boa diurese ().
7. Hipotenso () Normotenso () Hipertenso () (PA X).
8. Glicemia normal () ou controlada () ().

Estado Nutricional:

Peso Atual (Estimado): _____ Kg

Altura (Estimada): _____ m

Conduta Nutricional:

1. Dieta Enteral prescrita _____ 1000 ml, com _____ ml hora, estimando um volume total em 20 horas de _____.
2. Conforme relato da enfermagem o volume real infundido nas 20 horas antecedentes foi de _____.
3. Dieta enteral:
Hipercalórica (), normocalórica () ou hipocalórica () (_____ calorias/dia) (_____ % calorias/dia).
Hiperprotéica (), normoprotéica () ou hipoprotéica () (_____ proteína/dia) (_____ % proteína/dia).
Hiperglicídica (), normoglicídica () ou hipoglicídica ()
Hiperlipídica (), normolipídica () ou hipolipídica ()
Rica em fibra () ou pobre em fibra ()
Baixa osmolaridade () ou alta osmolaridade ()

Exames Laboratoriais Alterados:

Hematócrito: _____ Hemoglobina: _____ Leucócitos: _____ Plaquetas: _____ Albumina: _____ Uréia: _____ Creatinina: _____

Colesterol: _____ Triglicerídeos: _____

Outros: _____

PROTOCOLO DE RESÍDUO GÁSTRICO
<100ml - manter infusão (rever resíduos após 06:00hs)
>100ml <150ml - manter infusão (rever resíduos após 04:00h)
>150ml <300ml - (reduzir infusão 50% valor inicial rever resíduo após 04:00hs)
>300ml - (suspender a dieta)
Sem resíduo - aumentar 25ml/hr - até atingir infusão desejada

C.P.L
visto

Nutricionista Responsável



SETOR DE FISIOTERAPIA

Nome: _____ CNS: _____
Data de Nasc: ____/____/____ Idade: ____ Naturalidade: _____ Sexo: ()M ()F
Estado Civil: _____ Profissão: _____ Tel: () _____
Filiação: _____
Endereço: _____

Médico Responsável: _____
Diagnóstico Médico: _____
Diagnóstico Fisioterapêutico: _____
Prognóstico Fisioterapêutico: _____
Data da avaliação atual: ____/____/____ Quantidade estimada de sessões: _____

ANAMNESE

Queixa Principal: _____

História da Doença Atual: _____

História Patológica Progresa: _____

Etilista ()sim ()não Tabagista ()sim ()não Diabetes ()sim ()não

Atividade Física () sim ()não Qual frequência: _____

Usa medicamentos? Sim()não () Especificar: _____

Alterações cardíacas: ()sim ()não Alterações respiratórias: ()sim ()não

Alergia ()sim ()não Especificar: _____

Usa implante metálico, marcapasso ou stent? ()sim ()não Especificar: _____

Fez alguma cirurgia: ()sim ()não Especificar: _____

Histórico de C.A ()sim ()não Edema em Msis ()sim ()não Especificar: _____

Depressão ()sim ()não Manchas, alteração ou sensibilidade na pele ()sim ()não

C.P.L
visto



EXAME FÍSICO

Sinais Vitais: PA _____ mmHg

FR: _____ rpm

Inspeção: _____

Palpação: _____

Amplitude de Movimento: _____

Força Muscular: _____

Gradação	Classificação da Força Muscular
0	ausência de contração
1	Esboço de contração
2	Contração a favor da gravidade
3	Contração contra a gravidade
4	Movimento contra a gravidade e resistência moderada
5	Movimento contra a gravidade e resistência acentuada

Amplitude de Movimento	Grau de movimento
Rotação externa	
Rotação interna	
Flexão	
Extensão	
Abdução	
Adução	
Inversão	
Eversão	

Testes específicos: _____

Deformidades ()sim ()não Especificar: _____

Limitação ()sim ()não

Dificuldade em AVD's ()sim ()não Especificar: _____

Uso de órtese e meios auxiliares ()sim ()não Especificar: _____

Alterações posturais ()sim ()não Especificar: _____

Exame Complementar: _____

Tratamento proposto: _____

Observações: _____

Fisioterapeuta Responsável

C.P.L.
visto

Termo de Consentimento Esclarecido para Parto Cesáreo

	Nome: _____ Registro: _____	109 P.M.O. Professor <u>1490012021</u> Rubrica <u>[assinatura]</u> Fc <u>1400</u>
--	--------------------------------	--

Declaro que me foi explicado sobre o procedimento de parto cesáreo a que serei submetida pela equipe médica desta instituição. Estou ciente que não existe procedimento médico isento de riscos, mesmo com o uso das melhores técnicas.

O procedimento será realizado por no mínimo dois médicos obstetras, que farão um corte na barriga (da parede abdominal até o útero) para possibilitar a retirada do bebê. Desta cirurgia resultará uma cicatriz visível que poderá ser transversal ou longitudinal ao corpo, dependendo da indicação médica para tal, levando-se em conta o risco e a urgência no momento da realização da cirurgia.

A gestante deverá estar preferencialmente em jejum, pelo menos de 6 a 8 horas, caso não se trate de uma emergência.

Para realização do parto cesáreo é obrigatória a administração de uma anestesia, que será avaliada pelo médico anesthesiologista, indicando qual a melhor técnica para o seu caso. As técnicas de escolha são as regionais, raqui e peridural. A anestesia geral só é indicada em situações de contraindicação destas.

Declaro, também, ter sido informada de que ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de quelóide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica (espessa), que independem da habilidade do meu médico, visto que, dependem das características pessoais de cada paciente.

Declaro ter ciência de que o parto vaginal normal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação, conforme descrito pela literatura médica.

Declaro ainda ter sido informada de que o parto cesáreo representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe sendo os mais comuns: infecção, hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia (retirada cirúrgica do útero), a possibilidade de transfusão de sangue e infecção da cicatriz operatória (corte da cesárea). Para o recém-nascido há maior chance de desconforto respiratório. Estou ciente de que como em toda intervenção cirúrgica, seja pela própria técnica cirúrgica seja pelas condições clínicas de cada paciente (diabetes, cardiopatia, hipertensão arterial, idade avançada, anemia, obesidade), pode haver uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão exigir tratamentos complementares, tanto clínicos como cirúrgicos, assim como um mínimo de percentual de mortalidade.

Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e mantido a minha decisão de realizar parto cesáreo.

Assim, declaro agora que estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento. Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de fornecer nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto. Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize o procedimento de parto cesáreo proposto. Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

Deve ser preenchido pela paciente ou responsável:

Paciente Responsável *

Nome: * _____ Identidade nº * _____

Grau de parentesco: * _____ Assinatura _____

Rio de Janeiro, ____/____/____ Hora: ____:____

Deve ser preenchido pelo médico:

Declaro que expliquei à paciente e/ou responsável todos os procedimentos que o parto cesáreo, tendo respondido as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, a paciente ou responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Nome do Médico / CRM ou Carimbo	Assinatura
---------------------------------	------------



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTO INVASIVO E CIRURGIA

Paciente _____ Número de prontuário: _____

Autorizo a realização do (s) seguinte (s) procedimento (s) invasivo (s) e/ou cirúrgico (s) indicado (s) pelo médico (a) abaixo mencionado (a) e sua equipe:

A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Documentação recebida: () Não () Sim

Qual? _____

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos, e que me foi dada oportunidade de anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

() Paciente () Responsável

Nome legível: _____

Grau de parentesco: _____ RG/CPF: _____

Quissamã /RJ, ____/____/____ Hora: _____

C.P.L.
visto

Assinatura do(a) Paciente ou Responsável Legal



Prefeitura Municipal de Quissamã
Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus

Preenchimento Obrigatório Médico

_____ CRM: _____ expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido estará sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por ele mesmo. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender as explicações dadas.

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a) responsável pelo procedimento:

Termo de acompanhamento do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais

_____ RG/CPF _____
responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento cirúrgico ambulatorial realizado no Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus até sua residência

Quissamã/RJ _____/_____/_____ Hora: _____

Assinatura do(a) Responsável

C.P.L.
visto

INFORMAÇÃO

Processo ^{P.M.G.} 14900/2011
Rubrica umf Fls 1104

- Informo, para os devidos fins, que o atuado se recusou a receber a 2.ª via.
- Informo, para os devidos fins, que o atuado declarou não saber ler e/ou escrever.

DATA:

Fiscal de Saúde Pública
Matrícula N.º

1.ª testemunha _____

Endereço _____

2.ª testemunha _____

Endereço _____

NOTA: No caso de o atuado se recusar a receber a 2.ª via ou, se a recebendo, declarar que não sabe ler e/ou escrever, o funcionário encarregado de sua entrega marcará com um "X" a informação correspondente, assistido por 2 (duas) testemunhas que deverão assinar o Termo de Intimação.

Em qualquer hipótese, a 2.ª via será deixada no local em que se processou a intimação.

C.P.L
visto

f



**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE FISIOTERAPIA**

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA ATENDIMENTO

De acordo com a pandemia do Covid-19, O Centro de Reabilitação de conscientiza o paciente e a família do mesmo, sobre o real risco de contaminação durante o atendimento de reabilitação pelo Corona Vírus.

Eu _____ portador do
CPF _____ declaro ter ciência do risco acima citado, e sendo
responsável pelo paciente _____, com
diagnóstico _____, situado no
endereço _____, tel: _____

me comprometo a seguir as orientações para o atendimento:

() aceito () não aceito

- Uso de máscara durante o atendimento não só para o paciente, mas também para os acompanhantes.
- Colaboração do paciente ou responsável para seguir as orientações dados pelo profissional.
- Ciente que após a avaliação do fisioterapeuta o paciente pode ou não se enquadrar no atendimento.

Assinatura do Responsável: _____

Fisioterapeuta Responsável: _____

QUISSAMÃ, _____

C.P.L.
visto



R.M.O. 14900/2021
 Processo
 Rubrica *unif* Fls 1106

República Federativa do Brasil – Estado do Rio de Janeiro
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
 Rua Conde de Araruama, 425 – Centro – Quissamã – RJ

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
 EDITAL**

PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 065/2022

ANEXO III/I

DADOS DA LICITANTE



Estado do Rio de Janeiro
 PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ

ANEXO II – DADOS DA LICITANTE

Nome Fantasia _____		Razão Social _____	
Endereço _____		Cidade _____	Estado _____ CEP _____
Responsável _____		Telefones _____	E-mail _____
CNPJ _____			

Atenção: Este anexo deverá ser preenchido e apresentado no envelope de credenciamento.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e carimbo.



