



PODER EXECUTIVO

PORTARIAS

PORTARIA Nº. 012, DE 25 DE ABRIL DE 2024

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE CULTURA DE APARECIDA DE GOIÂNIA, no uso de suas atribuições legais.

RESOLVE:

Art. 1º Nomear como gestor de processos e fiscal Administrativo:  
Processo: 2025137663

| Matrícula | Função                | Nomes                      |
|-----------|-----------------------|----------------------------|
| 49081     | Gestor                | Juarez Francisco Benevides |
| 48945     | Fiscal Administrativo | Ibis Naves Tavares         |

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando as anteriores.

Art. 3º Cumpra-se, publique-se, dê-se ciência aos interessados.

GABINETE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA DE APARECIDA DE GOIÂNIA, aos 25 de abril do ano de 2025.

MARLUCIO PEREIRA  
Secretário Municipal de Cultura

PORTARIA Nº 16, DE 25 DE ABRIL DE 2025.

Designa gestor para acompanhamento da execução e gerenciamento do Processo n. 2023.237.528 seu (s) contrato (s) e respectivo (s) aditivo (s) e fiscal do contrato.

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, no uso da competência que lhe foi outorgada pela Lei Complementar n. 183, de 04 de janeiro de 2021 e,

CONSIDERANDO o disposto nos artigos 104, inciso III e 117 da Lei Federal n. 14.133/21, que determinam o acompanhamento e fiscalização da execução dos contratos celebrados através de um representante da Administração;

CONSIDERANDO que os órgãos públicos devem manter um fiscal formalmente designado durante toda a vigência dos contratos celebrados;

CONSIDERANDO os princípios que regem a Administração Pública;

CONSIDERANDO que as principais atribuições dos Fiscais Contratuais são:

I – Zelar pelo efetivo cumprimento das obrigações contratuais assumidas e pela qualidade dos produtos fornecidos e dos serviços prestados;

II – Verificar se a entrega de materiais, execução de obras ou prestação de serviços (bem como seus preços e quantitativos) estão sendo cumpridos de acordo com o instrumento contratual e instrumento convocatório;

III – Acompanhar, fiscalizar e atestar as aquisições, a execução dos serviços e obras contratadas;

IV – Indicar eventuais glosas das faturas.

RESOLVE:

Art. 1º. Fica designado o servidor Arnaldo da Silva Rodrigues, Matrícula n. 46.275, como gestor para acompanhamento da execução e gerenciamento do processo n. 2023.237.528, seu (s) contrato (s) e respectivo (s) aditivo (s), cujo objeto é contratação de empresa para o fornecimento de gás GLP a granel em cilindro de 190 KG a ser disponibilizado pela contratada em regime de comodato.

Art. 2º. Fica designado como fiscal do (s) contrato (s) decorrente (s) do presente processo e seu (s) respectivo (s) aditivo(s) a servidora Débora Maciel Cavalcante Pereira, Matrícula n. 46.350.

Parágrafo único. Durante a fiscalização do Contrato poderá ser solicitado o acompanhamento de servidores da Secretaria Municipal de Transparência, Fiscalização e Controle com o fito de preservar os interesses do Município contra ilegalidades, erros ou outras irregularidades;

Art. 3º. Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º. Cumpra-se, publique-se, dê-se ciência aos interessados.

Secretaria Municipal de Administração, 25 de abril de 2025.

ARNALDO DA SILVA RODRIGUES  
Gestor do Contrato

DÉBORA MACIEL CAVALCANTE PEREIRA  
Fiscal do Contrato

ARTHUR HENRIQUE DE SOUSA BRAGA  
Secretário Municipal de Administração.

PORTARIA Nº 034/2025 DE 16 DE ABRIL DE 2025.

O Secretário Municipal de Infraestrutura de Aparecida de Goiânia, no uso de sua atribuição legais e ainda.

Considerando o que dispõe o artigo 16 incisos XX da INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 15/2012 DO TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS, DE 07 DE NOVEMBRO DE 2012. (Ato emitido pelo Gestor do Órgão, designando servidores como fiscais de contrato).

RESOLVE:

I – Nomear para FISCALIZAÇÃO DAS OBRAS REFERENTES AO CONTRATO Nº 124/2024-SEL, cujo objeto é a Execução do Programa de Reestruturação Viária na Bacia do Ribeirão Santo Antônio II – CAF/PMAP – Eixo 1-3-4, neste Município, as (os) servidores: LEONARDO THOMAZ DE CERQUEIRA, MATRÍCULA 48267, CREA 11555/D-GO e TULIO FRANCISCO DA SILVA, MATRÍCULA 46493, CREA 1022491121/D-GO

II Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

III – Cumpra-se, publique, dê-se ciência ao interessado (a).

GABINETE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA, aos 16 dias do mês de abril de 2025.

ENG.º ALFREDO SOUBIHE NETO  
SECRETÁRIO DE INFRAESTRUTURA

LEONARDO THOMAZ DE CERQUEIRA  
CREA 11555/D-GO

TULIO FRANCISCO DA SILVA  
CREA 1022491121/D-GO



PORTARIA Nº 035/2025 DE 16 DE ABRIL DE 2025.

O Secretário Municipal de Infraestrutura de Aparecida de Goiânia, no uso de sua atribuição legais e ainda.

Considerando o que dispõe o artigo 16 incisos XX da INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 15/2012 DO TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS, DE 07 DE NOVEMBRO DE 2012. (Ato emitido pelo Gestor do Órgão, designando servidores como fiscais de contrato).

RESOLVE:

I – Nomear para FISCALIZAÇÃO DAS OBRAS REFERENTES AO CONTRATO Nº 1011/2025-SEL, cujo objeto é a Execução do Programa de Reestruturação Viária na Bacia do Ribeirão Santo Antônio II – CAF/PMAP – Eixo 2-1A, neste Município, as (os) servidores: LEONARDO THOMAZ DE CERQUEIRA, MATRÍCULA 48267, CREA 11555/D-GO e TULIO FRANCISCO DA SILVA, MATRÍCULA 46493, CREA 1022491121/D-GO

II Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

III – Cumpra-se, publique, dê-se ciência ao interessado (a).

GABINETE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA, aos 16 dias do mês de abril de 2025.

ENG.º ALFREDO SOUBIHE NETO  
SECRETÁRIO DE INFRAESTRUTURA

LEONARDO THOMAZ DE CERQUEIRA  
CREA 11555/D-GO

TULIO FRANCISCO DA SILVA  
CREA 1022491121/D-GO

PORTARIA Nº 039/2025 DE 24 DE ABRIL DE 2025.

O Secretário Municipal de Infraestrutura de Aparecida de Goiânia, no uso de sua atribuição legais e ainda.

Considerando o que dispõe o artigo 16 incisos XX da INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 15/2012 DO TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS, DE 07 DE NOVEMBRO DE 2012. (Ato emitido pelo Gestor do Órgão, designando servidores como fiscais de contrato).

RESOLVE:

I – Nomear para FISCALIZAÇÃO DA OBRA REFERENTE AO CONTRATO Nº 1051/2022-SEL, cujo objeto é a execução construção do centro cultural quilombolas, situada na Rua Péricles com Rua Ptolomeu, Vila Delfiore, neste Município, à servidora LARISSA ALVES DE MORAES, inscrita no CREA nº 18.864/D-GO, matrícula 27454, CPF: XXX.637.541-XX.

II Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

III – Cumpra-se, publique, dê-se ciência ao interessado (a).

GABINETE DA SECRETÁRIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA, aos 24 dias do mês de abril de 2025.

ENG.º ALFREDO SOUBIHE NETO  
SECRETÁRIO DE INFRAESTRUTURA

LARISSA ALVES DE MORAES  
CREA Nº 18.864/D-GO

PORTARIA Nº 134 DE 24 DE ABRIL DE 2025

Retifica a Portaria nº 116 de 01 de abril de 2025 que concedeu benefício de Pensão por Morte ao(à) JOSÉ ALBINO DA SILVA, e dá outras providências.

A PRESIDENTE DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DE APARECIDA DE GOIÂNIA – APARECIDAPREV, EM CONJUNTO COM O DIRETOR DE BENEFÍCIOS, no uso de suas atribuições legais e nos termos do § 1º, do art. 2º, da Lei Complementar Municipal nº 127, de 24 de fevereiro de 2017, c/c a Lei Complementar Municipal nº 154, de 23 de novembro de 2018, c/c a Portaria de nº 097, de 18 de março de 2024;

RESOLVE RETIFICAR O SEGUINTE

Onde se lê:

Art. 2º

§ 1º. A pensão por morte será devida a partir da data do Óbito, qual seja, 28/01/2025, tendo em vista que entre esta data e o requerimento, ocorrido em 12/02/2024, não ultrapassaram 30 (trinta) dias, independente de registro no Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás, podendo ser alterado a qualquer tempo caso seja verificada alguma ilegalidade no valor concedido.

Leia-se:

Art. 2º

§ 1º. A pensão por morte será devida a partir da data do Óbito, qual seja, 28/01/2025, tendo em vista que entre esta data e o requerimento, ocorrido em 12/02/2025, não ultrapassaram 30 (trinta) dias, independente de registro no Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás, podendo ser alterado a qualquer tempo caso seja verificada alguma ilegalidade no valor concedido.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos financeiros a 28/01/2025.

PUBLIQUE-SE, CUMPRA-SE.

GABINETE DA PRESIDENTE DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DE APARECIDA DE GOIÂNIA, Estado de Goiás, ao(s) vinte e quatro dia(s) do mês de abril de dois mil e vinte e cinco (24/04/2025).

MÁRCIA TINOCO SILVA  
Presidente do AparecidaPrev

HENRIQUE ANDRADE DE FREITAS  
Diretor de Benefícios

EXTRATOS

EXTRATO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS  
Nº 16/2025 – SEL.  
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 122/2024 – SRP –  
SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇO.

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2024.178.302

Pelo presente instrumento, o Município de Aparecida de Goiânia-GO, por intermédio da Secretaria Executiva de Licitação vinculada à Secretaria Municipal de Administração, órgão gerenciador desta Ata de Registro de Preços, neste ato representada pelo Secretário Municipal de Administração Sr. ARTHUR HENRIQUE DE SOUSA BRAGA, e pelo Secretário Municipal de Saúde, SR. ALESSANDRO LEONARDO ALVARES MAGALHÃES, inscrito no CPF 784.\*\*\*.\*\*\*-\*\*, nos termos da Lei Federal nº 14.133/21 e Decreto “N” nº 149, de 09 de março de 2023 e as demais legislações aplicáveis, de acordo com o resultado da classificação das propostas apresentadas no PREGÃO ELETRÔNICO Nº 122/2024 – como meio de instrumentalizar o REGISTRO DE PREÇOS – SRP, conforme consta nos autos, empresa VDL DISTRIBUICAO E SERVICOS LTDA., pessoa jurídica de direito privado, sediada na Av. Joao Fratari, Nº 132, Santana, Quirinópolis-GO, CEP: 75.860-230, inscrita no CNPJ/MF, sob o nº 54.339.184/0001-48, neste ato, representada, pelo(a) Sr.(a) TANIA BATISTA SILVA, portador (a) da CI sob nº 3708218 SSP-GO, CPF nº 800.\*\*\*.\*\*\*-\*\*, doravante denominado FORNECEDOR, firmam a presente ATA DE REGISTRO DE PREÇOS, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas.



OBJETO: A presente Ata de Registro de Preço tem por objeto a contratação de empresa especializada para o fornecimento de carnes, peixes, aves e derivados, conforme condições e especificações estabelecidas no edital e seus anexos

VIGÊNCIA: A validade da Ata de Registro de Preços será de 1 (um) ano, contado a partir do primeiro dia útil subsequente à data de divulgação no PNCP, podendo ser prorrogada por igual período, mediante a anuência do fornecedor, desde que comprovado o preço vantajoso.

VALOR: R\$ 881.720,00 (oitocentos e oitenta e um mil, setecentos e vinte reais)

**ARTHUR HENRIQUE DE SOUSA BRAGA**  
Secretário Municipal de Administração.

**VIVIANE BATISTA DE OLIVEIRA.**  
Secretária Executiva de licitação.

**ALESSANDRO LEONARDO ALVARES MAGALHÃES**  
Fundo Municipal de Saúde.

## EXTRATO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 17/2025 – SEL. PREGÃO ELETRÔNICO Nº 122/2024 – SRP – SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇO.

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2024.178.302

Pelo presente instrumento, o Município de Aparecida de Goiânia-GO, por intermédio da Secretaria Executiva de Licitação vinculada à Secretaria Municipal de Administração, órgão gerenciador desta Ata de Registro de Preços, neste ato representada pelo Secretário Municipal de Administração Sr. ARTHUR HENRIQUE DE SOUSA BRAGA, e pelo Secretário Municipal de Saúde, SR. ALESSANDRO LEONARDO ALVARES MAGALHÃES, inscrito no CPF 784.\*\*\*.\*\*\*-\*\*, nos termos da Lei Federal nº 14.133/21 e Decreto “N” nº 149, de 09 de março de 2023 e as demais legislações aplicáveis, de acordo com o resultado da classificação das propostas apresentadas no PREGÃO ELETRÔNICO Nº 122/2024 – como meio de instrumentalizar o REGISTRO DE PREÇOS – SRP, conforme consta nos autos, empresa VB SEIS COMERCIO DE PRODUTOS ALIMENTICIOS LTDA., pessoa jurídica de direito privado, sediada na Av. W-007, Sn, Quadra37A Lote 001B, Sítios Santa Luzia Residencial, Aparecida de Goiânia -GO, CEP: 74.921-510, inscrita no CNPJ/MF, sob o nº 46.936.421/0001-20, neste ato, representada, pelo(a) Sr.(a) WELSON DE SOUZA, portador (a) da CI sob nº 2075162 SSP-GO, CPF nº 529.\*\*\*.\*\*\*-\*\*, doravante denominado FORNECEDOR, firmam a presente ATA DE REGISTRO DE PREÇOS, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas.

OBJETO: A presente Ata de Registro de Preço tem por objeto a contratação de empresa especializada para o fornecimento de carnes, peixes, aves e derivados, conforme condições e especificações estabelecidas no edital e seus anexos

VIGÊNCIA: A validade da Ata de Registro de Preços será de 1 (um) ano, contado a partir do primeiro dia útil subsequente à data de divulgação no PNCP, podendo ser prorrogada por igual período, mediante a anuência do fornecedor, desde que comprovado o preço vantajoso.

VALOR: R\$ 1.466.308,00 (um milhão quatrocentos e sessenta e seis mil trezentos e oito reais).

**ARTHUR HENRIQUE DE SOUSA BRAGA**  
Secretário Municipal de Administração.

**VIVIANE BATISTA DE OLIVEIRA.**  
Secretária Executiva de licitação.

**ALESSANDRO LEONARDO ALVARES MAGALHÃES**  
Fundo Municipal de Saúde.

## EXTRATO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 18/2025 – SEL. PREGÃO ELETRÔNICO Nº 122/2024 – SRP – SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇO.

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2024.178.302

Pelo presente instrumento, o Município de Aparecida de Goiânia-GO, por intermédio da Secretaria Executiva de Licitação vinculada à Secretaria Municipal de Administração, órgão gerenciador desta Ata de Registro de Preços, neste ato representada pelo Secretário Municipal de Administração Sr. ARTHUR HENRIQUE DE SOUSA BRAGA, e pelo Secretário Municipal de Saúde, SR. ALESSANDRO LEONARDO ALVARES MAGALHÃES, inscrito no CPF 784.\*\*\*.\*\*\*-\*\*, nos termos da Lei Federal nº 14.133/21 e Decreto “N” nº 149, de 09 de março de 2023 e as demais legislações aplicáveis, de acordo com o resultado da classificação das propostas apresentadas no PREGÃO ELETRÔNICO Nº 122/2024 – como meio de instrumentalizar o REGISTRO DE PREÇOS – SRP, conforme consta nos autos, empresa CAVIUNA COMERCIO E SERVICOS LTDA., pessoa jurídica de direito privado, sediada na Av. Goiás Norte, nº 7814, Quadra 02 Lote 14, Residencial Humaita, Goiânia-GO, CEP: 74.594-410, inscrita no CNPJ/MF, sob o nº 06.209.277/0001-05, neste ato, representada, pelo(a) Sr.(a) EDUARDO RAMOS DE SOUZA, portador (a) da CI sob nº 3976238 DGPC-GO, CPF nº 980.\*\*\*.\*\*\*-\*\*, doravante denominado FORNECEDOR, firmam a presente ATA DE REGISTRO DE PREÇOS, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas.

OBJETO: A presente Ata de Registro de Preço tem por objeto a contratação de empresa especializada para o fornecimento de carnes, peixes, aves e derivados, conforme condições e especificações estabelecidas no edital e seus anexos

VIGÊNCIA: A validade da Ata de Registro de Preços será de 1 (um) ano, contado a partir do primeiro dia útil subsequente à data de divulgação no PNCP, podendo ser prorrogada por igual período, mediante a anuência do fornecedor, desde que comprovado o preço vantajoso.