República Federativa do Brasil – Estado do Rio de Janeiro
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
Rua Conde de Araruama, 425 – Centro – Quissamã – RJ

P.M.O.
Processo 14900/2021
Rubrica *[assinatura]* Fl. 1107

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

EDITAL

PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 065/2022

ANEXO II

(Descrição de compra)

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
 Sistema de Controle de Compras
 Emissão de Solicitações

P.M.O. 14900/2021
 Rubrica unif Fis 1108

Solicitação: 000434/2022 Registro de Preço

Data Cadastro : 31/01/2022 Solicitação Grupo : Comprador : 4775 - ALEXANDRE FERROBA
 Centro de Custo: FMS - 15.01.00.00 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE Fonte : ROYALTIES PELO EXCEDENTE - LEI
 Prioridade : - NORMAL N° Processo: Preço Estimado(R\$) : 239.879,84
 Custeio : 001 - APLICACAO INTERNA Modalidade de Compra: Licitação
 Finalidade : 2095 - MANUTENCAO DA UNIDADE Ficha Número : 1237

Elemento de Despesa: 3390300000 - Material de Consumo
 Sub Elemento de Despesa: 3390303900 - Material Gráfico

Item	Produto	U.M.	ComprasNet	Descrição	Qtd. Sol.	Pr. Estimado	Valor Total
0001	048-16-1915-0	UNIDADE	000000	Impresso- Adesivo- Retulo Sono 8,5 cm de largura por 10 cm de comprimento, preto e branco em papel adesivo.	6.000,00	0,15	900,0000
0002	048-16-1918-0	UNIDADE	000000	Impresso- Adesivo auto colante- Almotolias- Cloroxidina Degermante 4x 8,5 cm de largura x 4 cm de comprimento, preto e branco, em papel auto adesivo	5.040,00	0,15	756,0000
0003	048-16-1917-0	UNIDADE	000000	Impresso - Adesivo Auto Colante- Almotolias Alcool 70% 8,5 cm de largura x 4 cm de comprimento, preto e branco em papel auto adesivo	5.040,00	0,15	756,0000
0004	048-16-1918-0	UNIDADE	000000	Impresso - Adesivo Auto Colante- Almotolias Clorexidina Acolica 5x 8,5 cm de largura x 4 cm de comprimento, colorido, em papel auto adesivo	5.040,00	0,15	756,0000
0005	048-16-1919-0	UNIDADE	000000	Impresso - Adesivo Auto Colante- Almotolias Clorexidina Aquosa 2x 8,5 cm de largura x 4 cm de comprimento, preto e branco, em papel auto adesivo	5.040,00	0,15	756,0000
0006	048-16-1920-0	UNIDADE	000000	Impresso - Adesivo Auto Colante- Clorexidina Degermante 2x 8,5 cm de largura x 4 cm de comprimento, preto e branco, em papel auto adesivo	5.040,00	0,15	756,0000
0007	048-16-1921-0	UNIDADE	000000	Adesivo Auto Colante de Vinil 8,5 cm de largura x 4 cm de comprimento- Solucao/data de envase/ data de troca/ responsavel, preto e branco, em papel auto adesivo	5.040,00	0,15	756,0000
0008	048-16-1922-0	UNIDADE	000000	Impresso- Adesivo auto colante de vinil 9,5 cm de largura x 5 cm de comprimento- Servico de nutricao dietetica, preto e branco, em papel auto adesivo	5.040,00	0,22	1.108,8000
0009	048-16-1923-0	UNIDADE	000000	Impresso- Adesivo auto colante de vinil 9,5 cm de largura x 7 cm de comprimento- Dieta Enteral, preto e branco, em papel auto adesivo	5.040,00	0,22	1.108,8000
0010	048-16-1924-0	BLOCO	000000	Impresso- Atestado de Molestia COD. 007 Bloc com 100 folhas, 15 cm de largura x 21 cm de comprimento, preto e branco	96,00	6,07	582,7200
0011	048-16-1925-0	BLOCO	000000	Impresso- Atestado medico para frequentar Parque Aquatico 15 cm de largura x 21 cm de comprimento, bloco com 100 folhas, preto e branco	36,00	6,15	221,4000
0012	048-16-1926-0	BLOCO	000000	Impresso- Atestado Medico 15 cm de largura x 21 de comprimento, bloco com 100 folhas, preto e branco	504,00	5,77	2.908,0800
0013	048-16-1927-0	BLOCO	000000	Impresso- Avaliacao pre operatoria Tamanho folha A4, bloco com 100 folhas, preto e branco	50,00	10,90	545,0000

C.P.L
visto

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
Sistema de Controle de Compras
Emissão de Solicitações

P.M.Q. | 2021
Processo 14900 |
Rubrica | Fls. 1109

0014	048-16-1928-0	BLOCO	000000	Impresso- Boletim do Centro Cirurgico Cirurgia, anestesia, frente e verso, tamanho folha ofício, preto e branco, bloco com 100 folhas	36,00	18,34	660,2400
0015	048-16-1929-0	UNIDADE	000000	Impresso- Capa de Eletrocardiograma 31 cm de largura x 11 cm de comprimento, preto e branco, em papel cartão	6.000,00	0,38	2.280,0000
0016	048-16-1930-0	UNIDADE	000000	Impresso- Cartao da Família 20 cm de largura 8 cm de comprimento, preto e branco, frente e verso, em papel cartão	804,00	0,33	265,3200
0017	048-16-1931-0	UNIDADE/0000000	000000	Impresso- Cartao de Aprazamento 19,50 cm de largura x 16 cm de comprimento, frente e verso, preto e branco, em papel cartão	3.000,00	0,38	1.140,0000
0018	048-16-0936-0	UNIDADE	000000	IMPRESSO - CARTAO CADSUS (CARTAO NACIONAL DE SAUDE), SOMENTE FRENTE, COM LOGOTIPO DO SUS E DA PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMA, COLORIDO, CONFECCIONADO EM PAPEL COUCHE, TAM. 6,5 x 6 cm.	15.000,00	0,16	2.400,0000
0019	048-16-1932-0	UNIDADE	000000	Impresso- Carteira do Programa de Hipertensao Arterial 16 cm de largura x 20 de comprimento, frente e verso, preto e branco, em papel cartão	3.000,00	0,38	1.140,0000
0020	048-16-1933-0	UNIDADE	000000	Impresso- Carteira de marcacao de consulta 21,50 cm de largura x 14,50 cm de comprimento, na cor branco e azul, frente e verso, em papel cartão	10.020,00	0,33	3.306,6000
0021	048-16-1934-0	UNIDADE	000000	Impresso- Carteira de Marcacao de Fisioterapia 10 cm de largura x 15 cm de comprimento, frente e verso, preto e branco, em papel cartão 10 cm de largura x 15 cm de comprimento, frente e verso, preto e branco, em papel cartão	2.040,00	0,24	489,6000
0022	048-16-1935-0	UNIDADE	000000	Impresso- Carteira Programa Diabetes 18 cm de largura x 20 cm comprimento, frente e verso, preto e branco em papel cartão	3.000,00	0,38	1.140,0000
0023	048-16-1936-0	BLOCO	000000	Impresso- Comprovante de Vacinacao Atirrabio Animal Bloco com 100 folhas, 14,50 cm de largura x 10 cm de comprimento, preto e branco	108,00	3,64	393,1200
0024	048-16-1937-0	UNIDADE	000000	Impresso- Comprovante de Vacinacao Formato cartao, ficha branca, na frente, logo Prefeitura Municipal de Quissama, 10,50 cm de largura x 15,50 cm de comprimento, preto e branco	3.000,00	0,17	510,0000
0025	048-16-1938-0	BLOCO	000000	Impresso- Comunicacao Interna Formato Paisagem, 21,50 cm de largura x 15,50 cm de comprimento, preto e branco, bloco com 100 folhas	204,00	6,26	1.277,0400
0026	048-16-1939-0	BLOCO	000000	Impresso- Consulta de Mastologia Frente e verso, tamanho folha ofício, preto e branco, bloco com 100 folhas	24,00	24,83	595,9200
0027	048-16-1940-0	UNIDADE	000000	Impresso- Diploma de recém nascido Frente e verso, papel cartão, 21 cm de largura x 15 cm comprimento, preto e branco	3.000,00	0,24	720,0000
0028	048-16-1941-0	UNIDADE	000000	Impresso- Etiquetas de Hemoderivados (Auto Adesiva) 16 cm de largura x 7,30 de comprimento, preto e branco, papel auto adesivo	3.000,00	0,39	1.170,0000
0029	048-16-1942-0	BLOCO	000000	Evolucao de Enfermagem frente e verso, tamanho folha ofício, bloco com 100 folhas, preto e branco	300,00	14,64	4.392,0000
0030	048-16-1943-0	BLOCO	000000	Impresso- Evolucao do Parto Bloco com 100 folhas, tamanho folha A4, preto e branco	36,00	20,08	722,8800

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
Sistema de Controle de Compras
Emissão de Solicitações