VALOR: R\$ 333.848,00 (trezentos e trinta e três mil, oitocentos e quarenta e oito reais).

**ARTHUR HENRIQUE DE SOUSA BRAGA**  
Secretário Municipal de Administração.

**VIVIANE BATISTA DE OLIVEIRA.**  
Secretária Executiva de licitação.

**ALESSANDRO LEONARDO ALVARES MAGALHÃES**  
Fundo Municipal de Saúde.

## EXTRATO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 19/2025 – SEL. PREGÃO ELETRÔNICO Nº 122/2024 – SRP – SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇO.

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2024.178.302

Pelo presente instrumento, o Município de Aparecida de Goiânia-GO, por intermédio da Secretaria Executiva de Licitação vinculada à Secretaria Municipal de Administração, órgão gerenciador desta Ata de Registro de Preços, neste ato representada pelo Secretário Municipal de Administração Sr. ARTHUR HENRIQUE DE SOUSA BRAGA, e pelo Secretário Municipal de Saúde, SR. ALESSANDRO LEONARDO ALVARES MAGALHÃES, inscrito no CPF 784.\*\*\*.\*\*\*-\*\*, nos termos da Lei Federal nº 14.133/21 e Decreto “N” nº 149, de 09 de março de 2023 e as demais legislações aplicáveis, de acordo com o resultado da classificação das propostas apresentadas no PREGÃO ELETRÔNICO Nº 122/2024 – como meio de instrumentalizar o REGISTRO DE PREÇOS – SRP, conforme consta nos autos, empresa ALLGYN DISTRIBUIDORA LTDA., pessoa jurídica de direito privado, sediada na Rua X 40, s/n, Quadra 032 Lote 0024 Galpão 2, Jardim Olímpico, Aparecida de Goiânia -GO, CEP: 74.922-350, inscrita no CNPJ/MF, sob o nº 50.670.493/0001-45, neste ato, representada, pelo(a) Sr.(a) GUSTAVO HENRIQUE BATISTA, portador (a) da CI sob nº 4081818 DGPC-GO, CPF nº 012.\*\*\*.\*\*\*-\*\*, doravante denominado FORNECEDOR, firmam a presente ATA DE REGISTRO DE PREÇOS, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas.

OBJETO: A presente Ata de Registro de Preço tem por objeto a contratação de empresa especializada para o fornecimento de carnes, peixes, aves e derivados, conforme condições e especificações estabelecidas no edital e seus anexos



VIGÊNCIA: A validade da Ata de Registro de Preços será de 1 (um) ano, contado a partir do primeiro dia útil subsequente à data de divulgação no PNCP, podendo ser prorrogada por igual período, mediante a anuência do fornecedor, desde que comprovado o preço vantajoso.

VALOR: R\$ 895.660,00 (oitocentos e noventa e cinco mil e seiscentos e sessenta reais)

**ARTHUR HENRIQUE DE SOUSA BRAGA**  
Secretário Municipal de Administração.

**VIVIANE BATISTA DE OLIVEIRA.**  
Secretária Executiva de licitação.

**ALESSANDRO LEONARDO ALVARES MAGALHÃES**  
Fundo Municipal de Saúde.

## EXTRATO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 20/2025 – SEL. PREGÃO ELETRÔNICO Nº 122/2024 – SRP – SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇO.

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2024.178.302

Pelo presente instrumento, o Município de Aparecida de Goiânia-GO, por intermédio da Secretaria Executiva de Licitação vinculada à Secretaria Municipal de Administração, órgão gerenciador desta Ata de Registro de Preços, neste ato representada pelo Secretário Municipal de Administração Sr. ARTHUR HENRIQUE DE SOUSA BRAGA, e pelo Secretário Municipal de Saúde, SR. ALESSANDRO LEONARDO ALVARES MAGALHÃES, inscrito no CPF 784.\*\*\*.\*\*\*-\*\*, nos termos da Lei Federal nº 14.133/21 e Decreto “N” nº 149, de 09 de março de 2023 e as demais legislações aplicáveis, de acordo com o resultado da classificação das propostas apresentadas no PREGÃO ELETRÔNICO Nº 122/2024 – como meio de instrumentalizar o REGISTRO DE PREÇOS – SRP, conforme consta nos autos, empresa A.R.M. COMERCIO, DISTRIBUICAO E SERVICOS LTDA., pessoa jurídica de direito privado, sediada na Av. Coronel Gabriel Alves de Carvalho, nº 1296, Quadra017-A Lote 0006C, Santuário, Trindade-GO, CEP: 75.388-596, inscrita no CNPJ/MF, sob o nº 49.961.669/0001-39, neste ato, representada, pelo(a) Sr.(a) ROBSON DE MELO CORREA MACHADO portador (a) da CI sob nº 6730371 PC-GO, CPF nº 700.\*\*\*.\*\*\*-\*\*, doravante denominado FORNECEDOR, firmam a presente ATA DE REGISTRO DE PREÇOS, median- te as cláusulas e condições a seguir estabelecidas.

OBJETO: A presente Ata de Registro de Preço tem por objeto a contratação de empresa especializada para o fornecimento de carnes, peixes, aves e derivados, conforme condições e especificações estabelecidas no edital e seus anexos

VIGÊNCIA: A validade da Ata de Registro de Preços será de 1 (um) ano, contado a partir do primeiro dia útil subsequente à data de divulgação no PNCP, podendo ser prorrogada por igual período, mediante a anuência do fornecedor, desde que comprovado o preço vantajoso.

VALOR: R\$ 378.000,00 (trezentos e setenta e oito mil reais).

**ARTHUR HENRIQUE DE SOUSA BRAGA**  
Secretário Municipal de Administração.

**VIVIANE BATISTA DE OLIVEIRA.**  
Secretária Executiva de licitação.

**ALESSANDRO LEONARDO ALVARES MAGALHÃES**  
Fundo Municipal de Saúde.

## EXTRATO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 21/2025 – SEL. PREGÃO ELETRÔNICO Nº 122/2024 – SRP – SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇO.

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2024.178.302

Pelo presente instrumento, o Município de Aparecida de Goiânia-GO, por intermédio da Secretaria Executiva de Licitação vinculada à Secretaria Municipal de Administração, órgão gerenciador desta Ata de Registro de Preços, neste ato representada pelo Secretário Municipal de Administração Sr. ARTHUR HENRIQUE DE SOUSA BRAGA, e pelo Secretário Municipal de Saúde, SR. ALESSANDRO LEONARDO ALVARES MAGALHÃES, inscrito no CPF 784.\*\*\*.\*\*\*-\*\*, nos termos da Lei Federal nº 14.133/21 e Decreto “N” nº 149, de 09 de março de 2023 e as demais legislações aplicáveis, de acordo com o resultado da classificação das propostas apresentadas no PREGÃO ELETRÔNICO Nº 122/2024 – como meio de instrumentalizar o REGISTRO DE PREÇOS – SRP, conforme consta nos autos, empresa EMPORIO MAREZIA LTDA., pessoa jurídica de direito privado, sediada na Rua RSL11, Nº 87, Quadra 08 Lote 31 Sala 01, Res São Leopoldo, Goiânia-GO, CEP: 74.780-716, inscrita no CNPJ/MF, sob o nº 27.149.866/0001-15, neste ato, representada, pelo(a) Sr.(a) JAQUELINE DA SILVA PEREIRA portador (a) da CI sob nº 4776732 DGPC-GO, CPF nº 010.\*\*\*.\*\*\*-\*\*, doravante denominado FORNECEDOR, firmam a presente ATA DE REGISTRO DE PREÇOS, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas.

OBJETO: A presente Ata de Registro de Preço tem por objeto a contratação de empresa especializada para o fornecimento de carnes, peixes, aves e derivados, conforme condições e especificações estabelecidas no edital e seus anexos

VIGÊNCIA: A validade da Ata de Registro de Preços será de 1 (um) ano, contado a partir do primeiro dia útil subsequente à data de divulgação no PNCP, podendo ser prorrogada por igual período, mediante a anuência do fornecedor, desde que comprovado o preço vantajoso.

VALOR: R\$ 290.000,00 (duzentos e noventa mil).

**ARTHUR HENRIQUE DE SOUSA BRAGA**  
Secretário Municipal de Administração.

**VIVIANE BATISTA DE OLIVEIRA.**  
Secretária Executiva de licitação.

**ALESSANDRO LEONARDO ALVARES MAGALHÃES**  
Fundo Municipal de Saúde.

## EXTRATO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 22/2025 – SEL. PREGÃO ELETRÔNICO Nº 122/2024 – SRP – SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇO.

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2024.178.302

Pelo presente instrumento, o Município de Aparecida de Goiânia-GO, por intermédio da Secretaria Executiva de Licitação vinculada à Secretaria Municipal de Administração, órgão gerenciador desta Ata de Registro de Preços, neste ato representada pelo Secretário Municipal de Administração Sr. ARTHUR HENRIQUE DE SOUSA BRAGA, e pelo Secretário Municipal de Saúde, SR. ALESSANDRO LEONARDO ALVARES MAGALHÃES, inscrito no CPF 784.\*\*\*.\*\*\*-\*\*, nos termos da Lei Federal nº 14.133/21 e Decreto “N” nº 149, de 09 de março de 2023 e as demais legislações aplicáveis, de acordo com o resultado da classificação das propostas apresentadas no PREGÃO ELETRÔNICO Nº 122/2024 – como meio de instrumentalizar o REGISTRO DE PREÇOS – SRP, conforme consta nos autos, empresa PRIME DISTRIBUICAO LTDA., pessoa jurídica de direito privado, sediada na Rua Apinajes, s/n, Quadra 46 Lote 32 e 0009, Jardim Eldorado, Aparecida de Goiânia-Go, Cep: 74.993-010, Inscrita No Cnpj/Mf, Sob O Nº 45.071.356/0001-54, neste ato, representada, pelo(a) Sr.(a) SAMIRAH GEOVANA ALVES MARQUES portador (a) da CI sob nº 4857818 SSP-GO, CPF nº 027.\*\*\*.\*\*\*-\*\*, doravante denominado FORNECEDOR, firmam a presente ATA DE REGISTRO DE PREÇOS, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas.

OBJETO: A presente Ata de Registro de Preço tem por objeto a contratação de empresa especializada para o fornecimento de carnes, peixes, aves e derivados, conforme condições e especificações estabelecidas no edital e seus anexos



VIGÊNCIA: A validade da Ata de Registro de Preços será de 1 (um) ano, contado a partir do primeiro dia útil subsequente à data de divulgação no PNCP, podendo ser prorrogada por igual período, mediante a anuência do fornecedor, desde que comprovado o preço vantajoso.

VALOR: R\$ 222.100,00 (duzentos e vinte e dois mil e cem reais).

**ARTHUR HENRIQUE DE SOUSA BRAGA**  
Secretário Municipal de Administração.

**VIVIANE BATISTA DE OLIVEIRA.**  
Secretária Executiva de licitação.

**ALESSANDRO LEONARDO ALVARES MAGALHÃES**  
Fundo Municipal de Saúde.

## EXTRATO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 23/2025 – SEL. PREGÃO ELETRÔNICO Nº 122/2024 – SRP – SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇO.

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2024.178.302

Pelo presente instrumento, o Município de Aparecida de Goiânia-GO, por intermédio da Secretaria Executiva de Licitação vinculada à Secretaria Municipal de Administração, órgão gerenciador desta Ata de Registro de Preços, neste ato representada pelo Secretário Municipal de Administração Sr. ARTHUR HENRIQUE DE SOUSA BRAGA, e pelo Secretário Municipal de Saúde, SR. ALESSANDRO LEONARDO ALVARES MAGALHÃES, inscrito no CPF 784.\*\*\*.\*\*\*.\*\*, nos termos da Lei Federal nº 14.133/21 e Decreto “N” nº 149, de 09 de março de 2023 e as demais legislações aplicáveis, de acordo com o resultado da classificação das propostas apresentadas no PREGÃO ELETRÔNICO Nº 122/2024 – como meio de instrumentalizar o REGISTRO DE PREÇOS – SRP, conforme consta nos autos, empresa IMPAR COMERCIO E INDUSTRIA LTDA., pessoa jurídica de direito privado, sediada na Rua X 6, s/n, Quadra06 Lote 12, Sítios Santa Luzia, Aparecida de Goiânia-Go, Cep: 74.922-530, sob o nº 06.788.460/0001-02, neste ato, representada, pelo(a) Sr.(a) MARCIO MACHADO MARIANO portador (a) da CI sob nº 1733686 SSP-GO, CPF nº 397.\*\*\*.\*\*\*.\*\*, doravante denominado FORNECEDOR, firmam a presente ATA DE REGISTRO DE PREÇOS, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas.

OBJETO: A presente Ata de Registro de Preço tem por objeto a contratação de empresa especializada para o fornecimento de carnes, peixes, aves e derivados, conforme condições e especificações estabelecidas no edital e seus anexos

VIGÊNCIA: A validade da Ata de Registro de Preços será de 1 (um) ano, contado a partir do primeiro dia útil subsequente à data de divulgação no PNCP, podendo ser prorrogada por igual período, mediante a anuência do fornecedor, desde que comprovado o preço vantajoso.

VALOR: R\$ 242.280,00 (duzentos e quarenta e dois mil, duzentos e oitenta reais).

**ARTHUR HENRIQUE DE SOUSA BRAGA**  
Secretário Municipal de Administração.

**VIVIANE BATISTA DE OLIVEIRA.**  
Secretária Executiva de licitação.

**ALESSANDRO LEONARDO ALVARES MAGALHÃES**  
Fundo Municipal de Saúde.

## EXTRATO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 24/2025 – SEL. PREGÃO ELETRÔNICO Nº 122/2024 – SRP – SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇO.

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2024.178.302

Pelo presente instrumento, o Município de Aparecida de Goiânia-GO, por intermédio da Secretaria Executiva de Licitação vinculada à Secretaria Municipal de Administração, órgão gerenciador desta Ata de Registro de Preços, neste ato representada pelo Secretário Municipal de Administração Sr. ARTHUR HENRIQUE DE SOUSA BRAGA, e pelo Secretário Municipal de Saúde, SR. ALESSANDRO LEONARDO ALVARES MAGALHÃES, inscrito no CPF 784.\*\*\*.\*\*\*.\*\*, nos termos da Lei Federal nº 14.133/21 e Decreto “N” nº 149, de 09 de março de 2023 e as demais legislações aplicáveis, de acordo com o resultado da classificação das propostas apresentadas no PREGÃO ELETRÔNICO Nº 122/2024 – como meio de instrumentalizar o REGISTRO DE PREÇOS – SRP, conforme consta nos autos, empresa EMPORIO PALOMA ALIMENTOS LTDA., pessoa jurídica de direito privado, sediada na Rua Jose Hermano, nº 1401, Sala 01 Quadra5F Lote 20, Set Campinas, Goiânia-Go, Cep: 74.515-030, sob o nº 10.472.743/0001-18, neste ato, representada, pelo(a) Sr.(a) LEONARDO ABRAAO DE FREITAS REZENDE portador (a) da CI sob nº 4945128 DGPC-GO, CPF nº 020.\*\*\*.\*\*\*.\*\*, doravante denominado FORNECEDOR, firmam a presente ATA DE REGISTRO DE PREÇOS, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas.

OBJETO: A presente Ata de Registro de Preço tem por objeto a contratação de empresa especializada para o fornecimento de carnes, peixes, aves e derivados, conforme condições e especificações estabelecidas no edital e seus anexos

VIGÊNCIA: A validade da Ata de Registro de Preços será de 1 (um) ano, contado a partir do primeiro dia útil subsequente à data de divulgação no PNCP, podendo ser prorrogada por igual período, mediante a anuência do fornecedor, desde que comprovado o preço vantajoso.

VALOR: R\$ 219.390,00 (duzentos e dezenove mil, trezentos e noventa reais).

**ARTHUR HENRIQUE DE SOUSA BRAGA**  
Secretário Municipal de Administração.

**VIVIANE BATISTA DE OLIVEIRA.**  
Secretária Executiva de licitação.

**ALESSANDRO LEONARDO ALVARES MAGALHÃES**  
Fundo Municipal de Saúde.

## EXTRATO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 25/2025 – SEL. PREGÃO ELETRÔNICO Nº 122/2024 – SRP – SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇO.

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2024.178.302

Pelo presente instrumento, o Município de Aparecida de Goiânia-GO, por intermédio da Secretaria Executiva de Licitação vinculada à Secretaria Municipal de Administração, órgão gerenciador desta Ata de Registro de Preços, neste ato representada pelo Secretário Municipal de Administração Sr. ARTHUR HENRIQUE DE SOUSA BRAGA, e pelo Secretário Municipal de Saúde, SR. ALESSANDRO LEONARDO ALVARES MAGALHÃES, inscrito no CPF 784.\*\*\*.\*\*\*.\*\*, nos termos da Lei Federal nº 14.133/21 e Decreto “N” nº 149, de 09 de março de 2023 e as demais legislações aplicáveis, de acordo com o resultado da classificação das propostas apresentadas no PREGÃO ELETRÔNICO Nº 122/2024 – como meio de instrumentalizar o REGISTRO DE PREÇOS – SRP, conforme consta nos autos, empresa NS DISTRIBUIDORA LTDA., pessoa jurídica de direito privado, sediada na Rua Tapajós, nº 75, Quadra23 Lote 06, Santo Antônio de Lisboa, Rio Verde-Go, Cep: 75.904-805, sob o nº 5.556.376/0001-61, neste ato, representada, pelo(a) Sr. NORTON DE BRITO MONTEIRO portador (a) da CI sob nº 1205970 SSP-GO, CPF nº 310.\*\*\*.\*\*\*.\*\*, doravante denominado FORNECEDOR, firmam a presente ATA DE REGISTRO DE PREÇOS, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas.

OBJETO: A presente Ata de Registro de Preço tem por objeto a contratação de empresa especializada para o fornecimento de carnes, peixes, aves e derivados, conforme condições e especificações estabelecidas no edital e seus anexos

VIGÊNCIA: A validade da Ata de Registro de Preços será de 1 (um) ano, contado a partir do primeiro dia útil subsequente à data de divulgação no PNCP, podendo ser prorrogada por igual período, mediante a anuência do fornecedor, desde que



comprovado o preço vantajoso.

VALOR: R\$ 217.350,00 (duzentos e dezessete mil, trezentos e cinquenta reais).

**ARTHUR HENRIQUE DE SOUSA BRAGA**  
Secretário Municipal de Administração.

**VIVIANE BATISTA DE OLIVEIRA.**  
Secretária Executiva de licitação.

**ALESSANDRO LEONARDO ALVARES MAGALHÃES**  
Fundo Municipal de Saúde.

## EXTRATO DE HOMOLOGAÇÃO RETIFICADO DO PREGÃO ELETRONICO Nº 065/2024-SRP

O Secretário Municipal de Administração e o Secretário Municipal de Saúde no uso de suas atribuições legais, tendo em vista a retificação do pregão eletrônico nº 065/2024, processo 2024.028.344, aquisição de instrumentais odontológicos para serem distribuídos nas unidades de saúde bucal, Homologam o presente procedimento licitatório as empresas vencedoras: ALG RIO COMÉRCIO DE PRODUTOS LTDA, CNPJ: 05.763.509/0001-00, sobre os itens de nºs: 01 e 03, no valor total de R\$ 106.500,00 (cento e seis mil e quinhentos reais), R.S. ALVES COMÉRCIO PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL LIMITADA, CNPJ: 37.078.644/0001-02, sobre os itens nº: 02 e 04, no valor de R\$ 155.500,00 (cento e cinquenta e cinco mil e quinhentos reais).

**ARTHUR HENRIQUE DE SOUSA BRAGA**  
Secretário Municipal de Administração.

**ALESSANDRO LEONARDO ÁLVARES MAGALHÃES**  
Secretário Municipal de Saúde

## EXTRATO DE HOMOLOGAÇÃO DO PREGÃO ELETRÔNICO Nº 122/2024

A Secretária Executiva de Licitação, o Secretário Municipal de Administração e o Secretário Municipal de Saúde, no uso de suas atribuições legais, tendo em vista a adjudicação do pregão eletrônico nº 122/2024, processo nº 2024.174.302, objeto: Contratação de empresa especializada para o fornecimento de carnes peixe, aves e derivados, conforme condições e especificações estabelecidas no edital e seus anexos. Homologam o presente procedimento licitatório as empresas vencedoras: VDL DISTRIBUICAO E SERVICOS LTDA, CNPJ nº 54.339.184/0001-48, sobre os itens nºs: 01, 07, 09 e 13 no valor total de R\$: 881.720,00 (oitocentos e oitenta e um mil, setecentos e vinte reais), VB SEIS COMERCIO DE PRODUTOS ALIMENTICIOS LTDA, CNPJ nº 46.936.421/0001-20, sobre os itens nºs: 02, 03, 12, 14, 15, 16, 21, 22, 23 e 27 no valor total R\$: 1.466.308,00 (um milhão quatrocentos e sessenta e seis mil trezentos e oito reais), CAVIÚNA COMERCIO E SERVICOS LTDA, CNPJ nº 06.209.277/0001-05 sobre os itens nºs 04, 17, 18 e 26 no valor total R\$: 333.848,00 (trezentos e trinta e três mil, oitocentos e quarenta e oito reais), ALLGYN DISTRIBUIDORA LTDA, CNPJ nº 50.670.493/0001-45 sobre os itens nºs: 05 e 06 no valor total R\$ 895.660,00 (oitocentos e noventa e cinco mil e seiscentos e sessenta reais), A.R.M. COMERCIO DISTRIBUICAO E SERVICOS LTDA, CNPJ nº 49.961.669/0001-39 sobre o item nº 8 no valor total: R\$ 378.000,00 (trezentos e setenta e oito mil reais), EMPORIO MARE-SIA LTDA, CNPJ nº 27.149.866/0001-15 sobre o item nº 10 no valor total: R\$ 290.000,00 (duzentos e noventa mil), PRIME DISTRIBUICAO LTDA, CNPJ nº 45.071.356/0001-54, sobre o item nº 11 no valor total: R\$ 222.100,00 (duzentos e vinte e dois mil e cem reais), IMPAR COMERCIO E INDUSTRIA LTDA – ME, CNPJ nº 06.788.460/0001-02 sobre os itens nºs 19 e 20 no valor total: R\$ 242.280,00 (duzentos e quarenta e dois mil, duzentos e oitenta reais), EMPORIO PALOMA ALIMENTOS LTDA – EPP, CNPJ nº 10.472.743/0001-18, sobre os itens nºs 24 e 25 no valor total: R\$ 219.390,00 (duzentos e dezenove mil, trezentos e noventa reais), NS DISTRIBUIDORA LTDA, CNPJ nº 35.556.376/0001-61, sobre o item nº 28 no valor total: R\$ 217.350,00 (duzentos e dezessete mil, trezentos e cinquenta reais).

**ARTHUR HENRIQUE DE SOUSA BRAGA**  
Secretário Municipal de Administração

**ALESSANDRO LEONARDO ÁLVARES MAGALHÃES**  
Secretário Municipal de Saúde

## EXTRATO DE CONTRATO Nº 1568/2024.

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2024.028.344

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 01.005.727/0001-24, sediado na Rua Gervásio Pinheiro, Área Pública II, s/n, Setor Solar Central Park, CEP 74.968-500, por intermédio da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 11.809.185/0001-04, sediado à Rua Antônio B. Sandoval, s/nº, Área Pública 3, Setor Central- Aparecida de Goiânia, CEP 74.980-030, neste ato representado pelo Secretário SR. ALESSANDRO LEONARDO ÁLVARES MAGALHÃES, inscrito no CPF 784.\*\*\*.\*\*\*.\*\*\*.

CONTRATADA: ALG RIO COMERCIO DE PRODUTOS LTDA., pessoa jurídica de direito privado, sediada na Rua Luiz Alves Cavalcante, nº 689, Sala 105, Vilar dos Teles, São Joao de Meriti/RJ, CEP: 25.561-140, inscrita no CNPJ/MF, sob o nº 05.763.509/0001-00, neste ato, representada, pelo Sr. ELENILSON RUSSELL MARSICO, portador(a) da CI sob nº 106050453 DETRAN/RJ, CPF nº 045.\*\*\*.\*\*\*.\*\*\*.

OBJETO: Constitui objeto do presente instrumento o registro de preço para a aquisição de instrumentais odontológicos para serem distribuídos nas unidades de saúde bucal, conforme condições e especificações estabelecidas no edital e seus anexos.

VIGÊNCIA: O presente contrato, entrará em vigor a partir da data de sua publicação, e expirará em 12 (doze) meses, ou quando cumpridas todas as condições pactuadas, prevalecendo à situação que ocorrer primeiro, sendo vedada sua prorrogação.

VALOR: R\$ 106.500,00 (cento e seis mil e quinhentos reais).

FUNDAMENTO E VINCULAÇÃO: este contrato decorre da licitação realizada na modalidade PREGÃO ELETRÔNICO Nº. 065/2024, em conformidade com o disposto na Lei 14.133/21 e demais legislações pertinentes. Consideram-se integrantes do presente instrumento contratual o edital e seus anexos, a proposta de preços da contratada, e demais documentos, no que couber, constantes do processo administrativo nº. 2024.028.344.

**ALESSANDRO LEONARDO ÁLVARES MAGALHÃES**  
Fundo Municipal de Saúde.

## EXTRATO DE CONTRATO Nº 1569/2024.

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 2024.028.344

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 01.005.727/0001-24, sediado na Rua Gervásio Pinheiro, Área Pública II, s/n, Setor Solar Central Park, CEP 74.968-500, por intermédio da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 11.809.185/0001-04, sediado à Rua Antônio B. Sandoval, s/nº, Área Pública 3, Setor Central- Aparecida de Goiânia, CEP 74.980-030, neste ato representado pelo Secretário SR. ALESSANDRO LEONARDO ÁLVARES MAGALHÃES, inscrito no CPF 784.\*\*\*.\*\*\*.\*\*\*.

CONTRATADA: R.S. ALVES COMÉRCIO PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL LIMITADA - EPP, pessoa jurídica de direito privado, sediada na 1 Av. Santo Agostinho, nº 782, Cidade Nova, Bom Jesus dos Perdões/SP, CEP: 12.955-000, inscrita no CNPJ/MF, sob o nº 37.078.644/0001-02, neste ato, representada, pelo Sr. RAFAEL SOUTO ALVES, portador(a) da CI sob nº 48951657 SSP/SP, CPF nº 442.\*\*\*.\*\*\*.\*\*\*.

OBJETO: Constitui objeto do presente instrumento o registro de preço para a aquisição de instrumentais odontológicos para serem distribuídos nas unidades de saúde bucal, conforme condições e especificações estabelecidas no edital e seus anexos.

VIGÊNCIA: O presente contrato, entrará em vigor a partir da data de sua publicação, e expirará em 12 (doze) meses, ou quando cumpridas todas as condições pactuadas, prevalecendo à situação que ocorrer primeiro, sendo vedada sua prorrogação.

VALOR: R\$ 155.500,00 (cento e cinquenta e cinco mil e quinhentos reais).

FUNDAMENTO E VINCULAÇÃO: este contrato decorre da licitação realizada na modalidade PREGÃO ELETRÔNICO Nº. 065/2024, em conformidade com o disposto na Lei 14.133/21 e demais legislações pertinentes. Consideram-se integrantes do presente instrumento contratual o edital e seus anexos, a proposta de



preços da contratada, e demais documentos, no que couber, constantes do processo administrativo nº. 2024.028.344.

**ALESSANDRO LEONARDO ÁLVARES MAGALHÃES**  
Fundo Municipal de Saúde.

## AVISOS

### AVISO DE PUBLICAÇÃO

Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia informa que a 57ª lista dos convocados para serem credenciados no Edital 001/2022 de pessoa física para termo de credenciamento profissional com vistas a atuar junto a secretaria municipal de saúde de aparecida de Goiânia se encontra no site da prefeitura de Aparecida de Goiânia no link Diário Oficial Eletrônico ([www.aparecida.go.gov.br](http://www.aparecida.go.gov.br)). Informamos que as documentações para o credenciamento de Pessoa Física que foram solicitadas no site da Prefeitura de Aparecida de Goiânia

- Site: [www.aparecida.go.gov.br](http://www.aparecida.go.gov.br)
- Portal da Transparência
- Gestão de Pessoal
- Concursos e Seleções
- Inscrições abertas – Edital de Credenciamento nº 1/2022

Tendo em vista as medidas protetivas adotadas mundialmente, e no âmbito da municipalidade, os profissionais deverão comparecer a Coordenadoria de Recursos Humanos (horários 08:00 às 11:00 e das 13:00 às 16:00) na data estabelecida na Publicação de CONVOCAÇÃO onde constará o nome e a data de comparecimento. Deverão estar portando todas as documentações exigidas no Edital 001/2022. Informamos ainda que o profissional que não comparecer na data fixada na Publicação da Convocação deverá comparecer entre as datas de 06/05/2025 a 14/05/2025.

### ANEXO I

### JUSTIFICATIVA DE DISPENSA DE CHAMAMENTO PÚBLICO - SME

### LEI Nº 13.019/2014 E DECRETO FEDERAL Nº 8.726/2016

O município de Aparecida de Goiânia, através da Secretaria Municipal de Educação, informa que procederá com a Justificativa de Dispensa de Chamamento Público SME.

OBJETO: Oferecer atendimento à educação infantil, respeitando os aspectos físicos, emocionais, afetivos, cognitivos-linguísticos e sociais, conforme estabelecido no Plano de Trabalho atendendo a comunidade residente no Bairro CARDOSO CONTINUAÇÃO e adjacências. Justificando, assim, a presente solicitação.

AMPARO LEGAL: art. 30, VI da Lei nº 13.019/2014.

JUSTIFICATIVA: O processo de dispensa da realização do Chamamento Público se justifica, considerando que as atividades realizadas são vinculadas a serviço de educação e que o município não consegue atender toda demanda de educação básica, sendo assim necessário apoio através de convênio com as Organizações da Sociedade Civil - OSC que oferecem atendimento educacional.

Considerando que é dever do Estado garantir educação básica gratuita a todos cidadãos conforme preconiza o art. 208, da Constituição Federal.

Considerando que a instituição ASSOCIAÇÃO DE ENSINO OS PEQUENINOS, CNPJ: 57.672.775/0001-20, atenderá a Educação infantil e pré-escola do cadastro reserva, onde a demanda do município atualmente é de aproximadamente 9000 vagas. A unidade apresenta situação regular de funcionamento para compor a rede educacional.

VIGÊNCIA: A presente Justificativa de Dispensa de Chamamento Público SME, entrará em vigor no mês de janeiro de 2025.

GABINETE DA SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO, aos 12 dias do mês de fevereiro de 2025.

**NUBIA GOMES DE BRITO FARIAS**  
Secretária de Educação

### 2ª NOTIFICAÇÃO EXTRAJUDICIAL

NOTIFICANTE: A Secretaria Municipal de Cultura de Aparecida de Goiânia, estabelecida na Rua São Bento Quadra 02 Lote 04 - Setor Oeste, Aparecida de Goiânia/GO neste ato representado pelo Secretário de Cultura de Aparecida de Goiânia, Senhor MARLÚCIO PEREIRA DA SILVA, DECRETO Nº 026 DE 01 DE JANEIRO DE 2025.

NOTIFICADA: Marsou Engenharia LTDA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 01.278.335/0001-39, com sede na Rua 1.139, nº 237, Quadra 251, Lote 26, Setor Marista, Goiânia/GO - CEP 74.180-180, neste ato representada pelo Senhor Vicente Souto Junior – Diretor.

OBJETIVO: Cientificar a Notificada sobre a necessidade de correção imediata dos vícios construtivos e/ou decorrentes de chuvas, constatados na obra do Santuário Nossa Senhora Aparecida, em Aparecida de Goiânia/GO, situado na Praça matriz, situada na Rua onze de maio, S/N, Setor Central em Aparecida de Goiânia/GO, objeto do Contrato nº 942/2022-SEL, firmado entre as partes.

Problemas a serem corrigidos:

- Goteiras;
- Lâmpadas de spot queimadas;
- Trincas nas paredes;
- Problemas nas caixas dos spots;
- Problemas na pintura das colunas de madeira.

Considerações adicionais:

- A presente notificação é uma reiteração da notificação anterior, datada de 23 de outubro de 2024.
- A Marsou Engenharia LTDA manifestou interesse em solucionar os problemas durante visita técnica realizada em 07 de fevereiro de 2024.

Penalidades pelo descumprimento:

- Aplicação das penalidades previstas na Cláusula Décima Primeira - Da Garantia dos Serviços do Contrato nº 942/2022-SEL.

Conclusão:

A Secretaria Municipal de Cultura de Aparecida de Goiânia notifica extrajudicialmente a Marsou Engenharia LTDA para que, no prazo de 05 dias úteis a contar do recebimento da notificação, um cronograma detalhado de obras, com prazos e responsáveis e sob as penas mencionadas, promova a imediata correção dos problemas constatados na obra do Santuário Nossa Senhora Aparecida.