Processo P.M.C. 14900/2021
Rubrica unif Fls 1110

0031	048-16-1944-0	BLOCO	000000	Impresso Evolucao e tratamento Bloco com 100 folhas, tamanho officio, preto e branco, frente e verso	1.200,00	13,99	16.788,0000
0032	048-16-1945-0	UNIDADE	000000	Impresso- Evolucao Nutricional Tamanho folha A4, bloco com 100 folhas, preto e branco	24,00	21,56	517,4400
0033	048-16-1946-0	BLOCO	000000	Impresso- Ficha clinica Adulto Tamanho folha officio, preto e branco, frente e verso, bloco com 100 folhas	156,00	13,25	2.067,0000
0034	048-16-1947-0	BLOCO	000000	Impresso- Ficha Clinica ambulatorial criança tamanho folha officio, preto e branco, bloco com 100 folhas	156,00	13,25	2.067,0000
0035	048-16-1949-0	BLOCO	000000	Impresso- Ficha de emergencia tamanho: folha A4, preto e branco, bloco com 100 folhas	500,00	15,57	7.785,0000
0036	048-16-1950-0	BLOCO	000000	Impresso- Ficha de Registro de Vacinacao Tamanho 21 cm de largura x 14 cm de comprimento, preto e branco, bloco com 100 folhas	24,00	19,24	461,7600
0037	048-16-1951-0	UNIDADE	000000	Impresso- Ficha Odontologica 21 cm de largura x 14 cm de comprimento, na cor branco e azul, frente e verso, em papel cartao	156,00	0,41	63,9600
0038	048-16-1952-0	BLOCO	000000	Impresso- Ficha unica HMMMJ Bloco com 100 folhas, tamanho folha officio, preto e branco	504,00	11,96	6.027,8400
0039	048-16-1954-0	BLOCO	000000	Impresso- Formulario de referencia e contra referencia Tamanho folha A4, preto e branco, bloco com 100 folhas	504,00	11,96	6.027,8400
0040	048-16-1955-0	BLOCO	000000	Impresso- Formulario pedido de farmacia clinica medico Tamanho folha A4, preto e branco, bloco com 100 folhas	60,00	15,58	934,8000
0041	048-16-1957-0	BLOCO	000000	Impresso- Laudo medico para autorizacao cirurgica eletiva Tamanho folha A4, preto e branco, bloco com 100 folhas	120,00	13,71	1.645,2000
0042	048-16-1958-0	BLOCO	000000	Impresso- Laudo medico para emissao de AIN E duas vias, a primeira branca e a segunda autocopiativa na cor amarela, tamanho folha A4, bloco com 100 folhas.	408,00	17,69	7.217,5200
0043	048-16-1959-0	BLOCO	000000	Impresso- Laudo para Raio X 15,50 cm de largura x 20,50 de comprimento, preto e branco, bloco com 100 folhas	156,00	6,26	976,5600
0044	048-16-1960-0	BLOCO	000000	Impresso- Mapa de controle de temperatura Formato 210 x 330mm, preto e branco, bloco com 100 folhas	36,00	21,02	756,7200
0045	048-16-1122-0	UNIDADE	000000	IMPRESSO - NOTIFICACAO DE RECEITA AZUL - 22o x 08cm - BLOCO COM 50 FOLHAS	504,00	2,12	1.068,4800
0046	048-16-1962-0	BLOCO	000000	Impresso- Receituariio comum 15,50 cm de largura x 21 cm de comprimento, bloco com 100 folhas, preto e branco	3.504,00	5,95	20.848,8000
0047	048-16-1963-0	BLOCO	000000	Impresso- Receituariio controle especial Tamanho 15,50 cm de largura x 21,50 de comprimento, bloco com 100 folhas, na cor branco e azul	3.000,00	6,00	18.000,0000
0048	048-16-1964-0	BLOCO	000000	Impresso- Registro Diario do Servico Antiveterorial Frente e verso, tamanho folha A4, bloco com 100 folhas, preto e branco	204,00	14,02	2.860,0800
0049	048-16-1965-0	BLOCO	000000	IMPRESSO- REQUISICAO DE COMPONENTES HEMOTERAPICOS TAMANHO FOLHA A4, BLOCO 100 FOLHAS, PRETO E BRANCO	36,00	20,34	732,2400
0050	048-16-1966-0	BLOCO	000000	IMPRESSO- REQUISICAO DE EXAMES 15 CM DE LARGURA POR 10,50 CM DE COMPRIMENTO, PRETO E	3.000,00	3,27	9.810,0000

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
 Sistema de Controle de Compras
 Emissão de Solicitações

Processo 14900/2011
 Rubrica 1111

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
0051	BRANCO, BLOCO COM 100 FOLHAS IMPRESSO - REQUISICAO DE MATERIAL EM 2 VIAS A PRIMEIRA NA COR BRANCA E A SEGUNDA VIA NA COR VERDE, MEDIDA: 20 CM DE LARGURA POR 15 CM DE COMPRIMENTO, BLOCO COM 100 FOLHAS	000000	108,00	1.302,4800
0052	IMPRESSO- REQUISICAO DE PAPO X 15 CM DE LARGURA POR 10,50 CM DE COMPRIMENTO, PRETO E BRANCO, BLOCO COM 100 FOLHAS	000000	300,00	1.107,0000
0053	IMPRESSO-REQUISICAO DE MEDICAMENTO NAO-PADRONIZADO, TAMANHO A4, PRETO E BRANCO, SOMENTE PRETE, BLOCO COM 100 FOLHAS.	000000	84,00	1.644,7200
0054	IMPRESSO-RESUMO DE ALTA TAMANHO FOLHA A4, PRETO E BRANCO, FRENTE E VERSO, BLOCO COM 100 FOLHAS	000000	96,00	2.357,7600
0055	IMPRESSO- SOLICITACAO DE EXAMES ESPECIAIS TAMANHO OFICIO, BLOCO COM 100 FOLHAS, PRETO E BRANCO	000000	408,00	6.895,2000
0056	IMPRESSO - SOLICITACAO PARA LIBERACAO DE ANTIBIOTICO TAMANHO FOLHA A4, FRENTE E VERSO, BLOCO COM 100 FOLHAS	000000	60,00	1.243,8000
0057	IMPRESSO - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO TAMANHO FOLHA A4, PRETO E BRANCO, BLOCO COM 100 FOLHAS	000000	36,00	776,1600
0058	IMPRESSO - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) COM 2 VIAS, A PRIMEIRA BRANCA E A SEGUNDA NA COR VERDE, MEDIDA: 16 CM DE LARGURA POR 12 CM DE LARGURA, BLOCO COM 100 FOLHAS	000000	48,00	302,4000
0059	IMPRESSO - UTI: FICHA DE BALANCA E SAE FRENTE VERSO, TAMANHO FOLHA A4, PRETO E BRANCO, BLOCO COM 100 FOLHAS	000000	108,00	2.043,3600
0060	Impresso- Ficha clinica pre natal frente e verso, tamanho folha A4, preto e branco, bloco com 100 folhas	000000	36,00	828,7200
0061	Impresso- Folha de Balanco Hidrico UTI e Sinais Vitais Bloco com 100 foas, tamanho folha A4, preto e branco	000000	60,00	1.243,8000
0062	Impresso- Identificacao de leite Tamanho fol A4,preto e branco, bloco com 100 folhas	000000	60,00	1.243,8000
0063	Impresso- Programa atencao integral a saude mulher Prevencao e controle Câncer do colo de utero, preto e branco, frente e verso, bloco com 100 folhas	000000	24,00	551,7600
0064	Boletim de producao ambulatorial odontologia bloco com 100 folhas Boletim de producao ambulatorial odontologia, bloco com 100 folhas, tamanho folha A4, preto e branco	000000	36,00	689,7600
0065	Impresso- caderneta de saude da crianca menina, frente e verso, papel couche, fosco, medida 15 cm de largura por 21 cm de comprimento, com 110 paginas Impresso- caderneta de saude da crianca menina, frente e verso, papel couche, fosco, medida 15 cm de largura por 21 cm de comprimento, com 110 paginas, colorido	000000	408,00	27.364,5600
0066	Impresso- caderneta de saude da crianca menino, frente e verso, papel couche, fosco, medida 15 cm de largura por 21 cm de comprimento,	000000	408,00	27.364,5600

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
Sistema de Controle de Compras
Emissão de Solicitações

Processo PMQ 14900/2021
Rubrica unif Fls 112

				com 110 páginas Impresso- caderneta de saúde da criança menino, frente e verso, papel coucho, fosco, medida 15 cm de largura por 21 cm de comprimento, com 110 páginas, colorido			
0067	048-16-1816-0	BLOCO	000000	Impresso- checagem de laringoscopia, tamanho A4, bloco com 100 folhas. Impresso- checagem de laringoscopia, tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco	12,00	37,81	453,7200
0068	048-16-1817-0	UNIDADE	000000	Impresso- comprovante de vacinação contra o Coronavírus Impresso- comprovante de vacinação contra o Coronavírus, 10,50 cm de largura x 15,5 de comprimento, em papel cartão, preto e branco	24.000,00	0,13	3.120,0000
0069	048-16-1818-0	BLOCO	000000	Impresso- cuidados pós operatorios odontologia, medida: 13,5x20 cm bloco com 100 folhas Impresso- cuidados pós operatorios odontologia, medida: 13,5x20 cm bloco com 100 folhas, preto e branco	12,00	32,22	386,6400
0070	048-16-1819-0	BLOCO	000000	Impresso- diário de acompanhante tamanho A4, bloco com 100 folhas, Impresso- diário de acompanhante tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco	12,00	38,49	461,8800
0071	048-16-1820-0	BLOCO	000000	Impresso- evolução em enfermagem frente e verso, tamanho A4, bloco com 100 folhas. Impresso- evolução em enfermagem frente e verso, tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco	12,00	42,54	510,4800
0072	048-16-1821-0	BLOCO	000000	Impresso- evolução em enfermeiro UTI frente verso, tamanho A4, bloco com 100 folhas. Impresso- evolução em enfermeiro UTI frente e verso, tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco.	12,00	42,54	510,4800
0073	048-16-1822-0	BLOCO	000000	Impresso- ficha de atendimento programa DST/AIDS, bloco com 100 folhas. Impresso- ficha de atendimento programa DST/AIDS, bloco com 100 folhas, tamanho folha A4, preto e branco,	12,00	38,49	461,8800
0074	048-16-1823-0	BLOCO	000000	Impresso- ficha de cadastro paciente diabético insulina dependente, bloco com 100 folhas. Impresso- ficha de cadastro paciente diabético insulina dependente, bloco com 100 folhas.	12,00	38,49	461,8800
0075	048-16-1824-0	BLOCO	000000	Impresso- ficha de internação hospitalar- obstétrica, frente e verso, na cor rosa tamanho A4, bloco com 100 folhas. Impresso- ficha de internação hospitalar- obstétrica, frente e verso, na cor rosa tamanho A4, bloco com 100 folhas.	12,00	42,54	510,4800
0076	048-16-1825-0	BLOCO	000000	Impresso- ficha de seguimento ambulatorial, medida 18x13 cm, bloco com 100 folhas. Impresso- ficha de seguimento ambulatorial, medida 18x13 cm, bloco com 100 folhas, preto e branco	12,00	31,11	373,3200
0077	048-16-1826-0	BLOCO	000000	Impresso- ficha de paciente odontologia, bloco com 100 folhas. Impresso- ficha de paciente odontologia, bloco com 100 folhas, tamanho folha A4, preto e branco	12,00	37,81	453,9600
0078	048-16-1827-0	BLOCO	000000	Impresso- ficha permanente do enfermeiro- UTI HMVMJ, tamanho A4 bloco com 100 folhas. Impresso- ficha permanente do enfermeiro- UTI HMVMJ, tamanho A4 bloco com 100 folhas, preto e branco.	12,00	37,83	453,9600

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
Sistema de Controle de Compras
Emissão de Solicitações