Aparecida de Goiânia 19 de fevereiro de 2025

**LEONAM FERREIRA BORGES**  
Assessor da Secretaria de Cultura

**MARLÚCIO PEREIRA DA SILVA**  
Secretário Municipal de Cultura

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: \_\_\_\_\_

DATA DA NOTIFICAÇÃO: \_\_\_\_ DE FEVEREIRO DE 2025

### NOTIFICAÇÃO – DILIGÊNCIA CONCORRÊNCIA PÚBLICA Nº 008/2023 - REPUBLICAÇÃO

A Comissão Permanente de Licitação do Município de Aparecida de Goiânia, designada pelo Decreto nº 84, de 02/02/2023 e Portaria nº 01, de 22 de janeiro de 2024, com base no subitem 4.16, do edital, notifica a empresa Recol Ambiental Coleta e Tratamento de Resíduos Ltda., CNPJ nº: 73.797.383/0001-44, para, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, a contar do recebimento deste, manifestar o que entender cabível e justificar o motivo pelo qual deixou de apresentar a planilha de composição de custos nos termos dos subitens 7.2 e 7.3, do edital. Desde já, ressalta-se que o não atendimento da diligência, ou a insuficiência de justificativa poderá ensejar a desclassificação da licitante no certame. Concorrência Pública nº 008/2023-Republicação. Processo nº 2021.401.725.

**VIRGINIA OLIVEIRA**  
Membro da CPL.



|              |                                 |
|--------------|---------------------------------|
| Processo:    | 2025.012.530                    |
| Interessado: | SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA |
| Assunto:     | Inexigibilidade de Licitação    |

**ATO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO**  
**Nº 10/2025.**

O Secretário da Fazenda, CARLOS EDUARDO DE PAULA RODRIGUES, inscrito sob a matrícula de nº 48429, no uso de suas atribuições legais, resolve:

1 – Ratificar o procedimento e declarar a inexigibilidade de licitação, com fulcro no Art. 74, inciso I da Lei 14.133/2021 em favor da CÂMARA DE DIRIGENTES LOJISTAS DE GOIÂNIA – CDL, pessoa jurídica de direito privado, sediada na Rua 8 nº 624, Setor Oeste, CEP 74.115-100, Goiânia, Goiás, no valor global de R\$ 610.566,80 (seiscentos e dez mil quinhentos e sessenta e seis reais e oitenta centavos), objetivando a Contratação de empresa especializada na prestação de serviços e soluções desenvolvidos para aprimorar a gestão de informações necessárias em diversos processos desde o dimensionamento do potencial do contribuinte e o relacionamento com a Prefeitura de Aparecida de Goiânia, para auxiliar a Administração Tributária na gestão de crédito e sua cobrança, no controle de inadimplência e geração de novas formas de recuperação de crédito, bem como serviços de certificação digital e capacitação profissional ao contratante, conforme condições e especificações estabelecidas no instrumento contratual, Termo de Referência e na Proposta da contratada, por um período de 12 (doze) meses contados a partir da data de publicação do seu extrato no Diário Oficial do Município.

2 – Ordenar a publicação do feito, no prazo de 10 dias úteis contados da assinatura, com fundamento no artigo 94, inciso II, da Lei nº 14.133/2021.

3 – Encaminhar à Secretaria Executiva de Licitação para as providências subseqüentes.

Aparecida de Goiânia-GO, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

**CARLOS EDUARDO DE PAULA RODRIGUES**  
SECRETÁRIO MUNICIPAL DA FAZENDA

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE**  
**APARECIDA DE GOIÂNIA-GO**  
**SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**  
**SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E**  
**PLANEJAMENTO**  
**NÚCLEO DE GOVERNANÇA CLÍNICA**

| Tipo do documento   | Nota Técnica nºxx                                                      |                                  |          |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------|
| SMS/SUPGP/SAS       | Data de emissão:<br>24/04/2024                                         | Revisão: de acordo com a demanda | Versão 1 |
| Título do documento | FLUXO PARA USO DO PALIVIZUMABE<br>NO MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA |                                  |          |

1. APRESENTAÇÃO

Este documento estabelece o fluxo municipal para imunização dos indivíduos elegíveis para uso do anticorpo monoclonal humanizado palivizumabe no município de Aparecida de Goiânia. Atendendo a Portaria Conjunta Nº 23, de 3 de Outubro de 2018 da Secretaria de Atenção à Saúde e Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Ministério da Saúde, que aprova o Protocolo de Uso do Palivizumabe para a Prevenção da Infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório. O Art. 3 da referida portaria estabelece que os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS, conforme a sua competência e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos com essa doença em todas as etapas descritas no Anexo a esta Portaria.

2. CONSIDERAÇÕES - VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO

O vírus sincicial respiratório (VSR) é um dos principais agentes etiológicos das infecções que acometem o trato respiratório inferior entre lactentes e crianças menores de 2 anos de idade, podendo ser responsável por até 75% das bronquiolites e 40% das pneumonias durante os períodos de sazonalidade. Lactentes com menos de seis meses de idade, principalmente prematuros, crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade e cardiopatas são a população de maior risco para desenvolver infecção respiratória mais grave, necessitan-

do de internação por desconforto respiratório agudo em 10% a 15% dos casos. Nesta população, as condições associadas ao desenvolvimento de doença grave são decorrentes do sistema imune imaturo, reduzida transferência de anticorpos maternos e menor calibre das vias aéreas; acrescidos da baixa reserva energética, frequente desmame precoce, anemia, infecções de repetição e uso de corticóides, tornando-se mais suscetíveis à ação do VSR.

A prematuridade é um dos principais fatores de risco para hospitalização pelo VSR. Em prematuros com menos de 32 semanas de idade gestacional, a taxa de internação hospitalar é de 13,4% (IC95% 11,8-13,8%); esta taxa de hospitalização decresce com o aumento da idade gestacional. A presença de malformações cardíacas está relacionada a uma maior gravidade e taxas de hospitalização maiores em caso de infecções causadas pelo VSR. A Doença Pulmonar Crônica da Prematuridade (DPCP) é uma condição na qual uma injúria pulmonar se estabelece num pulmão imaturo, o que leva à necessidade de suplementação de oxigênio e outras terapias medicamentosas; muitos estudos demonstram uma maior suscetibilidade de crianças com DPCP em desenvolver infecções graves pelo VSR. O VSR atinge o trato respiratório através do contato íntimo de pessoas infectadas ou através de superfícies ou objetos contaminados. A infecção ocorre quando o material infectado atinge e penetra o organismo através da membrana mucosa dos olhos, boca e nariz ou pela inalação de gotículas derivadas de tosse ou espirro. O tempo de sobrevida do VSR nas mãos é de menos de 1 hora, no entanto, em superfícies duras e não porosas (como, por exemplo, o estetoscópio), pode durar até aproximadamente 24 horas.

O período de incubação da doença respiratória é de quatro a cinco dias, o vírus se replica em nasofaringe e o período de excreção viral pode variar de 3-8 dias até 3-4 semanas em recém-nascidos. A ocorrência de surtos de infecção por VSR pode ocorrer na comunidade como também no ambiente hospitalar. Algumas características especiais como a sazonalidade, imunidade não permanente, presença de dois sorotipos diferentes e ausência de anticorpos específicos fazem com que o VSR esteja associado à doença de maior morbidade em populações de alto risco. Nesse sentido é fundamental que sejam instituídas medidas de prevenção desta infecção.

3. IMUNIZAÇÃO

A imunização passiva é uma medida de prevenção da infecção pelo VSR que pode ser obtida com a utilização de imunoglobulinas policlonal e monoclonal. O anticorpo monoclonal humanizado palivizumabe tem-se mostrado eficaz na prevenção das doenças graves pelo VSR por apresentar atividade neutralizante e inibitória da fusão contra este vírus. Estudos científicos demonstram que a administração mensal do palivizumabe durante a sazonalidade do VSR reduziu de 45% a 55% a taxa de hospitalização relacionada à infecção por este vírus. Observado também que, entre as crianças internadas com diagnóstico de infecção por VSR com uso prévio de palivizumabe diminuiu significativamente o número de dias de hospitalização e o número de dias com necessidade aumentada de oxigênio.

4. SAZONALIDADE DO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR) NO BRASIL

O vírus sincicial respiratório caracteriza-se principalmente por seu caráter sazonal, dependendo das características de cada país ou região. No Brasil, observa-se a circulação durante todo o ano, mas com elevações no período compreendido entre os meses de maio até agosto, porém a atividade do vírus pode começar antes em determinadas regiões. Dessa forma, a definição de sazonalidade no Brasil se baseia na análise descritiva de identificação do vírus sincicial respiratório (VSR), realizada nas regiões geográficas do país, com base nos dados do Sistema de Informação da Vigilância Sentinela de Influenza e outros vírus respiratórios – SIVEP-GRIPE. A sazonalidade para o VRS deve ser seguida por todos os serviços de saúde autorizados para administração de palivizumabe nos respectivos estados e DF. No estado de Goiás, o período de sazonalidade da circulação do VSR ocorre entre os meses de março a julho de cada ano. O município de Aparecida de Goiânia é a Referência da Região Centro-Sul do estado de Goiás. A primeira dose deve ser administrada um mês antes do início do período de sazonalidade do VSR.

Quadro 1. Sazonalidade do vírus sincicial respiratório (VSR) e Períodos de aplicação do palivizumabe no Brasil, por regiões geográficas.

| REGIÃO       | SAZONALIDADE      | PERÍODO DE APLICAÇÃO |
|--------------|-------------------|----------------------|
| NORTE        | Fevereiro a Junho | Janeiro a Junho      |
| NORDESTE     | Março a Julho     | Fevereiro a Julho    |
| CENTRO-OESTE | Março a Julho     | Fevereiro a Julho    |
| SUDESTE      | Março a Julho     | Fevereiro a Julho    |
| SUL          | Abril a Agosto    | Março a Agosto       |

5. INDICAÇÕES DE USO – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Crianças prematuras nascidas com idade gestacional ≤ 28 semanas (até 28 semanas e 6 dias) com idade inferior a 1 ano (até 11 meses e 29 dias). Crianças com idade inferior a 2 anos (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) com Doença Pulmonar Crônica da Prematuridade – DPCP (displasia broncopulmonar) ou doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada.

A aplicação do medicamento Palivizumabe está condicionada ao atendimento de uma prescrição médica, em crianças que preencham pelo menos um dos critérios de inclusão estabelecidos no Protocolo.

6. SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO - PRESCRIÇÃO

- 6.1. Solicitação de dose hospitalar
- o Em recém-nascidos internados que preenchem critério de uso descritos no item 5, a administração de palivizumabe poderá ser iniciada a partir de 7 dias de vida, desde que observada a estabilidade clínica do paciente, devendo neste caso ser administrado no ambiente hospitalar e respeitado o intervalo de doses subsequentes intra-hospitalar e pós-alta hospitalar/dose ambulatorial.

o Para indicação do palivizumabe intra-hospitalar é considerada estabilida-de clínica:

o RN sem uso de drogas vasoativas para tratamento de choque séptico, cardiogênico ou hipovolêmico;

o RN sem uso de antibióticos ou outras drogas para tratamento de in-fecção grave e;

o RN sem uso de parâmetros elevados de ventilação mecânica.

o Para os internados em hospitais no período da sazonalidade do VSR que preenchem os critérios estabelecidos, o médico deverá prescrever em receituário e preencher a FICHA DE SOLICITAÇÃO DO PALIVIZUMABE (ANEXO 2). Deve prescrever a dose a ser administrada durante a internação, bem como as dos-es subsequentes. A Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), onde o prematuro/ cardiopata estiver internado deverá providenciar junto aos responsáveis pelo pa-ciente, toda a documentação necessária, disposta no ANEXO 3 para a solicitação deste imunobiológico.

o A(s) dose(s) aplicada(s) devem ser anotadas na Caderneta de Vacinação da Criança e a(s) dose(s) subsequente(s) devem ser orientadas e agendadas nos locais indicados.
- 6.2. Solicitação de dose ambulatorial:
- o Após a alta hospitalar, a criança deverá manter a aplicação do Palivizu-mabe durante a sazonalidade do VSR. Quando não recebeu o medicamento du-rante o período de internação (não teve condições clínicas), o médico assistente da criança deverá explicar aos seus responsáveis, o motivo do uso do medica-mento, prescrever em receituário e preencher a FICHA DE SOLICITAÇÃO DO PALIVIZUMABE (ANEXO 2), bem como, orientar os responsáveis para provi-denciarem a documentação necessária para a aplicação, descrita no ANEXO 3.

o ATENÇÃO: O encaminhamento para aplicação do Palivizumabe se dará por agendamento via e-mail (palivizumabeapdegoiania@gmail.com) ou presen-cialmente no Ambulatório de Referência localizado na Maternidade Municipal Maria da Cruz Gomes Santana (R. 8-E, 45 - St. Garavelo, Aparecida de Goiânia - GO, 74932-250). Conforme FLUXO PARA USO DO PALIVIZUMABE NO MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA (ANEXO 1)

7. PROTOCOLO DE USO DO PALIVIZUMABE PARA A PREVENÇÃO DA INFECCÃO PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO.

O Protocolo objeto da Portaria Conjunta Nº 23/2018 está disponível no sítio <http://portalms.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>. O protocolo é de caráter nacional, sendo o documento de orientação padronizada que deve ser consultado em casos de dúvidas não contempladas nesta Nota Técnica.

- No protocolo há informações detalhadas sobre os seguintes tópicos:
- Conceito geral da infecção pelo vírus sincicial respiratório
  - Prevenção da infecção pelo VSR
  - o Medidas gerais cuidados básicos para reduzir a transmissibilidade do VSR
  - o Cuidados com pacientes que fazem parte dos grupos de risco
  - o Medidas para controle da transmissão hospitalar
  - o Medidas preventivas passivas
  - Critérios de diagnóstico
  - Critérios de inclusão e de exclusão
  - Sazonalidade do vírus sincicial respiratório (VSR) no brasil
  - Tratamento
  - Mecanismos de regulação, controle e avaliação
  - Apresentação, preparação, conservação e uso do palivizumabe
  - Posologia e modo de administração
  - Efeitos adversos e interações medicamentosas
  - Responsabilidades de atendimento e encaminhamentos
  - Da gestão do medicamento

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

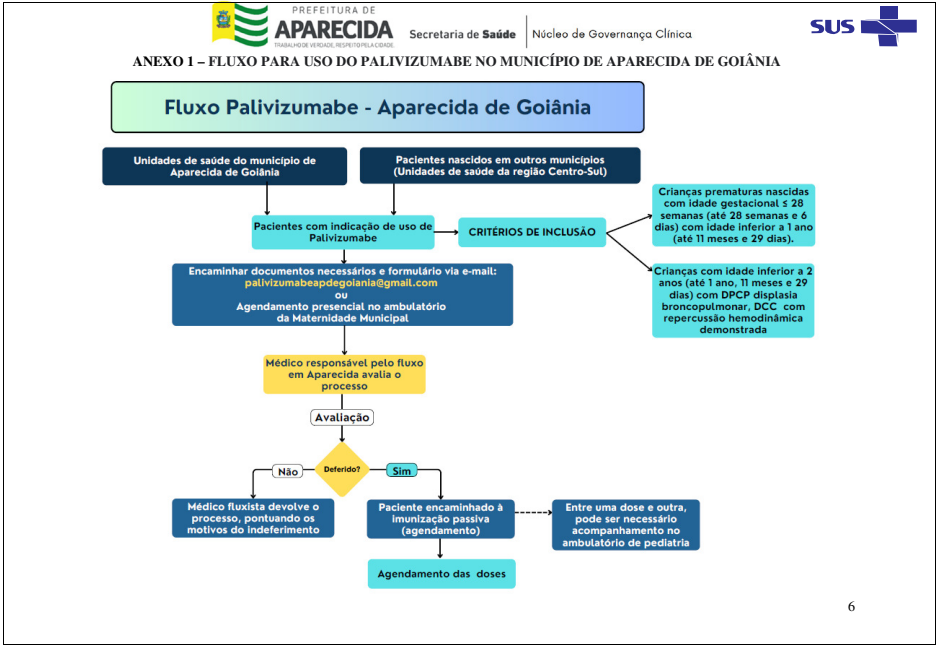
O fluxo para uso do palivizumabe no município de aparecida de goiânia (ANEXO 1) estabelece os procedimentos necessários para uso do anticorpo monoclonal hu-manizado Palivizumabe para os indivíduos residentes em Aparecida de Goiânia (Cartão Nacional do SUS cadastrado em Aparecida de Goiânia). A Ficha de solicitação do Palivizumabe está disponível no ANEXO 2. Os documentos necessários para solicitação estão disponíveis no ANEXO 3.

9. REFERÊNCIAS

PROTOCOLO DE USO DO PALIVIZUMABE PARA A PREVENÇÃO DA INFECCÃO PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (ANEXO) - Portaria Conjunta Nº 23/2018 - Secretaria de Atenção à Saúde e Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>.