P.M.O. 14900/2021
Processo
Rubrica um R\$ 1113

Página: 0006

0079	048-16-1828-0	BLOCO	000000	Impresso- ficha permanente do enfermeiro- UT COVID, tamanho A4 bloco com 100 folhas. Impresso- ficha permanente do enfermeiro- UTI COVID, tamanho A4 bloco com 100 folhas, preto e branco.	12,00	37,83	453,9600
0080	048-16-1829-0	BLOCO	000000	Impresso- ficha unica HMMMJ, maternidade tip 1, bloco com 100 folhas. Impresso- ficha unica HMMMJ, maternidade tipo 1, bloco com 100 folhas, tamanho folha officio, preto e branco.	12,00	37,83	453,9600
0081	048-16-1830-0	BLOCO	000000	Impresso- ficha unica HMMMJ, maternidade tip 2, bloco com 100 folhas. Impresso- ficha unica HMMMJ, maternidade tipo 2, bloco com 100 folhas, tamanho folha officio, preto e branco.	12,00	37,83	453,9600
0082	048-16-1831-0	BLOCO	000000	Impresso- ficha unica HMMMJ, maternidade tip 3, bloco com 100 folhas. Impresso- ficha unica HMMMJ, maternidade tipo 3, bloco com 100 folhas, tamanho folha officio, preto e branco.	12,00	37,83	453,9600
0083	048-16-1832-0	BLOCO	000000	Impresso- ficha unica HMMMJ, maternidade tip 4, bloco com 100 folhas. Impresso- ficha unica HMMMJ, maternidade tipo 4, bloco com 100 folhas.	12,00	37,83	453,9600
0084	048-16-1833-0	BLOCO	000000	Impresso- ficha unica HMMMJ, maternidade tip 5, bloco com 100 folhas. Impresso- ficha unica HMMMJ, maternidade tipo 5, bloco com 100 folhas, tamanho folha officio, preto e branco.	12,00	37,83	453,9600
0085	048-16-1834-0	BLOCO	000000	Impresso- folha de parecer medico, tamanho A bloco com 100 folhas Impresso- folha de parecer medico, tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco.	12,00	37,83	453,9600
0086	048-16-1835-0	BLOCO	000000	Impresso- formulario de atendimento maternidade do HMMMJ, tamanho A4, bloco com 100 folhas. Impresso- formulario de atendimento maternidade do HMMMJ, tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco.	12,00	37,83	453,9600
0087	048-16-1836-0	BLOCO	000000	Impresso- formuarie para utilizacao de Misoprostol, tamanho A4, bloco com 100 folhas. Impresso- formuarie para utilizacao de Misoprostol, tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco.	12,00	37,83	453,9600
0088	048-16-1837-0	BLOCO	000000	Impresso- laudo programa IST/HIV/AIDS e Hepatites virais, bloco com 100 folhas. Impresso- laudo programa IST/HIV/AIDS e Hepatites virais, bloco com 100 folhas, tamanho folha A4, preto e branco.	12,00	37,83	453,9600
0089	048-16-1838-0	BLOCO	000000	Impresso- mapa de visitas efetuadas pelos fiscais de saude publica, tamanho A4, bloco com 100 folhas. Impresso- mapa de visitas efetuadas pelos fiscais de saude publica, tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco.	12,00	37,83	453,9600
0090	048-16-1839-0	BLOCO	000000	Impresso- monitoramento de acompanhante de Covid 19, tamanho A4, bloco com 100 folhas. Impresso- monitoramento de acompanhante de Covid 19, tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco.	12,00	37,83	453,9600
0091	048-16-1840-0	BLOCO	000000	Impresso- monitoramento de acompanhante de Covid 19, tamanho 21 cm x 14 cm, bloco com 100 folhas. Impresso- monitoramento de acompanhante de Covid 19, tamanho 21 cm do largurax 14 cm de comprimento, bloco com 100 folhas, preto e	12,00	37,83	453,9600

C.P.L
visto

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
Sistema de Controle de Compras
Emissão de Solicitações

P.M.O. 14600/2021
Rubrica unif fls 1124

Página: 0007

				branco.			
0092	048-16-1841-0	BLOCO	000000	Impresso- padronizacao de carro de parada, tamanho A4, bloco com 100 folhas. Impresso- padronizacao da carro de parada, tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco.	12,00	37,83	453,9600
0093	048-16-1842-0	BLOCO	000000	Impresso- pendencia de exames, tamanho A4, bloco com 100 folhas. Impresso- pendencia de exames, tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco.	12,00	37,83	453,9600
0094	048-16-1843-0	UNIDADE	000000	Impresso- programa de formulas especiais, em papel cartao 10 cm x 12 cm. Impresso- programa de formulas especiais, em papel cartao 10 cm x 12 cm, preto e branco.	1.008,00	0,44	443,5200
0095	048-16-1844-0	BLOCO	000000	Impresso- restreamento de Hanseniose e Tuberculose pelo agente de saude em visita domiciliar, bloco com 100 folhas. Impresso- restreamento de Hanseniose e Tuberculose pelo agente de saude em visita domiciliar, bloco com 100 folhas, tamanho folha A4, preto e branco.	12,00	40,59	487,0800
0096	048-16-1845-0	BLOCO	000000	Impresso- receitauario comum- medicamentos Puerperas tipo 1 tamanho 15,5 x 21,5, bloco com 100 folhas. Impresso- receitauario comum- medicamentos Puerperas tipo 1 tamanho 15,5 0x 21,50, bloco com 100 folhas, preto e branco.	12,00	34,08	408,9600
0097	048-16-1846-0	BLOCO	000000	Impresso- receitauario comum- medicamentos Puerperas tipo 2 tamanho 15,5 x 21,5, bloco com 100 folhas. Impresso- receitauario comum- medicamentos Puerperas tipo 2 tamanho 15,56x 21,50, bloco com 100 folhas, preto e branco.	12,00	34,08	408,9600
0098	048-16-1847-0	BLOCO	000000	Impresso- registro de abertura de carro de urgencia, tamanho A4, bloco com 100 folhas. Impresso- registro de abertura de carro de urgencia, tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco.	12,00	34,08	408,9600
0099	048-16-1848-0	BLOCO	000000	Impresso- requisicao de exame Citopatologico colo do utero, frente e verso, na cor rosa, bloco com 100 folhas. Impresso- requisicao de exame Citopatologico- colo do utero, frente e verso, na cor rosa, bloco com 100 folhas, tamanho folha A4	24,00	26,88	645,1200
0100	048-16-1849-0	BLOCO	000000	Impresso- requisicao de exame- biologica medica, frente e verso, tamanho A4, bloco com 100 folhas. Impresso- requisicao de exame- biologica medica, frente e verso, tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco.	12,00	40,58	486,9600
0101	048-16-1850-0	BLOCO	000000	Impresso- rotina de admissao de paciente, frente e verso, na cor amarela, tamanho A4, 100 folhas. Impresso- rotina de admissao de paciente, frente e verso, na cor amarela, tamanho A4, 100 folhas.	12,00	44,72	536,6400
0102	048-16-1851-0	BLOCO	000000	Impresso- servico de nutricao e dietetica- situacao do paciente, tamanho A4, bloco com 100 folhas. Impresso- servico de nutricao e dietetica- situacao do paciente, tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco	12,00	40,58	486,9600
0103	048-16-1852-0	BLOCO	000000	Impresso- setor de fisioterapia, frente e verso, bloco com 100 folhas. Impresso- setor de fisioterapia, frente e verso, bloco com 100	12,00	40,58	486,9600

C.P.L
visto

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
 Sistema de Controle de Compras
 Emissão de Solicitações

Processo PMO 14900/2021
 Rubrica unif Fis 1115

0104	048-16-1853-0	BLOCO	000000	Folhas, tamanho folha A4, preto e branco. Impresso- termo de consentimento esclarecido para parto cesário, bloco com 100 folhas. Impresso- termo de consentimento esclarecido para parto cesário, bloco com 100 folhas, tamanho folha A4, preto e branco.	12,00	40,58	486,9600
0105	048-16-1854-0	BLOCO	000000	Impresso- termo de consentimento para procedimento invasivo e cirurgia, frente e verso, tamanho A4, bloco com 100 folhas. Impresso- termo de consentimento para procedimento invasivo e cirurgia, frente e verso, tamanho folha A4, bloco com 100 folhas, preto e branco.	12,00	40,58	486,9600
0106	048-16-1855-0	BLOCO	000000	Impresso- termo de intimacao frente e verso, em 3 vias, a primeira na cor branca, a segunda na cor rosa e a terceira na cor azul, tamanho A4, bloco com 75 folhas.	12,00	43,43	521,1600
0107	048-16-1856-0	BLOCO	000000	Impresso- termo de responsabilidade para atendimento fisioterapia, bloco com 100 folhas. Impresso- termo de responsabilidade para atendimento fisioterapia, bloco com 100 folhas, tamanho folha A4, preto e branco	12,00	40,58	486,9600

Anexo:

Controle Gerencial - Suprimentos

Elaborado por:

Secretário

Solicitante

4 - Gabinete Prefeito

C.P.L
visto



República Federativa do Brasil – Estado do Rio de Janeiro
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
Rua Conde de Araruama, 425 – Centro – Quissamã – RJ

Processo: ^{P.M.Q.} 14900/2021
Rúbrica: mmf Fls. 1116

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

EDITAL

PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 065/2022

ANEXO III

(Modelo de Credenciamento)

(local), ____ de ____ de 2022

À

Prefeitura Municipal de Quissamã

Comissão de Pregão

REF.: Credenciamento Pregão nº /2022.

Prezados Senhores

Pela presente, fica credenciado o Sr. _____, portador da Cédula de Identidade nº _____, expedida em ____/____/____ e CPF nº _____, para representar a empresa _____, inscrita no CNPJ nº _____, no Pregão nº /2022, a ser realizada em ____/____/____, nesse Município, às ____ horas; podendo, para tanto praticar todos os atos necessários, inclusive poderes para formular ofertas e lance de preços, prestar esclarecimentos, receber notificações, interpor recursos e manifestar-se quanto à desistência de interpô-los.

Atenciosamente,

Assinatura do representante legal

OBSERVAÇÕES:

1 – A carta de Credenciamento deverá ser confeccionada em papel timbrado da empresa, assinada pelo seu representante legal, com poderes para constituir mandatário e COM FIRMA RECONHECIDA DO REPRESENTANTE LEGAL;

2 – Esta Carta deverá ser apresentada de forma avulsa, fora de qualquer dos envelopes (Proposta e Preços ou de Habilitação).