FLUXO PARA SOLICITAÇÃO DO PALIVIZUMABE - SUPERINTENDÊN-CIA DE POLÍTICAS E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE - Gerência de As-sistência Farmacêutica PALIVIZUMABE – GOIÁS – SECRETARIA DE ESTA-DO DA SAÚDE. Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/assistencia-farmaceutica/fluxo-palivizumabe.pdf>

|            | Nome                               | Cargo                             | Área de Atuação                        |
|------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|
| Elaboração | Thâmara Oliveira Costa             | Médica                            | Núcleo de Gover-nança Clínica (SU-PGP) |
| Revisão    | Loanny Moreira Barbosa             | Diretora de Urgência e Emergência | Superintendência de Atenção à Saúde    |
|            | Victor Florentino                  | Enfermeiro                        | Apoio Institucional (SAS)              |
| Aprovação  | Carlos Eduardo de Paula Itacaramby | Superintendente                   | Superintendente Gestão e Planeja-mento |
|            | Gustavo Amoury                     | Superintendente                   | Superintendência de Atenção à Saúde    |



ANEXO 2 – FICHA DE SOLICITAÇÃO DO PALIVIZUMABE

| Dados do Solicitante                                                        |  |
|-----------------------------------------------------------------------------|--|
| Nome do Estabelecimento: _____                                              |  |
| CNES: _____                                                                 |  |
| Dados sócio-demográficos                                                    |  |
| Nome do paciente _____                                                      |  |
| Nome da mãe: _____                                                          |  |
| Sexo do paciente: F(    ) M(    )    Data de nascimento: ____/____/____     |  |
| Endereço: _____                                                             |  |
| CEP: _____                                                                  |  |
| Município: _____                                                            |  |
| CNS do paciente: _____ Telefone: _____                                      |  |
| Dados Clínicos                                                              |  |
| Idade gestacional por ocasião do nascimento (em semanas): _____             |  |
| Gestação: Única (    ) Múltipla (    )                                      |  |
| Peso de nascimento (em gramas): _____    Peso atual: _____                  |  |
| Estatura de nascimento (em cm): _____                                       |  |
| Apgar 1’: _____ Apgar 5’: _____    Criança internada: Sim (    ) Não (    ) |  |
| Data da alta hospitalar: ____/____/____                                     |  |

ANEXO 3 – LISTA DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS À SOLICITAÇÃO DO PALIVIZUMABE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>I- RN ou criança internada e que preenche critério de uso:</b><br>1 – Relatório médico com justificativa da solicitação, assinado e carimbado pelo médico que atende o paciente;<br>2 – Cópia da certidão de nascimento;<br>3 – Cópia do comprovante de residência;<br>4 – Cópia do CNS;<br>5 – Cartão de Vacinação;<br>6 – Caderneta da Criança.                                                                                                                                                                                      |
| <b>II- Solicitação de dose pós alta-hospitalar / Pacientes Ambulatoriais:</b><br>1 – Cópia da certidão de nascimento;<br>2 – Cópia do comprovante de residência;<br>3 – Cópia do CNS;<br><br>a) Pacientes prematuros:<br>Anexar também cópia do relatório de alta hospitalar do berçário e informar doses já realizadas internados/ anotar também no cartão da criança;<br><br>b) Pacientes cardiopatas:<br>Anexar cópia do relatório médico com a descrição da cardiopatia, o grau de hipertensão pulmonar e os medicamentos utilizados. |

**PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**  
(Baseado no protocolo de MANCHESTER)

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APARECIDA DE GOIÂNIA

**PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**  
(Baseado no protocolo de MANCHESTER)

Aparecida de Goiânia-GO, 2025

**Organização**  
Thais Kato de Sousa- Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia

**Equipe de Elaboração**  
Thais Kato de Sousa- Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia  
Ana Paula Ribeiro Zenha- Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia  
Cristiane dos Santos - Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia  
Gabriela de Souza Castro Vieira- Médica Pediatra da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia

**Equipe de Revisão**  
Loanny Moreira Barbosa- Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia  
João Guilherme Lemes Cintra- Médico da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia  
Thâmara Oliveira Costa- Médica da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia

**Criação de Arte**  
Willian Rabello Mendes

**Aprovação**  
Carlos Eduardo de Paula Itacaramby- Superintendência de Gestão e Planejamento  
Gustavo Amoury- Superintendente de Atenção à Saúde  
Alessandro Magalhães - Secretário de Saúde

Sumário

|                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Introdução .....                                                | 04 |
| 1.1 Objetivo .....                                                 | 05 |
| 2. Equipe .....                                                    | 05 |
| 2.1 Competências e responsabilidades .....                         | 05 |
| 3. Processo de classificação .....                                 | 05 |
| 4. Avaliação do paciente/coleta de dados .....                     | 06 |
| 4.1 Avaliação inicial .....                                        | 06 |
| 4.2 Atendimento à gestante .....                                   | 06 |
| 5. Classificação de Risco por cores .....                          | 07 |
| 6. Métodos de Triagem .....                                        | 08 |
| 7. Critérios de Inclusão .....                                     | 09 |
| 8. Fluxograma geral de classificação de risco .....                | 10 |
| 9. Avaliação de enfermagem para pacientes adultos .....            | 11 |
| 9.1 Alterações cutâneas .....                                      | 11 |
| 9.2 Alterações de comportamento .....                              | 12 |
| 9.3 Alterações odontológicas .....                                 | 13 |
| 9.4 Alterações otorrinolaringológicas .....                        | 14 |
| 9.5 Alterações vasculares .....                                    | 15 |
| 9.6 Convulsão .....                                                | 16 |
| 9.7 Dengue .....                                                   | 17 |
| 9.8 Desmaio, vertigem .....                                        | 18 |
| 9.9 Diarreia e vômitos .....                                       | 19 |
| 9.10 Dor abdominal .....                                           | 20 |
| 9.11 Dor cervical .....                                            | 21 |
| 9.12 Dor de cabeça .....                                           | 22 |
| 9.13 Dor de garganta .....                                         | 23 |
| 9.14 Dor na coluna .....                                           | 24 |
| 9.15 Dor de torácica .....                                         | 25 |
| 9.16 Intoxicações exógenas .....                                   | 26 |
| 9.17 Mal-estar geral .....                                         | 27 |
| 9.18 Mordeduras, picadas e acidentes com animais peçonhentos ..... | 28 |
| 9.19 Politraumas .....                                             | 29 |
| 9.20 Queimaduras .....                                             | 30 |
| 9.21 Queixas oculares .....                                        | 31 |
| 9.22 Queixas respiratórias .....                                   | 32 |

|       |                                                                   |    |
|-------|-------------------------------------------------------------------|----|
| 9.23  | Queixas urinárias .....                                           | 33 |
| 9.24  | Sangramentos .....                                                | 34 |
| 10.   | Avaliação de Enfermagem para Pacientes Pediátricos .....          | 35 |
| 10.1  | Alterações do Sistema Nervoso Central .....                       | 35 |
| 10.2  | Alterações Oftalmológicas .....                                   | 36 |
| 10.3  | Alterações Odontológicas .....                                    | 37 |
| 10.4  | Alterações Otorrinolaringológicas .....                           | 38 |
| 10.5  | Alterações Respiratórias .....                                    | 39 |
| 10.6  | Alterações Cardíacas .....                                        | 40 |
| 10.7  | Alterações Gastrointestinais .....                                | 41 |
| 10.8  | Alterações Geniturinárias/ Dor testicular .....                   | 42 |
| 10.9  | Alterações Musculoesqueléticas .....                              | 43 |
| 10.10 | Alterações Dermatológicas .....                                   | 44 |
| 10.11 | Alterações Glicêmicas .....                                       | 45 |
| 10.12 | Alterações Comportamentais .....                                  | 46 |
| 10.13 | Eventos adversos pós-vacinais .....                               | 47 |
| 10.14 | Trauma e quedas .....                                             | 48 |
| 10.15 | Intoxicações exógenas .....                                       | 49 |
| 10.16 | Queimaduras .....                                                 | 50 |
| 10.17 | Mordeduras, picada e acidentes com animais peçonhentos .....      | 51 |
| 10.18 | Violência física .....                                            | 52 |
| 10.19 | Situações especiais .....                                         | 53 |
|       | Referências.....                                                  | 54 |
| 11.   | Anexo I- Avaliação da dor .....                                   | 56 |
| 12.   | Anexo II- Escala de coma de Glasgow para adultos e crianças ..... | 57 |
| 13.   | Anexo III- Sinais vitais em adultos .....                         | 59 |
| 14.   | Anexo IV- Sinais vitais em Pediatria .....                        | 61 |
| 15.   | Anexo V – Queimaduras .....                                       | 62 |
| 16.   | Anexo VI- Definição de sepse no paciente pediátrico .....         | 64 |
| 17.   | Anexo VII- Avaliação do estado de hidratação do paciente .....    | 66 |

1. Introdução

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o usuário em relação aos outros serviços de saúde para continuidade da assistência e estabelecer articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

A crescente demanda e a procura pelos serviços de urgência e emergência tornaram necessária a reorganização do processo de trabalho dos serviços para atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência. A classificação de risco faz parte da Política Nacional de Humanização (PNH) e constitui um método de avaliação que contribui para agilizar o atendimento a partir da aplicação de um protocolo pré-estabelecido que estratifica o grau de necessidade do usuário, através da atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada e/ou necessidades especiais.

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de atendimento de urgência e emergência, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. É um instrumento para organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, gerando um atendimento resolutivo e humanizado. Possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/doença e o grau de sofrimento dos usuários.

A Portaria GM/MS nº 2048/2002 é a primeira portaria que regulamenta no Brasil dos serviços de Urgência e Emergência e orienta a implantação da triagem com classificação de risco. O processo de classificação de risco deve ser realizado por profissional de saúde (médico ou enfermeiro), de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência e emergência clínica dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento. Após a classificação, os pacientes são encaminhados para atendimento. Uma vez realizado o atendimento, o paciente deve ter sua referência garantida mediante encaminhamento realizado através das centrais de regulação ou, quando estas não existirem, através de fluxos previamente pactuados.

Para elaboração desse protocolo foi utilizado como base o sistema de Manchester de Classificação de Risco que estratifica a classificação de risco por cores, de acordo com a complexidade.

1. 1 Objetivo

Classificar, mediante protocolo estabelecido de acordo com sinais e sintomas que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento mediato ou imediato.

2. Equipe

- Classificação: enfermeiros.

- Equipe multiprofissional: enfermeiro, auxiliar de enfermagem, serviço social, equipe médica, profissionais da portaria/recepção.

2.1 Competências e responsabilidades

O enfermeiro é o profissional mais indicado para avaliar e classificar o risco dos usuários que procuram os serviços. O enfermeiro que atua na classificação de

risco deve possuir habilidades para promover escuta qualificada, avaliar, registrar correta e detalhadamente a condição clínica bem como a queixa. É importante o trabalho em equipe, o raciocínio clínico, a agilidade mental para a tomada de decisões, assim como capacidade para fazer os devidos encaminhamentos na rede assistencial a fim de que se efetive a continuidade do cuidado.

3. Processo de Classificação

A- Usuário procura o serviço de urgência;

B- É acolhido pelos funcionários da portaria/recepção (conte comigo) e encaminhado para confecção da ficha de atendimento;

C- Logo após é encaminhado ao setor de Classificação de Risco, onde é acolhido pelo enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e aferição de sinais vitais e realiza a classificação de acordo com o protocolo.

D- Reclassificação do paciente se houver piora clínica.

4. Avaliação do Paciente/ Coleta de dados

A- Queixa principal: início, evolução e tempo da doença;

B- Medicações em uso, doenças preexistentes e alergias;

C- Estado físico e mental do paciente (avaliação inicial);

D- Sinais vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de O2 frequência cardíaca (FC) e frequência respiratória (FR);

E- Classificação de gravidade.

4.1 Avaliação inicial

Realizar uma análise sucinta para identificar situações com risco iminente de morte ou instabilidade de sinais vitais, atentar para os seguintes itens:

- Complicações das vias aéreas: é a incapacidade de manter via aérea pérvia. Estridor inspiratório e expiratório representam grave risco.
- Grave esforço respiratório: quando o paciente apresenta sinais de batimento de asa de nariz, cianose de extremidades e uso de musculatura acessória.
- Ausência de pulso central, jugular, radial, braquial e/ou femoral: entre 5 a 10 segundos de verificação, indica parada cardiorrespiratória (PCR).
- Hemorragia exangüinante: grande perda de fluxo sanguíneo que possa trazer instabilidade hemodinâmica.
- Observar sinais de choque: ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado à sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência.

4.2 Atendimento à gestante

Além dos dados iniciais da avaliação coletar as seguintes informações:

- Coletar DUM (Data da última menstruação);
- Uso de medicações contínuas durante a gestação;
- Perda, coloração e características de líquidos;
- Histórico obstétrico- questionar sobre G (gestação), PN (parto natural), PC (parto cesárea), A (abortamento). Exemplo: G3, PN2, PC1, A0= 3 gestações, 2 de parto natural 1 de cesárea e nenhum abortamento.
- Anotar se a gestação é de alto risco: presença de doença infecciosa na gestação ou alguma condição mórbida que influencia no risco gestacional tais como: anemia cardiopatia, tireopatias, hipertensão arterial crônica, diabetes melito, lúpus eritematoso sistêmico, asma, epilepsia, transtornos psiquiátricos, câncer ginecológico, trombofilia, tromboembolismo venoso, gravidez na adolescência, idade materna avançada, obesidade, gestação pós- cirurgia bariátrica, doença renal crônica, doença crônica, tabagismo; usuária de álcool, fumo e drogas ilícitas; miastenia gravis e mioma.

5. Classificação de Risco por cores

VERMELHO (EMERGÊNCIA): Risco iminente de morte ou com sinais iminentes de risco de deteriorização do quadro clínico. Necessitam de atendimento imediato. Deverão ser acompanhados pelo enfermeiro imediatamente para o atendimento médico na sala de reanimação e/ou estabilização.

LARANJA (MUITO URGENTE): Potencial risco de morte. Necessitam de atendimento em até 10 minutos. Deverão ser priorizados para a sala de Classificação de Risco e em seguida, acompanhados pelo enfermeiro para o atendimento na enfermaria.

AMARELO (URGENTE): Potencial risco de agravamento, requerem atendimento médico e de enfermagem, porém não correm risco imediato de morte. Necessitam de atendimento em até 60 minutos. Deverão ser encaminhados para atendimento prioritário em consultório médico.

VERDE (POUCO URGENTE): Pouco urgente. Não apresenta risco iminente de morte ou risco potencial de agravamento. Necessitam de atendimento médico em até 120 minutos. Deverão ser encaminhados para atendimento médico em consultório.

AZUL (NÃO URGENTE): Podem aguardar atendimento. Podem ser atendidos em consultórios do pronto atendimento por ordem de gravidade em até 4 horas (240 min). O Classificador deverá orientar quanto à relação de serviços disponibilizados pelas Unidades Básicas de Saúde.

|                          |         |
|--------------------------|---------|
| VERMELHO= EMERGÊNCIA     | 0 min   |
| LARANJA= MUITO EMERGENTE | 10 min  |
| AMARELO =URGENTE         | 60 min  |
| VERDE=POUCO URGENTE      | 120 min |
| AZUL= NÃO URGENTE        | 240 min |

6. Método de Triagem

A identificação do problema, a prática clínica está centrada na queixa principal, ou seja, o principal sinal e sintoma identificado pelo próprio paciente ou pelo profissional de saúde. Os principais discriminadores para classificação são:

- Risco de morte;
- Dor;
- Hemorragia;
- Nível de consciência;
- Temperatura;
- Agravamento;

Risco de morte

Reconhecer que qualquer perda ou ameaça das funções vitais (vias aéreas, respiração e circulação) coloca o paciente no primeiro grupo de prioridades.

Dor

Dor é determinada pelo desconforto físico variando de leve a grave, onde a leve é tolerável com score de 1-3, moderada score de 4-6 e severa score 7-10 indica uma dor intolerável, significativa e insuportável. Utilizar a Escala Visual Analógica (EVA) para avaliação de adultos e crianças (Anexo I).

Hemorragia

A hemorragia apresenta-se de várias formas. Uma hemorragia que não é controlada pela aplicação de pressão direta constante e que continua a sangrar abundantemente ou ensopa rapidamente compressas ou chumaços grandes é descrita como grande hemorragia incontrolável.

Nível de consciência

O nível de inconsciência é analisado separadamente para adultos e crianças. As alterações do nível de consciência/estado mental devem ser avaliadas pela Escala de Coma de Glasgow (Anexo II). Pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificadas como vermelho/laranja. Estes pacientes apresentam via aérea desprotegida, com risco iminente de aspiração pulmonar devendo ser imediatamente encaminhados para a Sala de reanimação e/ou Vermelha/ Estabilização.