República Federativa do Brasil – Estado do Rio de Janeiro
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
Rua Conde de Araruama, 425 – Centro – Quissamã – RJ

P.M.O. 14900 | 2021
Processo
Rubrica *[assinatura]* Fl. 117

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

EDITAL

PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 065/2022

ANEXO IV

(Modelo da Declaração de Atendimento aos Requisitos de habilitação)

Ref.: PREGÃO nº /2022

A.....(empresa licitante), com sede na.....), inscrita no CNPJ nº....., por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a)....., portador(a) da Carteira de Identidade nº.....e do CPF nº....., para fins do disposto no inciso VII do art. 4º da Lei Federal nº 10.520, de 17 de julho de 2002, **DECLARA** que cumpriu plenamente os requisitos de habilitação exigidos para participação da licitação na modalidade Pregão nº 011/2022.

Local, em ____ de ____ de ____.

(representante legal)

Observações:

- 1 - Esta Declaração deverá ser confeccionada em papel timbrado da empresa e assinada pelo seu representante legal ou mandatário.
- 2 - Esta Declaração deverá ser apresentada de forma avulsa, fora de qualquer dos envelopes (Proposta de Preços ou de Habilitação).



República Federativa do Brasil – Estado do Rio de Janeiro
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
Rua Conde de Araruama, 425 – Centro – Quissamã – RJ

P.M.Q. | 2021
Processo 14900 |
Rubrica [assinatura] | Fis. 1128

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

EDITAL

PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 065/2022

ANEXO V

(Modelo da Declaração relativa ao trabalho de menores)

DECLARAÇÃO

Ref.: PREGÃO Nº /2022

_____, inscrito no CNPJ nº _____, por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a) _____, portador(a) da Carteira de identidade nº _____ e do CPF nº _____, **DECLARA**, para fins do disposto no inciso V do art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

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

Local e data


Assinatura e carimbo
(representante legal)

(Observação: Esta declaração deverá ser emitida em papel que identifique a licitante; se a licitante possuir maiores de 14 anos aprendizes deverá declarar essa condição).

C.P.L
visto



República Federativa do Brasil – Estado do Rio de Janeiro
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
Rua Conde de Araruama, 425 – Centro – Quissamã – RJ

P.M.Q. | 2021
Processo 14900 |
Rubrica  Fls 1119

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

EDITAL

PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 065/2022

ANEXO VI

MODELO DE DECLARAÇÃO DE ME, EPP OU MEI

Ref.: PREGÃO Nº /2022 - PMQ RJ

_____, com (razão social da empresa) sede na _____ (endereço), inscrita no CNPJ nº _____, vem, por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARAR, sob as penas da Lei, que é _____ (MICROEMPRESA ou EMPRESA DE PEQUENO PORTE ou MICROEMPREENDEDOR INDIVIDUAL), que cumpre os requisitos legais para efeito de qualificação como ME-EPP-MEI e que não se enquadra em nenhuma das hipóteses elencadas no § 4º do art. 3º da Lei Complementar nº 123, estando apta a usufruir dos direitos de que tratam os artigos 42 a 45 da mencionada Lei, não havendo fato superveniente impeditivo da participação no presente certame.

.....
(data)

.....
(representante legal)

C.P.L
visto



República Federativa do Brasil – Estado do Rio de Janeiro
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
Rua Conde de Araruama, 425 – Centro – Quissamã – RJ

P.M.Q. 14900/2021
Processo
Rubrica *[assinatura]* Fls 1120

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

EDITAL

PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 065/2022

ANEXO VII

(PROPOSTA DE PREÇOS)

C.P.L.
visto



República Federativa do Brasil - Estado do Rio de Janeiro
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
Rua Conde de Araruama, 425 - Centro - Quissamã - RJ

PMQ.
Processo 14900/2021
Rubrica *[assinatura]* Fls 1121

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

EDITAL

PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 065/2022

ANEXO VIII

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

C.P.L
visto

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÁ

Fornecedor:
Endereço:
PREGÃO/PROCESSO POR LOTE: 0000065/2022
PROCESSO ADMINISTRATIVO:

CNPJ: Tel.:

P.M.O. 14900 2021
Processo 14900 2021
Municipal 1122

DESCRIÇÃO	PRODUTO	ITEM	QUANTIDADE	UN	VALOR UNITARIO	MARCA	TOTAL	TOTAL POR LOTE
Lote: 1 Impresso - Adesivo- Rétulos A50-6,5 cm de largura por 10 cm de comprimento, pinte branco em papel adesivo.	048.16.1915	1	6.000,0000	UNIDADE	0,0000			0,0000
Lote: 2 Impresso - Adesivo auto colante- Almotolias- Clorexidina Degermante 4%-8,5 cm de largura x 4 cm de comprimento, preto e branco, em papel auto adesivo.	048.16.1916	2	5.040,0000	UNIDADE	0,0000			0,0000
Lote: 3 Impresso - Adesivo Auto Colante- Almotolias - Alcool 70%-6,5 cm de largura x 4 cm de comprimento, preto e branco em papel auto adesivo	048.16.1917	3	5.040,0000	UNIDADE	0,0000			0,0000
Lote: 4 Impresso - Adesivo Auto Colante- Almotolias - Clorexidina Aciclica 5%-8,5 cm de largura x 4 cm de comprimento , colorido, em papel auto adesivo.	048.16.1918	4	5.040,0000	UNIDADE	0,0000			0,0000
Lote: 5 Impresso - Adesivo Auto Colante- Almotolias - Clorexidina Aquosa 2%-8,5 cm de largura x 4 cm de comprimento, preto e branco, em papel auto adesivo	048.16.1919	5	5.040,0000	UNIDADE	0,0000			0,0000
Lote: 6 Impresso - Adesivo Auto Colante- Clorexidina Degermante 2%-8,5 cm de largura x 4 cm de comprimento, preto e branco, em papel auto adesivo	048.16.1920	6	5.040,0000	UNIDADE	0,0000			0,0000
Lote: 7 Adesivo Auto Colante de Vinil-8,5 cm de largura x 4 cm de comprimento- Solução/ data de emissão/ data de troca/ responsável, preto e branco, em papel auto adesivo	048.16.1921	7	5.040,0000	UNIDADE	0,0000			0,0000
Lote: 8 Impresso - Adesivo auto colante de vinil-9,5 cm de largura x 5 cm de comprimento- Serviço de nutrição dietética, preta e branco, em papel auto adesivo.	048.16.1922	8	5.040,0000	UNIDADE	0,0000			0,0000
Lote: 9 Impresso- Adesivo auto colante de vinil-9,5 cm de largura x 7 cm de comprimento- Dieta Enteral, preta e branco, em papel auto adesivo	048.16.1923	9	5.040,0000	UNIDADE	0,0000			0,0000
Lote: 10 Impresso- Atestado de Molestia COD- 007-Bloco com 100 células, 15 cm de largura x 21 cm de comprimento, preto e branco	048.16.1924	10	96,0000	BLOCO	0,0000			0,0000

Lote: 11	Impresso- Alentado médico para frequentar Parque Aquático-15 cm de largura x 21 cm de comprimento, bloco com 100 folhas, preto e branco	048.16.1925	11	36,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 12	Impresso- Alentado Médico-15 cm de largura x 21 de comprimento, bloco com 100 folhas, preto e branco	048.16.1926	12	504,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 13	Impresso- Avaliação pré operatória- Tamanho folha A4, bloco com 100 folhas, preto e branco	048.16.1927	13	50,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 14	Impresso- Boletim do Centro Cirúrgico-Cirurgia, anestesia, frente e verso, tamanho folha branco, preto e branco, bloco com 100 folhas	048.16.1928	14	36,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 15	Impresso- Capa de Eletrocardiograma-31 cm de largura x 11 cm de comprimento, preto e branco, em papel cartão	048.16.1929	15	6.000,0000	UNIDADE	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 16	Impresso- Cartão da Família-20 cm de largura x 8 cm de comprimento, preto e branco, frente e verso, em papel cartão	048.16.1930	16	804,0000	UNIDADE	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 17	Impresso- Cartão de Aproxamento-18,50 cm de largura x 15 cm de comprimento, frente e verso, preto e branco, em papel cartão	048.16.1931	17	3.000,0000	UNIDADE/30A	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 18	IMPRESSO - CARTÃO CADUSUS (CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE), SOMENTE FRENTE, COM LOGOTIPO DO SUS E DA PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMA, C/CLIBRO, CONFECCIONADO EM PAPEL COUCHÉ, TAM. 8,5 x 6 cm.	048.16.0936	18	15.000,0000	UNIDADE	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 19	Impresso- Carteira do Programa de Hipertensão Arterial-18 cm de largura x 20 de comprimento, frente e verso, preto e branco, em papel cartão	048.16.1932	19	3.000,0000	UNIDADE	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 20	Impresso- Carteira de marcação de consulta-21,50 cm de largura x 14,50 cm de comprimento, na cor branco e azul, frente e verso, em papel cartão	048.16.1933	20	10.020,0000	UNIDADE	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 21	Impresso- Carteira de Marcação de Fisioterapia 10 cm de largura x 15 cm de comprimento, frente e verso, preto e branco, em papel cartão-10 cm de largura x 15 cm de comprimento, frente e verso, preto e branco, em papel cartão	048.16.1934	21	2.040,0000	UNIDADE	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 22	Impresso- Carteira Programa Diabetes-18 cm de largura x 20 cm comprimento, frente e verso, preto e branco em papel cartão	048.16.1935	22	3.000,0000	UNIDADE	0,0000	0,0000	0,0000

P.M.O.
 Processo 14900/2021
 Rubrica *unif* Fls 1124

Impresso- Comprovante de Vacinação Atirabica Animal-Bloco com 100 folhas, 14,50 cm de largura x 10 cm de comprimento, preto e branco	048.16.1936	23	108,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 24							
Impresso- Comprovante de Vacinação-Formato cartão, ficha branca, só frente, logo Prefeitura Municipal de Quissamã, 10,50 cm de largura x 15,50 cm de comprimento, preto e branco.	048.16.1937	24	3,000,0000	UNIDADE	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 25							
Impresso- Comunicação Inicial-Formais- Passagem, 21,50 cm de largura x 15,50 cm de comprimento, preto e branco, bloco com 100 folhas	048.16.1938	25	204,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 26							
Impresso- Consulta de Mastologia-Frente e verso, tamanho folha ofício, preto e branco, bloco com 100 folhas	048.16.1939	26	34,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 27							
Impresso- Diploma de recém nascido-Frente e verso, papel cartão, 21 cm de largura x 15 cm comprimento, preto e branco	048.16.1940	27	3,000,0000	UNIDADE	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 28							
Impresso- Etiquetas de Hemodrenados (Auto Adesiva)-18 cm de largura x 7,50 de comprimento, preto e branco, papel auto adesivo	048.16.1941	28	3,000,0000	UNIDADE	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 29							
Evolução de Enfermagem- Frente e verso, tamanho folha ofício, bloco com 100 folhas, preto e branco	048.16.1942	29	300,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 30							
Impresso- Evolução do Parto-Bloco com 100 folhas, tamanho folha A4, preto e branco	048.16.1943	30	36,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 31							
Impresso- Evolução e tratamento-Bloco com 100 folhas, tamanho ofício, preto e branco, frente e verso	048.16.1944	31	1,200,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 32							
Impresso- Evolução Nutricional-Tamanho folha A4, bloco com 100 folhas, preto e branco	048.16.1945	32	24,0000	UNIDADE	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 33							
Impresso- Ficha clinica Adulto-Tamanho folha ofício, preto e branco, frente e verso, bloco com 100 folhas	048.16.1946	33	156,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 34							
Impresso- Ficha Clínica ambulatorial criança-tamanho folha ofício, preto e branco, bloco com 100 folhas	048.16.1947	34	156,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 35							
Impresso- Ficha de emergência-tamanho folha A4, preto e branco, bloco com 100 folhas	048.16.1949	35	500,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 36							

P.M.O.
 Processo 14900/2021
 Rubrica emp. 1125

Impresso- Ficha de Registro de Vacinação-Tamanho 21 cm de largura x 14 cm de comprimento, preto e branco, bloco com 100 folhas	36	048.16.1950	24.0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 37							
Impresso- Ficha Odontológica-21 cm de largura x 15 cm de comprimento, na cor branco e azul, frente e verso, em papel cartão	37	048.16.1951	156.0000	UNIDADE	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 38							
Impresso- Ficha única HÍMENO- bloco com 100 folhas, tamanho folha c/40x, preto e branco	38	048.16.1952	504.0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 39							
Impresso- Formulário de referência e contra referência-Tamanho folha A4, preto e branco, bloco com 200 folhas	39	048.16.1954	504.0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 40							
Impresso- Formulário pedido de farmácia- clínica médica-Tamanho folha A4, preto e branco, bloco com 100 folhas	40	048.16.1955	60.0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 41							
Impresso- Laudo médico para autorização cirúrgica eletiva-Tamanho folha A4, preto e branco, bloco com 100 folhas	41	048.16.1957	120.0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 42							
Impresso- Laudo médico para emissão de AHI-Em duas vias, a primeira branca e a segunda autocopiativa na cor amarela, tamanho folha A4, bloco com 100 folhas	42	048.16.1958	408.0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 43							
Impresso- Laudo para Raio X-15,50 cm de largura x 20,50 de comprimento, preto e branco, bloco com 100 folhas	43	048.16.1959	156.0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 44							
Impresso- Mapa de controle de temperatura-Formulário 210 x 330mm, preto e branco, bloco com 100 folhas	44	048.16.1960	36.0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 45							
IMPRESSO - NOTIFICAÇÃO DE RECEITA AZUL - 22cm x 08cm - BLOCO COM 50 FOLHAS	45	048.16.1122	504.0000	UNIDADE	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 46							
Impresso- Receituário comum-15,50 cm de largura x 21 cm de comprimento, bloco com 100 folhas, preto e branco	46	048.16.1962	3.504.0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 47							
Impresso- Receituário controle especial-Tamanho 15,50 cm de largura x 21,50 de comprimento, bloco com 100 folhas, na cor branco e azul	47	048.16.1963	3.000.0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 48							
Impresso- Registro Diário do Simples Análise/anal-Frente e verso,tamanho folha A4, bloco com 100 folhas, preto e branco	48	048.16.1964	204.0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 49							

P.M.O. 14900 2021
 Processo 14900 2021
 Rubrica *unif* Fls. 1126

IMPRESSO - REQUISICÃO DE COMPONENTES HEMOTERÁPICOS-TAMANHO FOLHA A4, BLOCO 100 FOLHAS, PRETO E BRANCO	048.16.1965	49	36,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 50 IMPRESSO - REQUISICÃO DE EXAMES-15 CM DE LARGURA POR 10,50 CM DE COMPRIMENTO, PRETO E BRANCO, BLOCO COM 100 FOLHAS	048.16.1966	50	3,000,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 51 IMPRESSO - REQUISICÃO DE MATERIAL EM 2 VIAS-A PRIMEIRA NA COR BRANCA E A SEGUNDA VIA NA COR VERDE, MEDIDA: 20 CM DE LARGURA POR 15 CM DE COMPRIMENTO, BLOCO COM 100 FOLHAS	048.16.1967	51	108,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 52 IMPRESSO - REQUISICÃO DE TAO X-15 CM DE LARGURA POR 10,50 CM DE COMPRIMENTO, PRETO E BRANCO, BLOCO COM 100 FOLHAS	048.16.1968	52	300,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 53 IMPRESSO - REQUISICÃO DE MEDICAMENTO NÃO-PADRONIZADO, TAMANHO A4, PRETO E BRANCO, SOMENTE FRENTE, BLOCO COM 100 FOLHAS.	048.16.0157	53	94,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 54 IMPRESSO-RESUMO DE ALTA-TAMANHO FOLHA A4, PRETO E BRANCO, FRENTE E VERSO, BLOCO COM 100 FOLHAS	048.16.1969	54	96,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 55 IMPRESSO - SOLICITAÇÃO DE EXAMES ESPECIAIS-TAMANHO OFÍCIO, BLOCO COM 100 FOLHAS, PRETO E BRANCO	048.16.1970	55	408,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 56 IMPRESSO - SOLICITAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE ANTIBIÓTICO-TAMANHO FOLHA A4, FRENTE E VERSO, BLOCO COM 100 FOLHAS	048.16.1971	56	60,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 57 IMPRESSO - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO-TAMANHO FOLHA A4, PRETO E BRANCO, BLOCO COM 100 FOLHAS	048.16.1972	57	36,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 58 IMPRESSO - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)-COM 2 VIAS, A PRIMEIRA BRANCA E A SEGUNDA NA COR VERDE, MEDIDA: 15 CM DE LARGURA POR 12 CM DE LARGURA, BLOCO COM 100 FOLHAS	048.16.1973	58	48,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 59 IMPRESSO - UTI FICHA DE BALANÇA E SAE-FRENTE E VERSO, TAMANHO FOLHA A4, PRETO E BRANCO, BLOCO COM 100 FOLHAS	048.16.1974	59	108,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 60 Impresso- Ficha clinica pré entar-frente e verso, tamanho folha A4, preto e branco, bloco com 100 folhas	048.16.1948	60	36,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 61 Impresso- Folha de Balança Hídrica UTI e Sinus Vitais-Bloco com 100 folhas, tamanho folha A4, preto e branco	048.16.1953	61	60,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000

Processo P.M.O. 14900/2021
 Subscrição R\$ 1127

Lote: 62	Impresso- Identificação de leite-Tamanho folha A4, preto e branco, bloco com 100 folhas	048.16.1956	62	60,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 63	Impresso- Programa atenção integral a saúde da mulher-Prevenção e controle Câncer do colo de útero, preto e branco, frente e verso, bloco com 100 folhas	048.16.1963	63	24,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 64	Boletim de produção ambulatorial odontologia, bloco com 100 folhas-Boletim de produção ambulatorial odontologia, bloco com 100 folhas, tamanho folha A4, preto e branco	048.16.1813	64	36,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 65	Impresso- caderneta de saúde da criança menina, frente e verso, papel couchê, fosco, medida 15 cm de largura por 21 cm de comprimento, com 110 páginas- Impresso- caderneta de saúde da criança menino, frente e verso, papel couchê, fosco, medida 15 cm de largura por 21 cm de comprimento, com 110 páginas, colorido	048.16.1814	65	408,0000	UNIDADE	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 66	Impresso- caderneta de saúde da criança menino, frente e verso, papel couchê, fosco, medida 15 cm de largura por 21 cm de comprimento, com 110 páginas- Impresso- caderneta de saúde da criança menina, frente e verso, papel couchê, fosco, medida 15 cm de largura por 21 cm de comprimento, com 110 páginas, colorido	048.16.1815	66	408,0000	UNIDADE	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 67	Impresso- checkagem de laringoscópio, tamanho A4, bloco com 100 folhas- Impresso- checkagem de laringoscópio, tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco	048.16.1816	67	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 68	Impresso- comprovante de vacinação contra o Coronavírus- Impresso- comprovante de vacinação contra o Coronavírus, 10,50 cm de largura x 15,5 de comprimento, em papel cartão, preto e branco	048.16.1817	68	24,000,0000	UNIDADE	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 69	Impresso- cuidados pós operatórios odontologia, medida: 13,5x20 cm bloco com 100 folhas- Impresso- cuidados pós operatórios odontologia, medida: 13,5x20 cm bloco com 100 folhas, preto e branco	048.16.1818	69	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 70	Impresso- diária de acompanhante tamanho A4, bloco com 100 folhas- Impresso- diária de acompanhante tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco	048.16.1819	70	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 71	Impresso- evolução em enfermagem frente e verso, tamanho A4, bloco com 100 folhas- Impresso- evolução em enfermagem frente e verso, tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco	048.16.1820	71	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000

PMIO
 Processo 14900/2021
 Rubrica 1128

Lote: 72	Impresso- evolução em enfermeiro UTI frente e verso, tamanho A4, bloco com 100 folhas. Impresso- evolução em enfermeiro UTI frente e verso, tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco.	048.16.1821	72	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 73	Impresso- ficha de atendimento programa DST/AIDS, bloco com 100 folhas. Impresso- ficha de atendimento programa DST/AIDS, bloco com 100 folhas, tamanho folha A4, preto e branco.	048.16.1822	73	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 74	Impresso- ficha de cadastro paciente diabético insulina dependente, bloco com 100 folhas. Impresso- ficha de cadastro paciente diabético insulina dependente, bloco com 100 folhas.	048.16.1823	74	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 75	Impresso- ficha de internação hospitalar- obstetrícia, frente e verso, na cor rosa tamanho A4, bloco com 100 folhas. Impresso- ficha de internação hospitalar- obstetrícia, frente e verso, na cor rosa tamanho A4, bloco com 100 folhas.	048.16.1824	75	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 76	Impresso- ficha de seguimento ambulatorial, medida 18x13 cm, bloco com 100 folhas. Impresso- ficha de seguimento ambulatorial, medida 18x13 cm, bloco com 100 folhas, preto e branco.	048.16.1825	76	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 77	Impresso- ficha de paciente odontologia, bloco com 100 folhas. Impresso- ficha de paciente odontologia, bloco com 100 folhas, tamanho folha A4, preto e branco.	048.16.1826	77	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 78	Impresso- ficha permanente do enfermeiro- UTI HMMM, tamanho A4 bloco com 100 folhas. Impresso- ficha permanente do enfermeiro- UTI HMMM, tamanho A4 bloco com 100 folhas, preto e branco.	048.16.1827	78	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 79	Impresso- ficha permanente do enfermeiro- UTI COVID, tamanho A4 bloco com 100 folhas. Impresso- ficha permanente do enfermeiro- UTI COVID, tamanho A4 bloco com 100 folhas, preto e branco.	048.16.1828	79	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 80	Impresso- ficha única HMMM, maternidade tipo 1, bloco com 100 folhas. Impresso- ficha única HMMM, maternidade tipo 1, bloco com 100 folhas, tamanho folha oficial, preto e branco.	048.16.1829	80	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 81	Impresso- ficha única HMMM, maternidade tipo 2, bloco com 100 folhas. Impresso- ficha única HMMM, maternidade tipo 2, bloco com 100 folhas, tamanho folha oficial, preto e branco.	048.16.1830	81	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 82								