Agravamento

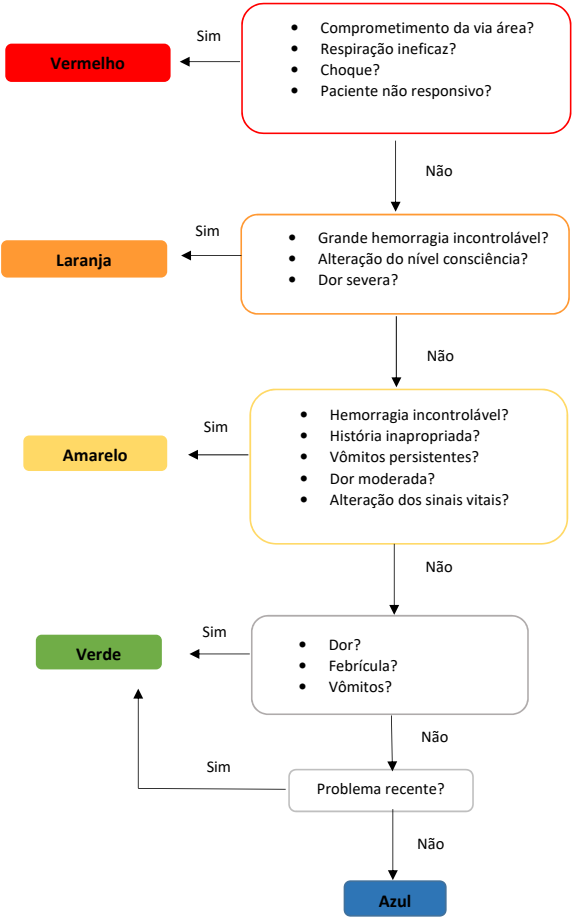
Avaliar se o problema é recente. Se é ou não uma lesão ou ferimento recente, pois um tempo relativamente longo de existência de um problema pode ser incluído na prioridade não urgente sem risco clínico.

7. Critérios de Inclusão

Todos os usuários que procurarem atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS) do Município de Aparecida de Goiânia.



8. Fluxograma geral de classificação de risco



Rua Antônio Barbosa Sandoval, Qd. 04, Lt. 01, APM 3,  
Centro – Aparecida de Goiânia – GO  
Telefone: (62) 3545-5883  
aparecida.go.gov.br



9. Avaliação de Enfermagem para Pacientes Adultos

| ALTERAÇÕES CUTÂNEAS<br>(feridas; abscessos, afecções da pele, erupções e vesículas disseminadas) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO                                                                                         | 1. Sinais de choque- hipotensão e/ou bradicardia, palidez, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| LARANJA                                                                                          | 1. Edema de face- inchaço envolvendo a derme profunda e tecido subcutâneo. Representando um edema localizado. O angiodema frequentemente ocorre na face, língua e laringe.<br>2. Perfusão comprometida- TEC > 2 seg com sinais de cianose.<br>3. Dor intensa (7-10/10)<br>4. Mordedura (humana ou animal) - Acidentes graves: Ferimentos na cabeça, face, pescoço, mão, polpa digital e/ou planta do pé. Ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo.<br>5. Ferida com sangramento incontrolável- Lesão com sangramento que mesmo após compressão persiste com sangramento visível.<br>6- Acidente com animal peçonhento com sinais e sintomas locais- Acidente ofídico, escorpiônico ou aracnídeo sem toxemia.<br>7- Toxemiado, prostrado ou febril- Cianótico, taquicárdico, dispneico.<br>8- Contato com produtos químicos de alta letalidade- capacidade de um produto causar um efeito prejudicial após uma única exposição, em um período de tempo curto. |
| AMARELO                                                                                          | 1. Dor moderada (4-6/10).<br>2. Ferida com sangramento controlado.<br>3. Ferida corto contusa - necessidade de sutura.<br>4. Violência, maus tratos, LESÃO AUTO PROVOCADA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| VERDE                                                                                            | 1. Mordedura (humana ou animal) -Acidentes leves, ferimentos superficiais pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e membros (exceto mãos, polpas digitais e planta dos pés). Podem acontecer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras, causadas por unha ou dente.<br>2.Dor leve (1-3/10).<br>3.Ferida infectada.<br>4.Ferida superficial.<br>5. Míase com infestação intensa.<br>6. Ferida com necrose.<br>7. Abscesso - resultado de uma quebra na barreira da pele com contaminação bacteriana.<br>8. Placas eritematosas de início súbito-rubor na pele ocasionado pela vasodilatação capilar associado ou não a exposição solar, processos infecciosos ou inflamatórios, uso de substâncias medicamentosas, processos alérgicos. Quando pressionado embranquece, reaparecendo após cessar a pressão.<br>9. Infecção secundária -presença de sinais flogísticos (dor, calor e rubor).<br>10. Erupções secretantes ou bolhosas associado a prurido centímetro.                   |
| AZUL                                                                                             | 1.Quadro crônico ou recorrente- sem sinais sistêmicos.<br>2.Úlceras crônicas sem repercussão sistêmica.<br>3. Dor leve > 7 dias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| ALTERAÇÕES DE COMPORTAMENTO                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (Confusão mental, ansiedade, excitação, letargia, obnubilação; História de ingestão de álcool e drogas) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| VERMELHO                                                                                                | 1.Sinais de choque- hipotensão ou Bradicardia, palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| LARANJA                                                                                                 | 1.História de overdose ou envenenamento -dosagem excessiva de medicamentos e/ou outras substâncias.<br>3.Extrema agitação / alucinações -Inquietação, aumento da excitabilidade psíquica, resposta exacerbada a estímulos, atividade motora e verbal inadequada e repetitiva, podendo cursar com agressividade.<br>4. Déficit neurológico agudo -paresia, plegia, disfagia, afasia, ataxia, paralisia facial associado a alterações relevantes dos sinais vitais.                                   |
| AMARELO                                                                                                 | 1. Vômito persistente – assistido na unidade<br>2. Ataque de pânico.<br>2. Alto Risco de auto ou heteroagressão.<br>3. Alucinações ou desorientação.<br>4. História de inconsciência -perda da capacidade de permanecer alerta.<br>5. Relato de ingestão medicamentosa há mais de 12 horas, sem alteração de comportamento e sem alterações de sinais vitais.<br>6. Alteração súbita de consciência.<br>7.Potencial suicida / homicida – ideação suicida, intenção ou planos suicidas ou homicidas. |
| VERDE                                                                                                   | 1. Vômitos esparsos.<br>2. Pensamentos suicidas.<br>3. História psiquiátrica importante.<br>4. Moderado risco de auto ou heteroagressão.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| AZUL                                                                                                    | 1. Sintomas ansiosos- apreensão, preocupação excessivas, dores musculares a mais de 7 dias, fadiga, irritabilidade, ansiedade e dificuldade para dormir.<br>2. Sintomas depressivos- tristeza, choro, apatia, angústia, desespero, fadiga, desanimo, insônia, hipersonia, perda ou aumento do apetite, diminuição da libido, ideias pessimistas de arrependimento ou culpa, problema de concentração e memória.                                                                                     |

| ALTERAÇÕES ODONTOLÓGICAS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO                 | 1. Suspeita de septicemia.<br>2. Traumatismos graves.<br>3. Choque anafilático.<br>4. Obstrução das vias aéreas.<br>5. Sangramento intenso incontrolável.                                                                                                                                                           |
| LARANJA                  | 1. Dor intensa (7-10/10).<br>2. Sangramento médio incontrolável.<br>3. Erupção ou vesículas disseminadas.<br>4. Trismo (limitação da abertura bucal).<br>5. Periconarites, alveolites e pulpites.<br>6. Avulsão dentária aguda- < 2 horas.<br>7. Enfartamento ganglionar.<br>8. Dor mandibular sem queixa dentária. |
| AMARELO                  | 1.Dor moderada (escala de 4 a 6).<br>2. Sangramento médico controlável.<br>3. Edema facial ou de língua.<br>4. Abscessos dentários.<br>5. Avulsão dentária aguda ( sem a presença do dente para reimplante).                                                                                                        |
| VERDE                    | 1. Dor leve (< 7 dias - Escala de dor 1 a 4).<br>2. Sangramento pequeno controlável.<br>3. Febrícula (37,5 °C a 38.4°C).<br>4. Sangramento gengival.<br>5. Sensibilidade da face alterada.<br>6. Traumatismo dentário ou lesão bucal.                                                                               |
| AZUL                     | 1. Dor leve ( < 7 dias - Escala de dor 1 a 3).                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| ALTERAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO                          | 1. Respiração ausente.<br>2. Obstrução de vias aéreas (gaspeando).<br>3. Alteração súbita de consciência (escala de Glasgow < 8).<br>4. Sangramento intenso incontrolável.<br>5. Dispneia aguda ou respiração alterada.                                                                                        |
| LARANJA                           | 1. Sinais de sepse.<br>2. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 9 a 12).<br>3. Sangramento médio incontrolável.                                                                                                                                                                                   |
| AMARELO                           | 1. História de trauma.<br>2. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 12 a 14).<br>3. Corpo estranho em via aérea superior (em nariz ou preso garganta).                                                                                                                                             |
| VERDE                             | 1. Dor e/ou calor e/ou rubor e/ou eritema e/ou edema com ou sem presença de Secreção.<br>2. Vertigem.<br>3. Sensibilidade da face alterada ou deformidade.<br>4. Edema na face.<br>5. Dor de garganta.<br>6. Sensação ou relato de corpo estranho no ouvido ou deglutido.<br>7. Perda e diminuição da audição. |
| AZUL                              | 1. Dor > 7 dias.                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| ALTERAÇÕES VASCULARES |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO              | 1. Obstrução de vias aéreas- Início súbito de grave dificuldade respiratória ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho e edema de lábio.<br>2. Sinais de choque- Hipotensão ou Bradicardia, palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência<br>3. Cianose central.<br>4. Penetração de projétil ou arma branca em tórax e abdome. |
| LARANJA               | 1. Dor intensa (7-10/10).<br>2. Grave mecanismo de trauma-desaceleração frontal rápida; desaceleração vertical rápida.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| AMARELO               | 1. Dor moderada (4-6/10) - Dor suportável, mas intensa.<br>2. Membros inferiores com cianose.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| VERDE                 | 1. Dor leve (1-3/10).<br>2.Edema articular sem flogose- flogose é uma resposta do organismo ao agente agressor, caracterizado pela saída de líquidos e de células do sangue para o interstício.<br>3. Evento recente- Aparecimento < 7 dias.<br>4. Sinais flogísticos locais não articulares- edema, hiperemia, calor e rubor.<br>5. Comprometimento vascular distal.<br>6. Limitação dos movimentos/função.                       |
| AZUL                  | 1. Dor crônica não agudizada.<br>2. Úlcera crônica sem repercussão sistêmica.<br>3. Limitação leve dos movimentos sem perda da função.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| CONVULSÃO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO  | <b>1. Convulsão ativa-</b> Contratura muscular involuntária de todo o corpo ou de parte dele;<br><b>2. Comprometimento/obstrução de vias aéreas-</b> Início súbito de grave dificuldade respiratória ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho e edema de língua.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| LARANJA   | <b>1. Alteração súbita da consciência;</b><br><b>2. História de overdose ou envenenamento-</b> dosagem excessiva de medicamentos e/ou outras substâncias;<br><b>3. Respiração inadequada-</b> incapacidade de falar; cianose; letargia e/ou confusão mental.<br><b>4. Sinais neurológicos focais-</b> paresia, parestesia, disfasia, afasia, ataxia, distúrbio do equilíbrio.<br><b>5. Crise convulsiva reentrante-</b> crise repetida sem a recuperação completa da consciência entre elas;<br><b>6. Hipoglicemia &lt; 70 mg/dl.</b><br><b>8. Em pós- ictal-</b> momento posterior a crise convulsiva que pode se caracterizar por perda da consciência, confusão ou desorientação mental e letargia. |
| AMARELO   | <b>1.Crise convulsiva há menos de 12h e alerta-</b> relato de crise convulsiva nas últimas 12 horas.<br><b>2.Crise convulsiva há menos de 12h e alerta-</b> relato de crise convulsiva nas últimas 12 horas.<br><b>4. História de Trauma craniano recente-</b> TCE < 7 dias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| VERDE     | <b>1. Cefaleia com história de convulsão &lt; 7 dias.</b><br><b>2. Crise convulsiva &lt; 7 dias.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| AZUL      | <b>1.Crise convulsiva isolada &gt; 7 dias sem demais sintomas.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| DENGUE   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO | <b>1. Sinais de choque-</b> hipotensão e/ou bradicardia, palidez, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída, alteração do nível de consciência.<br><b>Choque-</b> evidenciado por taquicardia; extremidades distais frias; TEC> 2segundos); pressão arterial convergente (< 20 mm Hg); taquipneia; oliguria (< 1,5 ml/kg/h).<br><b>2. Sangramentos ativos não controláveis.</b><br><b>3. Hipotensão severa-</b> PAS < 90 mmHg ou PAM < 70 mmHg ou diminuição da PAS> 40 mmHg.<br><b>4. Cianose.</b> |
| LARANJA  | <b>1. Hipotensão-</b> redução na PAS ≥ 20 mmHg ou na PAD ≥ 10 mmHg.<br><b>2. Bradicardia</b> < 60 bpm.<br><b>3. Pressão convergente-</b> diferença entre a pressão sistólica e diastólica < 20mmhg.<br><b>4. Plaquetas &lt; 50.000/mm³</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| AMARELO  | <b>1. Dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua.</b><br><b>2. Vômitos persistentes.</b><br><b>3. Acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico).</b><br><b>4. Hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal.</b><br><b>5. Sangramento de mucosa.</b><br><b>6. Letargia e/ou irritabilidade.</b><br><b>7. Aumento progressivo do hematócrito.</b>                                                                                                               |
| VERDE    | <b>1. Dengue SEM sinais de alarme, com condição especial, ou com risco social e com comorbidades:</b> lactentes (< 2 anos), gestantes, adultos com idade acima de 65 anos, hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes <i>mellitus</i> , doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma, obesidade, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme e púrpuras), doença renal crônica, doença ácido péptica, hepatopatias e doenças autoimunes.                |
| AZUL     | <b>1. Dengue sem sinais de alarme, sem condição especial, sem risco social e sem comorbidades.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| DESMAIO, VERTIGEM |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO          | <b>1. Alteração do nível de consciência-</b> Escala de Coma de Glasgow <8.<br><b>2. Comprometimento/obstrução de vias aéreas-</b> Início súbito de grave dificuldade respiratória, sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho, edema de língua.<br><b>4. Convulsionando.</b><br><b>5. Sinais de choque-</b> palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência.                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| LARANJA           | <b>1. Dor torácica-</b> dor intensa em aperto ou peso no meio do peito, irradiando para o braço esquerdo ou pescoço. Pode-se associar sudorese, náuseas e epigastralgia.<br><b>2. Dispneia aguda-</b> fôlego curto ou falta de ar súbita associada a baixa saturação.<br><b>3. Déficit neurológico agudo-</b> perda de função neurológica nas últimas 24 horas (paresia, plegia, disfagia, afasia, ataxia, paralisia facial).<br><b>4. Pulso anormal (filiforme) -</b> Tipo de pulso arterial muito fraco.<br><b>5. Dor intensa (7-10/10)-</b> Dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida.<br><b>6. História importante de alergia-</b> sensibilidade conhecida com reação grave ( ex.: picada de abelha).<br><b>7. Hipoglicemia-</b> glicemia <70 mg/dl. |
| AMARELO           | <b>1. História de trauma craniano RECENTE.</b><br><b>2. História de inconsciência nas últimas 12 horas.</b><br><b>3. História discordante-</b> Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos.<br><b>4. Relato de primeira crise convulsiva.</b><br><b>5. Dor moderada (4-6/10)-</b> Dor suportável, mas intensa.<br><b>6. Déficit neurológico agudo-</b> perda de função neurológica nas últimas 24 horas (paresia, plegia, disfagia, afasia, ataxia, paralisia facial).                                                                                                                                                     |
| VERDE             | <b>1. Dor leve (1-3/10).</b><br><b>2. Vômitos esporços.</b><br><b>3. Evento de início &lt; 6 horas.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| AZUL              | <b>1. Vertigem &gt; 7 dias.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| DIARRÉIA E VÔMITOS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO           | <b>1. Sinais de choque-</b> Palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência.                                                                                                                                                                                            |
| LARANJA            | <b>1. Dor intensa (7-10/10) -</b> Dor intolerável.<br><b>2. Presença de grande quantidade de sangue no vômito</b><br><b>3. Evacuação de sangue vivo ou escurecido presenciada.</b><br><b>4. Respiração inadequada-</b> incapacidade de falar; cianose; letargia e/ou confusão mental.                                              |
| AMARELO            | <b>1. Relato de fezes pretas ou em groselha.</b><br><b>2. Relato agudo de hematêmese.</b><br><b>5. Sinais de desidratação -</b> muita sede, boca seca, olhos encovados, vômitos frequentes, sem urinar nas últimas 12h, prega cutânea se desfaz lentamente (< 10 seg), pulso fino e rápido, perfusão periférica lenta (3 a 5 seg). |
| VERDE              | <b>1. Dor leve (1-3/10).</b><br><b>2. Vômitos esporços.</b><br><b>3. Evento de início &lt; 6 horas.</b><br><b>4. Febril.</b>                                                                                                                                                                                                       |
| AZUL               | <b>1. Busca de reavaliação sem queixas.</b><br><b>2. Último evento&gt; 7 dias.</b>                                                                                                                                                                                                                                                 |