Processo: P.M.C. 14900/2021
 Rubrica: Fis 1129

Impresso- ficha única HMMML, maternidade tipo 3, bloco com 100 folhas. Impresso- ficha única HMMML, maternidade tipo 3, bloco com 100 folhas, tamanho folha ofício, preto e branco.	048.16.1831	82	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 83							
Impresso- ficha única HMMML, maternidade tipo 4, bloco com 100 folhas. Impresso- ficha única HMMML, maternidade tipo 4, bloco com 100 folhas.	048.16.1832	83	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 84							
Impresso- ficha única HMMML, maternidade tipo 5, bloco com 100 folhas. Impresso- ficha única HMMML, maternidade tipo 5, bloco com 100 folhas, tamanho folha ofício, preto e branco.	048.16.1833	84	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 85							
Impresso- folha de parecer médico, tamanho A4, bloco com 100 folhas. Impresso- folha de parecer médico, tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco.	048.16.1834	85	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 86							
Impresso- formulário de atendimento maternidade do HMMML, tamanho A4, bloco com 100 folhas. Impresso- formulário de atendimento maternidade do HMMML, tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco.	048.16.1835	86	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 87							
Impresso- formulário para utilização de Misoprostol, tamanho A4, bloco com 100 folhas. Impresso- formulário para utilização de Misoprostol, tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco.	048.16.1836	87	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 88							
Impresso- laudo programa IST/HIV/AIDS e Hepatites virais, bloco com 100 folhas. Impresso- laudo programa IST/HIV/AIDS e Hepatites virais, bloco com 100 folhas, tamanho folha A4, preto e branco.	048.16.1837	88	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 89							
Impresso- mapa de visitas efetuadas pelos locais de saúde pública, tamanho A4, bloco com 100 folhas. Impresso- mapa de visitas efetuadas pelos locais de saúde pública, tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco.	048.16.1838	89	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 90							
Impresso- monitoramento de acompanhante de Covid 19, tamanho A4, bloco com 100 folhas. Impresso- monitoramento de acompanhante de Covid 19, tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco.	048.16.1839	90	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 91							
Impresso- monitoramento de acompanhante de Covid 19, tamanho 21 cm x 14 cm, bloco com 100 folhas. Impresso- monitoramento de acompanhante de Covid 19, tamanho 21 cm, de largura 14 cm de comprimento, bloco com 100 folhas, preto e branco.	048.16.1840	91	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 92							
Impresso- padronização de carro de parada, tamanho A4, bloco com 100 folhas. Impresso- padronização de carro de parada, tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco.	048.16.1841	92	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000

P.M.F.O.
 Profissão: 14900 2621
 Rubrica: unif 1130

Lote: 93	Impresso- pendência de exames, tamanho A4, bloco com 100 folhas- impresso- pendência de exames, tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco.	048.16.1842	93	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 94	Impresso- programa de formulas especiais, em papel cartão 10 cm x 12 cm- impresso- programa de formulas especiais, em papel cartão 10 cm x 12 cm, preto e branco.	048.16.1843	94	1,0000	UNIDADE	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 95	Impresso- rastreamento de Hanseniose e Tuberculose pelo agente de saúde em visita domiciliar, bloco com 100 folhas- impresso- rastreamento de Hanseniose e Tuberculose pelo agente de saúde em visita domiciliar, bloco com 100 folhas, tamanho folha A4, preto e branco.	048.16.1844	95	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 96	Impresso- receitaário comum- medicamentos Puerperas tipo 1 tamanho 15,5 x 21,5, bloco com 100 folhas- impresso- receitaário comum- medicamentos Puerperas tipo 1 tamanho 15,5 x 21,5, bloco com 100 folhas, preto e branco.	048.16.1845	96	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 97	Impresso- receitaário comum- medicamentos Puerperas tipo 2 tamanho 15,5 x 21,5, bloco com 100 folhas- impresso- receitaário comum- medicamentos Puerperas tipo 2 tamanho 15,5 x 21,5, bloco com 100 folhas, preto e branco.	048.16.1846	97	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 98	Impresso- registro de abertura de carro de urgência, tamanho A4, bloco com 100 folhas- impresso- registro de abertura de carro de urgência, tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco.	048.16.1847	98	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 99	Impresso- requisição de exame Citopatológico- colo do útero, frente e verso, na cor rosa, bloco com 100 folhas- impresso- requisição de exame Citopatológico- colo do útero, frente e verso, na cor rosa, bloco com 100 folhas, tamanho folha A4.	048.16.1848	99	24,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 100	Impresso- requisição de exame- biológica médica, frente e verso, tamanho A4, bloco com 100 folhas- impresso- requisição de exame- biológica médica, frente e verso, tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco.	048.16.1849	100	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 101	Impresso- rotina de admissão de paciente, frente e verso, na cor amarela, tamanho A4, bloco com 100 folhas- impresso- rotina de admissão de paciente, frente e verso, na cor amarela, tamanho A4, 100 folhas.	048.16.1850	101	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 102	Impresso- serviço de nutrição e dietética- situação do paciente, tamanho A4, bloco com 100 folhas- impresso- serviço de nutrição e dietética- situação do paciente, tamanho A4, bloco com 100 folhas, preto e branco.	048.16.1851	102	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000

P.M.L.O.
 Processo 14900/2024
 Rubrica: unuf 1131

Lote: 103	Impresso- setor de fisioterapia, frente e verso, bloco com 100 folhas- impresso- setor de fisioterapia, frente e verso, bloco com 100 folhas, tamanho folha A4, preto e branco.	048.16.1852	103	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 104	Impresso- termo de consentimento esclarecido para parto cesáreo, bloco com 100 folhas- impresso- termo de consentimento esclarecido para parto cesáreo, bloco com 100 folhas, tamanho folha A4, preto e branco.	048.16.1853	104	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 105	Impresso- termo de consentimento para procedimento invasivo e cirurgia, frente e verso, tamanho A4, bloco com 100 folhas- impresso- termo de consentimento para procedimento invasivo e cirurgia, frente e verso, tamanho folha A4, bloco com 100 folhas, preto e branco.	048.16.1854	105	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 106	Impresso- termo de intimação, frente e verso, em 3 vias, a primeira na cor branca, a segunda na cor rosa e a terceira na cor azul, tamanho A4, bloco com 75 folhas.	048.16.1855	106	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
Lote: 107	Impresso- termo de responsabilidade para atendimento fisioterapia, bloco com 100 folhas- impresso- termo de responsabilidade para atendimento fisioterapia, bloco com 100 folhas, tamanho folha A4, preto e branco.	048.16.1856	107	12,0000	BLOCO	0,0000	0,0000	0,0000
TOTAL DA PROPOSTA								0,0000



Prefeitura Municipal de Quissamã

R. Conde de Araruama, 425 – Quissamã - Rio de Janeiro – RJ

P.M.Q.
Processo 14900/2021
Rubrica: [assinatura] P. 1132

MINUTA

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

MINUTA DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº ___/2022

PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 065/2022

Aos ___ dias do mês de _____ de 2022, autorizado pelo processo nº 14900/2021 de PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 065/2022, solicitação nº 434/2022, foi expedida a presente Ata de Registro de Preços, que será regida pelas disposições contidas na Lei Federal nº 10.520, de 17 de julho de 2002, subsidiariamente pela Lei Federal nº 8.666/93, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, pelo Decreto Municipal nº 2425, de 13 de março de 2018, pelo Decreto Municipal nº 1.882/2014, de 06 de maio de 2014 e suas alterações e pela Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006 e suas alterações, além das demais disposições legais aplicáveis que, conjuntamente com as condições adiante estipuladas, regem o relacionamento obrigacional entre a Administração Municipal e a Licitante Vencedora.

Objeto: Registro de Preços para aquisição de material gráfico (impressos), destinados as Unidades de Saúde da rede SUS de Quissamã, Coordenação ESF, Vigilância Sanitária, inclusive o Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus, conforme termo de referência que integra esta Ata de Registro de Preços.

1.1. Município de Quissamã – Fundo Municipal de Saúde - pessoa jurídica de direito público, com sede – Prefeitura Municipal de Quissamã, situada à Rua Conde de Araruama, nº 425, Centro, Quissamã/RJ, CEP: 28.735-000, inscrito no CNPJ sob o nº 11.892.333/0001-99, representado neste ato pelo Gestor do Fundo Municipal de Saúde, Sr. Nilton Pinto e pelo Chefe de Gabinete da Prefeita, Sr. Luciano de Almeida Lourenço;

1.2. Consideram-se registrados os preços do Detentor da Ata: A empresa _____ com sede na Rua _____, CEP: _____, e inscrita no CNPJ sob nº _____, representado por _____, portador da Carteira de Identidade RG nº _____ e CPF sob o n.º _____, a saber:

C.P.L
visto

1.3. O Município efetuará seus pedidos a Detentora da Ata pelo Fundo Municipal de Saúde mediante assinatura da Ata de Registro de Preços, com indicação da dotação orçamentária por onde correrá a despesa.

Processo ^{P.M.O.} 14900/2021
Rubrica unf Fls. 1133

1.4. Os materiais serão solicitados com antecedência para que possam ser entregues nas quantidades e horários pré estabelecidos pelo Fundo Municipal de Saúde.

1.5. O preço de R\$ _____ (_____) será pago mediante entrega realizada e conferida, quanto à qualidade dos materiais, à base dos preços unitários do item apresentado na proposta final, e mediante a apresentação da Nota Fiscal pela Contratada obedecendo à Lei nº 5.474/68 e a Lei nº 4.20/64, § 1º, III do Art. 63, contendo a descrição de cada material aceito pela contratante no período, informando ainda, a modalidade e número da licitação, número do empenho e dados bancários, acompanhados das provas de regularidade com a Previdência Social – INSS e junto ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS.

1.6. O presente registro de preços terá vigência de 12 (doze) meses, contados a partir da data da assinatura da Ata de Registro de Preços.

1.6.1. O material deverá ser entregue no prazo máximo de 20 (vinte) dias, após o recebimento da nota de empenho, no Almoxarifado da SEMSA, localizado à Rua Barão de Monte Cedro, s/nº – Centro, Quissamã/RJ. Fone (22) 2768-9300 – ramal 9440.

1.7. Os preços registrados serão confrontados periodicamente, pelo menos trimestralmente, com os praticados no mercado e assim controlados pela Secretaria de Administração.

1.8. Durante a sua vigência, os preços registrados somente poderão ser ajustados nas hipóteses elencadas no artigo 7º do Decreto Municipal nº 1.882 de 06 de maio de 2014, observadas as disposições contidas na alínea “d” do inciso II do caput do artigo 65 da Lei nº 8.666/93, caso em que o órgão gerenciador realizará periodicamente pesquisa de mercado para comprovação da vantajosidade.

1.9. Os materiais serão aceitos provisoriamente; o recebimento definitivo será feito após a verificação da qualidade dos mesmos.

1.10. As despesas decorrentes da aquisição, objeto desta licitação, correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias:

C.P.L
visto

CÓDIGO	NATUREZA	FONTE	FICHA	RECURSO	"%"
10.122.0110.2095	3390.30	170403	1237	ROYALTIES PELO EXCE	5%
10.301.0116.2095	3390.30	160002	1287	ATENÇÃO BÁSICA	10%
10.301.0116.2095	3390.30	162102	1285	CO-FINANCIAMENTO	5%
10.301.0116.2095	3390.30	170401	1288	ROYALTIES ATÉ 5%- LEI	10%
10.301.0119.2095	3390.30	170401	1328	ROYALTIES ATÉ 5%- LEI	5%
10.302.0120.2095	3390.30	160003	1374	ATENÇÃO DE ALTA E M	5%
10.302.0120.2095	3390.30	162101	1372	PROGRAMA ASSIST. HO	10%
10.302.0120.2095	3390.30	162104	1371	ATENÇÃO PSICOSSOCI	5%
10.302.0120.2095	3390.30	170401	1375	ROYALTIES ATÉ 5%	5%
10.303.0121.2333	3390.30	170403	1426	ROYALTIES PELO EXCE	10%
10.303.0121.2333	3390.30	160001	1425	ASSISTENCIA FARMACI	5%
10.304.0117.2095	3390.30	160005	1453	VIGILANCIA EM SAÚDE	10%
10.304.0117.2095	3390.30	170403	1454	ROYALTIES PELO EXCE	5%
10.306.0122.2336	3390.30	160002	1466	ATENÇÃO BÁSICA	5%
10.306.0122.2336	3390.30	170401	1467	ROYALTIES ATÉ 5%- LEI	5%

1.11. Este instrumento de registro de preços não obriga o Município a firmar as contratações com a fornecedora, ficando-lhe facultada a utilização de outros meios, assegurados, nesta hipótese, a preferência do beneficiário do registro em igualdade de condições, nos termos do parágrafo quarto, art. 15 da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações.

1.12. O descumprimento do prazo de entrega sujeitará a fornecedora às sanções previstas no item 18 do edital.

1.13. O registro de preços poderá ser suspenso ou cancelado no interesse da Administração e nas hipóteses dos Artigos 77 e 78, da Lei Federal nº 8666/93, ou a pedido justificado do interessado e aceito pela Administração.

1.14. A rescisão do termo, por inexecução total ou parcial, dar-se-á nas hipóteses dos Arts. 77 e 78, da Lei Federal nº 8.666/93. A parte infratora sujeitar-se-á ao pagamento de multa equivalente a 10 % (dez por cento) do valor dado como preço do fornecimento, e indenização das perdas e danos, se ocasionados. A rescisão amigável dar-se-á, nos termos do Art. 79, Inciso II, da Lei Federal nº 8.666/93.

1.15. A fornecedora deverá manter enquanto vigorar o registro de preços e em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no PREGÃO PRESENCIAL SISTEMA REGISTRO DE PREÇOS Nº 065/2022.

1.16. Integrarão a Ata de Registro de Preços, como partes indissociáveis, as propostas apresentadas pelas adjudicatárias.

P.M.Q.
Processo 14900/2021
Rubrica *[assinatura]* Fls. 1135

1.17. Cumprir fielmente as determinações constantes na Ata de Registro de Preços n.º ____/2022, e seus anexos, de sua Proposta, bem como a legislação a que se subordina o presente ajuste.

1.18. A fornecedora deverá responder por todos os ônus, encargos e obrigações, comerciais, fiscais, tributárias e trabalhistas e por todos os danos e prejuízos que, a qualquer título, venha a causar a terceiros, em virtude do fornecimento ou serviço, respondendo por si e por seus sucessores.

1.19. A Ata de Registro de Preços, durante sua vigência, poderá ser utilizada e estendida a qualquer Órgão Público ou Entidade da Administração Municipal, que não tenha participado do certame licitatório, mediante prévia consulta ao órgão/entidade gerenciador da Ata de Registro de Preços, desde que devidamente comprovada a vantagem de sua utilização.

1.20. O (s) Órgão (aos) Público (s) e/ou Entidade (s) da Administração que não participar (em) do registro de preços, e que desejar (em) fazer uso da Ata de Registro de Preços, deverá (ão) manifestar seu interesse junto ao órgão/entidade gerenciador da Ata de Registro de Preços, para que indique os possíveis fornecedores e respectivos preços a serem praticados, obedecidos a ordem de classificação.

1.21. Caberá ao fornecedor beneficiário da Ata de Registro de Preços, observadas as condições nela estabelecidas, optar pela aceitação ou não pelo fornecimento a outros Órgãos Públicos e/ou Entidades da Administração, independentemente dos quantitativos registrados em Ata, desde que este fornecimento não prejudique as obrigações anteriormente assumidas.

1.22. As aquisições ou contratações adicionais a que se refere o subitem anterior não poderão exceder por Órgão Público e/ou Entidades da Administração, a 50% (cinquenta por cento) dos quantitativos registrados na Ata de Registro de Preços.

1.23. O quantitativo decorrente das adesões à ata de registro de preços não poderá exceder, na totalidade, ao dobro do quantitativo de cada item registrado na ata de registro de preços, independente do número de órgãos não participantes que aderirem.

1.24. Após a autorização do Órgão Gerenciador, o Órgão não participante deverá efetivar a aquisição ou contratação solicitada em até 90 (noventa) dias, observado o prazo de vigência da ata.

C.P.L.
visto

2. - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS:

2.1. No caso de descumprimento total ou parcial das condições desta Ata de Registro de Preços, o FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, sem prejuízo das perdas e danos e das multas cabíveis, nos termos da lei civil, aplicará a contratada, conforme o caso, as penalidades previstas nos art. 86, 87e 88 da Lei Federal nº 8.666/93, bem como no que couber, as seguintes sanções.

2.2. Multa moratória de 1% (um por cento) ao dia útil que exceder o prazo de fornecimento, sobre o valor do saldo não atendido, respeitados os limites da lei civil;

2.3. Multa administrativa de até 20% (vinte por cento) sobre o valor da nota de empenho, nas demais hipóteses de inadimplemento ou infração de qualquer natureza, seja contratual ou legal.

2.4. As multas moratórias e administrativa poderão ser aplicadas cumulativamente ou individualmente, não impedindo que ao FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE rescinda, unilateralmente, a Ata de registro de Preço e aplique as demais sanções legais cabíveis.

2.5. As multas administrativa e moratórias serão descontadas dos pagamentos eventualmente devidos pela administração à contratada ou, ainda, quando for o caso, cobrada judicialmente, em consonância com os parágrafos 2º e 3º do art.86 da Lei Federal nº 8.666/93.

2.6. A aplicação de multas não elidirá, em face do descumprimento do pactuado, o direito do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE de rescindir de pleno direito o contrato, independente de ação, notificação ou interpelação judicial ou extrajudicial, sem prejuízo das demais comunicações legais e contratuais cabíveis, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

2.7. A licitante que não retirar o empenho dentro do prazo de validade da sua proposta, deixar de entregar a documentação exigida para a contratação, retardar a execução, descumprir, injustificadamente, qualquer cláusula contratual, comporta-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal poderá, nos termos do art.7º da Lei Federal nº 10.520/02, ser impedida de contratar com a administração Pública pelo prazo de até 5 (cinco) anos, sem prejuízo da aplicação das demais comunicações legais, tudo proporcionalmente ao grau de culpabilidade da conduta apenada.

3. Faz parte integrante desta Ata de Registro de Preços, aplicando-se-lhe todos os seus dispositivos, o Edital do Pregão Presencial para Registro de Preços nº 065/2022, o anexo I – relação dos itens da licitação (Julgamento), com os termos aditados e a proposta da detentora da Ata naquilo que não contrariar as presentes disposições.

3.1. Ficam designados como Gestor da presente Ata de Registro de Preços o (a) Sr. (ª) _____, e como Fiscal o (a) Sr.(ª) _____, os quais deverão exercer ampla, irrestrita e permanente fiscalização do fornecimento contratado, nos termos e atribuições do Decreto Municipal n.º 2729/2019 e do Art. 67, parágrafos 1º e 2º da Lei Federal nº 8.666/93 e as desta Ata, sem prejuízo ao Fundo Municipal de Saúde o fiscalizar seus empregados, prepostos ou subordinados.

3.2. Fica eleito o foro da Comarca de Carapebus – Quissamã / RJ, excluído qualquer outro para dirimir dúvidas ou questões oriundas desta Ata e do procedimento licitatório que a precedeu.

3.3. Para constar foi lavrada a presente Ata de Registro de Preços, que vai assinada por seus representantes legais, em 04 (quatro) vias de igual teor e forma e rubricadas para todos os fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Quissamã (RJ), _____ de _____ de 2022.

MUNICÍPIO DE QUISSAMÃ
Nilton Pinto
Gestor do Fundo Municipal de Saúde

MUNICÍPIO DE QUISSAMÃ
Luciano de Almeida Lourenço
Chefe de Gabinete da Prefeita

CNPJ: _____

CIENTES:

Gestor: _____

Fiscal : _____ CPF: _____

TESTEMUNHAS:

NOME: _____ CPF: _____

NOME: _____ CPF: _____