| DOR ABDOMINAL |                                                                                                                                                                                                             |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO      | 1. Obstrução de vias aéreas.<br>2. Sinais de choque- palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência                                             |
| LARANJA       | 1. Hematêmese.<br>2. Evacuação de sangue vivo ou escurecido.<br>3. Dor intensa (7-10/10) -dor intolerável.<br>4. Respiração inadequada- cianose associada a baixa saturação; letargia e/ou confusão mental. |
| AMARELO       | 1. Relato de fezes pretas ou em groselha.<br>2. Dor moderada (4-6/10).<br>3. Relato agudo de hematêmese.<br>4. Vômitos persistentes- no mínimo 3 eventos nas últimas 24 horas.                              |
| VERDE         | 1. Dor leve (1-3/10).<br>2. Vômitos.<br>3. Evento recente< 7 dias.                                                                                                                                          |
| AZUL          | 1. Dor > 7 dias.                                                                                                                                                                                            |

| DOR CERVICAL |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO     | 1. Obstrução de vias aéreas- início súbito de grave dificuldade respiratória ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho e edema de língua,<br>2. Sinais de choque- Hipotensão ou Bradicardia, palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência. |
| LARANJA      | 1.Dor intensa (7-10/10).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| AMARELO      | 1. Déficit neurológico novo- perda de função neurológica, alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros, retenção urinária ou alteração há mais de 24 hs.<br>2. Dor moderada (4-6/10).<br>3. Trauma direto no pescoço- traumatismos de garganta, nuca e região supraclavicular.                                                     |
| VERDE        | 1.Dor leve (1-3/10).<br>2. Evento de início < 7 dias.                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| AZUL         | 1. Dor > 7 dias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| DOR DE CABEÇA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO      | 1. Convulsão ativa.<br>2. Sinais de choque- hipotensão ou Bradicardia, palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência.                                                                                                                                                                                                                                            |
| LARANJA       | 1. Dor intensa (7-10/10).<br>2. Estado mental alterado- desorientado no tempo, lugar e desconhecimento de pessoas; Incapacidade de cumprir ordens simples; pensamento desconexos; letargia e/ou confusão mental.<br>3. Sinais neurológicos focais agudo (menor que 24 horas)- paresia, parestesia, disfasia, afasia, ataxia, distúrbio do equilíbrio.<br>4. Perda aguda completa da visão.<br>5. Desvio agudo de rima labial. |
| AMARELO       | 1. História de inconsciência- Perda da capacidade de permanecer alerta.<br>2. Dor moderada (4-6/10) - Dor suportável, mas intensa.                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| VERDE         | 1.Evento recente < 7 dias<br>2. Dor leve (1-3/10)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| AZUL          | 1. Dor > 7 dias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| DOR DE GARGANTA |                                                                                                                                                                                           |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO        | 1. Obstrução de vias aéreas- início súbito de grave dificuldade respiratória sem febre ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho e edema de língua. |
| LARANJA         | 1. Dor intensa (7-10/10).                                                                                                                                                                 |
| AMARELO         | 1.Dor moderada (4-6/10) - Dor suportável, mas intensa.<br>2. Febre.                                                                                                                       |
| VERDE           | 1. Dificuldade para deglutir.<br>2. Tosse seca ou produtiva e coriza.<br>3. Dor leve (1-3/10).<br>4. Evento recente < 7 dias.<br>5. Febril.                                               |
| AZUL            | 1. Dor > 7 dias                                                                                                                                                                           |

| DOR NA COLUNA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO      | <b>1. Obstrução de vias aéreas-</b> Início súbito de grave dificuldade respiratória sem febr ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho e edema de língua<br><b>2. Sinais de choque-</b> hipotensão ou bradicardia, palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência.<br><b>3. Penetração de projétil por arma de fogo.</b> |
| LARANJA       | <b>1. Dor intensa (7-10/10)</b> -dor intolerável.<br><b>2. Grave mecanismo de trauma-</b> desaceleração frontal rápida; desaceleração vertical rápida e/ou deformidade aguda.                                                                                                                                                                                                                                              |
| AMARELO       | <b>1. Dor moderada (4-6/10)-</b> dor suportável, mas intensa.<br><b>2. Dificuldade de andar.</b><br><b>3. Limitação dos movimentos/função.</b><br><b>4. Mecanismo trauma-</b> desaceleração frontal rápida; desaceleração vertical rápida.                                                                                                                                                                                 |
| VERDE         | <b>1.Dor leve (1-3/10)</b> - dor suportável.<br><b>2. Evento recente-</b> aparecimento < 7 dias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| AZUL          | <b>1. Dor crônica.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| DOR TORÁCICA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO     | <b>1. Sinais de choque-</b> hipotensão ou Bradicardia, palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência.<br><b>2.Trauma penetrante por arma branca e/ou fogo.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| LARANJA      | <b>1. Dor intensa (7-10/10).</b><br><b>2. Dor precordial-</b> Dor intensa em aperto ou peso no meio do peito, irradiando para o braço esquerdo, pescoço ou mandíbula. Pode-se associar ou não a sudorese, náuseas e vômitos. Dor intolerável.<br><b>3. Dispneia aguda-</b> fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar crônica associada a baixa saturação e/ou uso de musculatura acessória.<br><b>4. Trauma torácico com falta de ar associado a baixa saturação e/ou uso de musculatura acessória.</b> |
| AMARELO      | <b>1. Dor moderada (4-6/10)-</b> dor suportável, mas intensa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| VERDE        | <b>1. Dor leve (1-3/10)</b> - Dor suportável.<br><b>2. Evento recente.</b><br><b>3. Dor pleurítica-</b> dor em fincada localizada no peito que piora com respiração, tosse e ou espirro.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| AZUL         | <b>1. Evento&gt; 7 dias.</b><br><b>2. Retorno sem queixas para reavaliação Clínica.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| INTOXICAÇÕES EXÓGENAS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO              | <b>1. Obstrução de vias aéreas-</b> Início súbito de grave dificuldade respiratória ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho e edema de língua.<br><b>2. Convulsionando</b><br><b>3. Sinais de choque-</b> Hipotensão (PA sistólica ≤ 80mmHg), Taquicardia (FC ≥ 140bpm) ou Bradicardia (FC ≤ 40bpm), palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída, , alteração do nível de consciência; Letargia e/ou confusão mental; Cianose. |
| LARANJA               | <b>1. Edema facial.</b><br><b>2. Edema de língua.</b><br><b>3. Dor intensa (7-10/10).</b><br><b>4. Saturação de oxigênio &lt; 92% em ar ambiente.</b><br><b>6. Alteração súbita da consciência.</b><br><b>7. Acidente perfuro-cortante com material biológico.</b><br><b>8. Lesão ocular química.</b>                                                                                                                                                                                             |
| AMARELO               | <b>1. Erupção ou vesículas disseminadas.</b><br><b>2. História de crise convulsiva após intoxicação.</b><br><b>3. Dor moderada (4-6/10).</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| VERDE                 | <b>1. Dor leve recente</b><br><b>2. Evento recente</b><br><b>3. Alterações dérmicas locais</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| AZUL                  | <b>1. Evento&gt; 7 dias.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| MAL-ESTAR |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO  | <b>1. Obstrução de vias aéreas-</b> Início súbito de grave dificuldade respiratória ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho e edema de língua.<br><b>2. Sinais de choque-</b> Hipotensão (PA sistólica ≤ 80mmHg), Taquicardia (FC ≥ 140bpm) ou Bradicardia (FC ≤ 40bpm), palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída, irritabilidade, alteração do nível de consciência e oligúria; Letargia e/ou confusão mental e cianose.<br><b>3. Convulsionando.</b> |
| LARANJA   | <b>1. Alteração súbita da consciência.</b><br><b>2. Déficit neurológico agudo-</b> qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24 hs: alteração ou perda de sensibilidade e retenção urinária.<br><b>3. Hipoglicemia-</b> glicemia < 70 mg/dl.                                                                                                                                                                                                                                                              |
| AMARELO   | <b>1. História de Hemoptise.</b><br><b>2. Erupção de vesículas disseminadas-</b> erupção secretante ou bolhosa cobrindo 10% da superfície corporal.<br><b>3. Dor moderada (4-6/10).</b><br><b>4. Febre.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| VERDE     | <b>1. Dor leve recente (1-3/10).</b><br><b>2. Febril.</b><br><b>3. História de viagem recente para regiões endêmicas – intervalo&lt; 7 dias.</b><br><b>4. Imunossupressão conhecida-</b> qualquer paciente em uso de drogas imunossupressoras (incluindo uso de corticoide prolongado) ou que seja HIV positivo.<br><b>5. História hematológica importante.</b><br><b>6. Púrpura-</b> erupção de qualquer parte do corpo que é causada por pequenas hemorragias debaixo da pele.                                             |
| AZUL      | <b>1. Dor &gt; acima de 7 dias.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| MORDEDURAS, PICADAS E ACIDENDETES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO                                                  | <b>1. Obstrução de vias aéreas-</b> Início súbito de grave dificuldade respiratória ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho e edema de língua.<br><b>2. Hemorragia não controlável.</b><br><b>3. Sinais choque-</b> Hipotensão ou Bradicardia, palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência.<br><b>4. Mutilação-</b> amputação ou perda de partes corporais por mordedura humana ou animal com sangramento INCONTROLÁVEL.                                                                                  |
| LARANJA                                                   | <b>1. Edema facial.</b><br><b>2. Edema de língua.</b><br><b>3. Hemorragia.</b><br><b>4. Refere alergia importante-</b> sensibilidade conhecida com reação grave (p. ex nozes, camarão, picada de abelha).<br><b>5. Ferimento extenso por mordedura ou em áreas críticas- <u>ferimentos de segmento cefálico, mãos e pés.</u></b><br><b>6. Alteração súbita da consciência.</b><br><b>7. Sat O2 muita baixa-</b> Saturação de oxigênio < 92% em ar ambiente.<br><b>8. Mutilação-</b> amputação ou perda de partes corporais por mordedura humana ou animal com sangramento controlável.<br><b>9. Dor intensa.</b> |
| AMARELO                                                   | <b>1. Erupção ou vesículas disseminadas-</b> vesículas ou bolhas distintas ou confluentes que alcançam mais de 10% da superfície corporal por meio da regra dos nove de Wallace; a qual estima 9% de superfície corporal para cada uma das regiões a seguir: cabeça e pescoço, cada membro, cada quadrante do tronco, cada coxa, cada perna e pé; prurido, envolvendo mais de uma região corporal.<br><b>2. Dor modetrada (4-6/10).</b><br><b>3. Coceira intensa.</b>                                                                                                                                            |
| VERDE                                                     | <b>1. Infecção local-</b> manifesta-se geralmente com inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) restrita a uma área definida, com ou sem coleção de pus.<br><b>2. Inflamação local-</b> implica em dor, inchaço e vermelhidão restrita a uma área definida.<br><b>3. Dor leve recente (1-3/10).</b><br><b>4. Evento recente.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| AZUL                                                      | <b>1. Evento&gt; 7 dias.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| POLITRAUMAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ( pacientes com um ou mais traumas significativos de cabeça , tórax, abdome, trato urinário, pelve e/ou coluna e extremidades; ferimento penetrante, fratura exposta, afundamento de crânio, suspeita de trauma raquimedular, múltiplas fraturas de costelas, esmagamento ou deslucamento em extremidades ). |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| VERMELHO                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>1. Sinais de choque-</b> Hipotensão ou Bradicardia, palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência.<br><b>2. Obstrução de vias aéreas-</b> Início súbito de grave dificuldade respiratória ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho e edema de língua.<br><b>3. Hemorragia incontrolável.</b><br><b>4. Amputação traumática.</b><br><b>5. Otorragia.</b><br><b>6. Evisceração-</b> lesão onde ocorre a extrusão de vísceras abdominais                                                                                                                                                                   |
| LARANJA                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>1. Alteração do nível de consciência-</b> Escore na Escala de Coma de Glasgow (ECG 9-13).<br><b>2. Dor pleurítica-</b> dor em fincada/aguda localizada no peito que piora com respiração, tosse e ou espirro.<br><b>3. Dor cervical.</b><br><b>4. Dor intensa (7-10/10).</b><br><b>5. Instabilidade da Pelve.</b><br><b>6. Náuseas/vômitos.</b><br><b>7. Trauma direto no pescoço.</b><br><b>8. Deformidade local sem lesões se dor intensa.</b><br><b>9. Lacerações com sangramento incontrolável.</b><br><b>10. Mecanismos de trauma significativo-</b> trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido, principalmente de houver ejeção do veículo. |
| AMARELO                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>1. Relato de inconsciência -</b> perda da capacidade de permanecer em alerta.<br><b>2. Hemorragia controlável-</b> sangramento ativo contido por compressão.<br><b>3. Cefaleia moderada (4-7/10)</b><br><b>4. Cefaleia pós alta &lt; 24 horas.</b><br><b>5. Dor moderada (4-6/10).</b><br><b>6. Deformidade local sem lesões se dor moderada.</b><br><b>7. Trauma torácico com dor leve sem dispneia.</b><br><b>8. Suspeita de fratura, entorse e luxação associado a dor moderada.</b><br><b>9. Lacerações com sangramento controlado.</b>                                                                                                                                                                 |
| VERDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>1. Contusões e escoriações.</b><br><b>2. Dor leve (1-3/10).</b><br><b>3. Evento recente.</b><br><b>4. Edema local</b><br><b>5. Suspeita de fratura, entorse e luxação associado a dor leve.</b><br><b>6. Lacerações que requerem investigação associado a dor e/ou sangramento.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| AZUL                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>1. Evento &gt; 7 dias.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| QUEIMADURAS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO    | <b>1. Obstrução de vias aéreas-</b> Início súbito de grave dificuldade respiratória ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho e edema de língua.<br><b>2. Sinais de choque-</b> Hipotensão ou Bradicardia, palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência.<br><b>3. Queimaduras extensas- área de superfície corporal queimada (SCQ) &gt; 25%.</b><br><b>4. Queimaduras localizadas na cabeça e na face.</b>                  |
| LARANJA     | <b>1. Alteração súbita da consciência.</b><br><b>2. Baixa saturação &lt;92 %.</b><br><b>3. Queimadura com SCQ &gt; 9% associado a dor intensa.</b><br><b>4. Lesão por inalação.</b><br><b>5. Dor intensa (7-10/10).</b><br><b>6. Queimadura elétrica -</b> qualquer queimadura causada possivelmente por corrente elétrica. Inclui corrente alternada e contínua tanto de fontes naturais como artificiais, associada a instabilidade hemodinâmica.<br><b>7. História de Inalação de fumaça com instabilidade hemodinâmica.</b> |
| AMARELO     | <b>1. Queimadura com SQC &lt;9% associado a dor moderada.</b><br><b>2. Queimadura elétrica -</b> queimadura causada possivelmente por corrente elétrica. Inclui corrente alternada e contínua tanto de fontes naturais como artificiais associado estabilidade hemodinâmica.<br><b>3. Queimadura química-</b> substância que respinga ou cai no corpo e causa dor e queimação.<br><b>4. História de Inalação de fumaça com estabilidade hemodinâmica.</b><br><b>5. Dor moderada (4-6/10).</b>                                   |
| VERDE       | <b>1. Inflamação local.</b><br><b>2. Infecção local.</b><br><b>3. Dor leve (1-3/10).</b><br><b>4.Evento recente&lt; 7 dias.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| AZUL        | <b>1. Dor&gt; 7 dias</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| QUEIXAS OCULARES |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO         | <b>1. Lesão ocular química aguda.</b><br><b>2. Trauma ocular penetrante.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| LARANJA          | <b>1. Perda total da visão aguda.</b><br><b>2. Dor intensa (7-10/10).</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| AMARELO          | <b>1. Redução recente de acuidade visual &lt; 7 dias</b><br><b>2. Dor moderada (4-6/10)</b><br><b>3. Celulite peri-orbitária</b>                                                                                                                                                                                                             |
| VERDE            | <b>1. Olho vermelho-</b> qualquer vermelhidão no olho. Pode ou não haver dor e esta ser difusa ou parcial.<br><b>2. Sensação de corpo estranho</b><br><b>3. Dor leve (1-3/10)</b><br><b>4. Diplopia –</b> visão dupla que desaparece se um dos olhos é fechado<br><b>5. Terçol ou hordéolo-</b> infecção bacteriana localizada nas pálpebras |
| AZUL             | <b>1. Evento &gt;7 dias.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| QUEIXAS RESPIRATÓRIAS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO              | 1. <b>Obstrução de vias aéreas</b> - Início súbito de grave dificuldade respiratória ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho e edema de língua.<br>2. <b>Alteração súbita da consciência</b> (Escala de Glasgow < 8).                                                                         |
| LARANJA               | 1. <b>Alteração súbita da consciência</b> (Escala de Glasgow 9 a 12).<br>2. <b>Fadiga respiratória</b> - uso inadequado da musculatura acessória.<br>3. <b>Dispneia</b> associado saturação <92%.<br>4. <b>Taquipneia</b> (respiração rápida e superficial) associado a falta de ar, cianose, tontura e dor torácica.                 |
| AMARELO               | 1. <b>Dispneia</b> associado ao esforço respiratório e saturação >92%.<br>2. <b>Paciente</b> com suplementação de O2 contínuo com risco do desabastecimento.                                                                                                                                                                          |
| VERDE                 | 1. <b>Rinorreia/coriza</b> .<br>2. <b>Dor pleurítica</b> - dor em fincada/aguda localizada no peito que piora com respiração, tosse e ou espirro.<br>3. <b>Tosse</b> produtiva e/ou seca.<br>4. <b>Dor</b> de garganta.<br>5. <b>Sintomas</b> gripais.<br>6. <b>Soluços</b> .<br>7. <b>Chiado</b> .<br>8. <b>Relato</b> de Hemoptise. |
| AZUL                  | 1. <b>Evento</b> > 7 dias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| QUEIXAS URINÁRIAS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO          | 1. <b>Sinais de choque</b> - Hipotensão ou Bradicardia, palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência.                                                                                                                                                             |
| LARANJA           | 1. <b>Priapismo</b> - ereção peniana sustentada.<br>2. <b>Dor intensa</b> (7-10/10).<br>3. <b>Sangramento uretral</b> incontrolável.<br>4. <b>Trauma</b> genital.<br>5. <b>Retenção urinária</b> aguda associada a dor intensa (7-10/10)<br>6. <b>Vítimas</b> de violência sexual com sangramento ativo incontrolável.          |
| AMARELO           | 1. <b>Dor moderada</b> (4-6/10) em baixo frente/ dorso/abdome/genital;<br>2. <b>Disúria</b> com febre.<br>3. <b>Hematúria</b> .<br>4. <b>Retenção</b> urinária.<br>5. <b>Sangramento uretral</b> controlável.<br>6. <b>Vítimas</b> de violência sexual.<br>7. <b>Exposição sexual</b> desprotegida até 72 horas após exposição. |
| VERDE             | 1. <b>Dor leve</b> (1-3/10) < 7 dias.<br>2. <b>Disúria</b> .<br>3. <b>Sangramento vaginal</b> leve (descartada gestação).<br>4. <b>Presença</b> de secreção uretral.<br>5. <b>Exposição sexual</b> desprotegida>72 horas após exposição.                                                                                        |
| AZUL              | 1. <b>Dor leve</b> > 7 dias<br>2. <b>Exposição sexual</b> desprotegida> 30 dias após exposição.                                                                                                                                                                                                                                 |

| SANGRAMENTOS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO     | 1. <b>Sinais de choque</b> - Hipotensão ou Bradicardia, palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência.<br>2. <b>Obstrução de vias aéreas</b> - Início súbito de grave dificuldade respiratória ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho e edema de língua. |
| LARANJA      | 1. <b>Epistaxe</b> sem controle.<br>2. <b>Evacuação</b> de sangue vivo (ativo).<br>3. <b>Sangramento digestivo</b> alto e/ou baixo (ativo/presenciado).<br>4. <b>Hematêmese</b> .<br>5. <b>Dor intensa</b> (7-10/10).<br>6. <b>Sangramento vaginal</b> incontrolável com gestação confirmada.                                                                  |
| AMARELO      | 1. <b>Dor moderada</b> (4-6/10).<br>2. <b>História</b> importante de sangramento digestivo.<br>3. <b>Fezes</b> pretas ou em groselha<br>4. <b>Sangramento vaginal</b> controlável ( descartada gestação)<br>5. <b>Perdas</b> vaginais (líquidos de qualquer espécie e/ ou sangue).                                                                             |
| VERDE        | 1. <b>Dor leve</b> (1-3/10).<br>2. <b>Relato</b> de hemorroidas.<br>3. <b>Relato</b> de epistaxe.<br>4. <b>Evento</b> recente < 7 dias .                                                                                                                                                                                                                       |
| AZUL         | 1. <b>Evento</b> > 7 dias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

10. Avaliação de Enfermagem em Pediatria

Critério de Inclusão: atendimento de crianças com idade até 13 anos 11 meses e29 dias.

| ALTERAÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL<br>( alterações no nível de consciência e sensório, paresias e paralisias) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO                                                                                                         | 1. <b>Apneia ou Bradpneia</b> .<br>2. <b>Crise convulsiva</b> - crise convulsiva à admissão.<br>3. <b>Paciente não responde</b> - Glasgow< 8.<br>4. <b>Sinais de choque</b> - hipotensão e/ou bradicardia, palidez, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída, alteração do nível de consciência.                                                                                                                       |
| LARANJA                                                                                                          | 1. <b>Vômitos incoercíveis</b> - vômitos que não cessam mesmo após medidas para alívio ou não tem intervalo entre os episódios; 5 ou mais episódios de vômito na última hora.<br>2. <b>Déficit neurológico agudo</b> - déficit motor (paresia ou paralisia) nas últimas 24 horas.<br>3. <b>Alteração de temperatura</b> (< 35°C ou > 40°C).<br>4. <b>Sinais de meningismo</b> (rigidez de nuca associada a cefaleia e fotofobia). |
| AMARELO                                                                                                          | 1. <b>Choro incessante</b> e irritabilidade.<br>2. <b>Vômitos moderados</b> - mais de 3 episódios de vômitos nas últimas 12 horas.<br>3. <b>Alteração de temperatura</b> entre 37,8° e 40°C<br>4. <b>Paciente</b> com alteração mental (comportamento não habitual).<br>5. <b>Déficit neurológico</b> acima de 24 horas.                                                                                                          |
| VERDE                                                                                                            | 1. <b>Relato</b> de perda de consciência acima de 24 horas.<br>2. <b>Vômitos esparsos</b> - até 3 episódios de vômitos nas últimas 12 horas.                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Azul                                                                                                             | 1. <b>Cefaleia</b> sem rigidez de nuca e sem vômito.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

| ALTERAÇÕES OFTALMOLÓGICAS |                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO                  | 1. Lesão ocular química aguda (nas últimas 24 horas).<br>2. Trauma ocular penetrante.                                                                                                                                                    |
| LARANJA                   | 1. Sangramento ocular.<br>2. Perda total da visão aguda.<br>3. Dor intensa (7-10).<br>4. Neonato (até 28 dias de vida) com hiperemia e secreção ocular.                                                                                  |
| AMARELO                   | 1. Redução recente de acuidade visual < 7 dias.<br>2. Dor moderada (4-6).<br>3. Celulite peri-orbitária.                                                                                                                                 |
| VERDE                     | 1. Olho vermelho com secreção.<br>2. Sensação de corpo estranho.<br>3. Dor leve (1-3/10).<br>4. Diplopia – visão dupla que desaparece se um dos olhos é fechado.<br>5. Terçol ou hordéolo- infecção bacteriana localizada nas pálpebras. |
| AZUL                      | 1. Olho vermelho- qualquer vermelhidão no olho sem perda visual com ou sem dor.                                                                                                                                                          |

| ALTERAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO                          | 1. Obstrução de vias aéreas (gaspeando).<br>2. Alteração súbita de consciência (escala de Glasgow < 8).<br>3. Sangramento intenso incontrolável.<br>4. Dispneia aguda ou respiração alterada.<br>5. Sinais de sepse ou de choque séptico.                                                                                                                                                          |
| LARANJA                           | 1. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 9 a 12).<br>2. Sangramento médio incontrolável.<br>3. Dor de ouvido intensa (7-10).<br>4. Choro agudo, contínuo e inconsolável.<br>5. Rigidez de nuca.                                                                                                                                                                                       |
| AMARELO                           | 1. História de trauma.<br>2. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 12 a 14).<br>3. Corpo estranho em via aérea superior (em nariz ou preso garganta).<br>4. Recusa ou dificuldade para se alimentar.                                                                                                                                                                                  |
| VERDE                             | 1. Dor e/ou calor e/ou rubor e/ou eritema e/ou edema com ou sem presença de secreção.<br>2. Vertigem.<br>3. Sensibilidade da face alterada ou deformidade (hematoma/edema de pavilhão auditivo).<br>4. Edema na face.<br>5. Dor de garganta.<br>6. Sensação ou relato de corpo estranho no ouvido ou deglutido.<br>7. Perda e diminuição da audição.<br>8. Otorreia (saída de secreção do ouvido). |
| AZUL                              | 1. Dor > 7 dias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| ALTERAÇÕES ODONTOLÓGICAS |                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO                 | 1. Suspeita de septicemia ou choque.<br>2. Obstrução das vias aéreas- edema de língua ou sangramento.<br>3. Sangramento intenso incontrolável.                                               |
| LARANJA                  | 1. Dor intensa (7-10).<br>2. Sangramento médio incontrolável.<br>3. Erupção ou vesículas disseminadas.<br>4. Trismo (limitação da abertura bucal).<br>5. Dor mandibular sem queixa dentária. |
| AMARELO                  | 1.Dor moderada (4 -6).<br>2. Sangramento médico controlável.<br>3. Edema facial ou de língua.<br>4. Abscessos dentários<br>5. Avulsão dentária aguda.                                        |
| VERDE                    | 1. Sangramento pequeno controlável.<br>2. Febre (acima de 37,8°C).<br>3. Sangramento gengival.<br>4. Sensibilidade da face alterada.<br>5. Traumatismo dentário ou lesão bucal.              |
| AZUL                     | 1. Dor leve ( < 7 dias - Escala de dor 1 a 3).                                                                                                                                               |

| ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS<br>(tosse; falta de ar; dificuldade para respirar; respiração ruidosa; chiado no peito) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO                                                                                                         | 1. Parada respiratória.<br>2. Obstrução de vias aéreas- início súbito de grave dificuldade respiratória sem febre ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho, edema de lábio ou língua, em uso de traqueostomia (obstrução, deslocamento da mesma).<br>3. Respiração inadequada- apneia, bradpneia ou movimentos toracoabdominais paradoxais.<br>4. Respiração agônica ( <i>gasp</i> ing).<br>5. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow < 8).<br>6. Sinais de sepse ou choque séptico. |
| LARANJA                                                                                                          | 1. Uso da musculatura acessória (tiragem intercostal).<br>2. Batimento de asa de nariz.<br>3. Incapacidade de falar sentenças ou mamar.<br>4. Estridor laríngeo (tosse ladrante- “tosse de cachorro”).<br>5. Hemoptise.<br>6. Alteração súbita da consciência (Escala de Glasgow 9 a 12).<br>7. Sat O2 muita baixa- < 90% em ar ambiente.                                                                                                                                                                                               |
| AMARELO                                                                                                          | 1. Agitação, letargia, irritabilidade.<br>2. Taquipneia:<br>FR > 60 irpm até 2 meses;<br>FR> 50 irpm de 2 a 12 meses;<br>FR> 40 irpm de 13 meses a 5anos;<br>FR> 30 irpm de 6 a 8 anos;<br>FR> 25 irpm > de 8 anos.<br>3. Chiado/sibilância.<br>4. Sat O2 baixa- entre 90% e 94% em ar ambiente.                                                                                                                                                                                                                                        |
| VERDE                                                                                                            | 1. Tosse produtiva sem alterações respiratórias.<br>2. Sintomas gripais sem alterações respiratórias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| AZU                                                                                                              | 1. Rinorreia ou coriza sem alterações respiratórias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| ALTERAÇÕES CARDÍACAS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO             | 1. Parada respiratória.<br>2. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow < 8).<br>3. Pulsos ausentes.<br>4. Lipotímia.<br>5. Cianose de extremidades.<br>6. Perfusão periférica alterada- enchimento capilar > 2 seg.<br>7. Desmaiado no momento.<br>8. Sinais de sepse ou choque séptico. |
| LARANJA              | 1. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 9 a 12).<br>2. Desidratação Grave (Anexo VII).<br>3. Bradicardia e Taquicardia (Anexo IV).                                                                                                                                                   |
| AMARELO              | 1. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 13 a 14).<br>2. História de lipotímia.<br>3. Desidratação moderada (Anexo VII).                                                                                                                                                              |
| VERDE                | 1. Vômito e/ou diarreia sem sinais de desidratação.                                                                                                                                                                                                                                                |

| ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS |                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO                     | 1. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow < 8)<br>2. Hematêmese presenciada.<br>3. Suspeita de enterorragia- criança prostrada, hipoativa, diarreia e melena.<br>4. Choque séptico.                                            |
| LARANJA                      | 1. Sinais de sepse.<br>2. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 9 a 12)<br>3. Desidratação grave ( Anexo VII).<br>4. Hematoquezia- sangue vermelho vivo nas fezes.                                                            |
| AMARELO                      | 1. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 13 a 14).<br>2. Dor abdominal persistente.<br>3. Dor abdominal intermitente < 2 anos.<br>4. Vômitos persistentes (momento).<br>5. Diarreia ≥ 5 evacuações em 24 horas.<br>6. Melena. |
| VERDE                        | 1. Vômito e/ou diarreia sem sinais de desidratação.<br>2. Diarreia- até 4 evacuações em 24 horas.<br>3. Estomatite (lesões na cavidade oral).                                                                                              |
| AZUL                         | 1. História de vômito ou diarreia sem sinais de desidratação.                                                                                                                                                                              |

| ALTERAÇÕES GENITURINÁRIAS/ DOR TESTICULAR |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO                                  | 1. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow < 8).<br>2. Amputação de pênis.<br>3. Fratura de corpo cavernoso.                                                                                                                                                                        |
| LARANJA                                   | 1. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 9 a 12)<br>2. Desidratação grave (Anexo VII).<br>3. Dor intensa (7-10/10).<br>4. Suspeita de torção testicular (relato).<br>5. Retenção urinária com bexigoma.<br>6. Priapismo.<br>7. Vítima de abuso sexual.                            |
| AMARELO                                   | 1. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 13 a 14)<br>2. Desidratação moderada (Anexo VII).<br>3. Hematúria.<br>4. Dor moderada (4-6/10).<br>5. Relato de retenção urinária >24 horas.<br>6. Celulite testicular.<br>7. Exposição sexual desprotegida até 72 horas após exposição. |
| VERDE                                     | 1. Vômito e/ou diarreia sem sinais de desidratação.<br>2. Disúria.<br>3. Presença de secreção uretral.<br>4. Dor leve (1-3/10).<br>5. Exposição sexual desprotegida > 72 horas após exposição.                                                                                                 |
| AZUL                                      | 1. Dor leve > 7 dias.<br>2. Exposição sexual desprotegida> 30 dias após exposição.                                                                                                                                                                                                             |

| ALTERAÇÕES MUSCULOESQUELÉTICAS |                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO                       | 1. Sangramento de grande volume incontrolável.<br>2. Amputação de membro.<br>3. Fratura exposta de ossos longos (fêmur e quadril).<br>4. Choque séptico.                                                            |
| LARANJA                        | 1. Sinais de sepse.<br>2. Sangramento médio incontrolável.<br>3. Deformidade pós-traumática.<br>4. Dor intensa (7-10/10).<br>5. Fratura exposta ou com deformidade de ossos médios ou curtos sem sangramento ativo. |
| AMARELO                        | 1. Distúrbio de coagulação.<br>2. Lesões com necessidade de sutura.<br>3. Alteração aguda de marcha.<br>4. Dor moderada (4-6/10).                                                                                   |
| VERDE                          | 1. Dor, calor, rubor, eritema com ou sem presença de secreção.<br>2. Edema.<br>3. Escoriações ou lesões sem necessidade de sutura.<br>4. Dor leve (1-3/10).                                                         |
| AZUL                           | 1. Dor leve > 7 dias.<br>2. Alteração de marcha > 7 dias.                                                                                                                                                           |

| ALTERAÇÕES DERMATOLÓGICAS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO                  | 1. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow < 8).<br>2. Feridas com sangramento incontrolável.<br>3. Queimadura de Face e/ou inalação de fumaça.<br>4. Urticária com dificuldade respiratória importante.<br>5. Choque séptico.                                                                                                                                                                       |
| LARANJA                   | 1. Sinais de sepse.<br>2. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 9 a 12).<br>3. Feridas com sangramento médio incontrolável.<br>4. Eritema ou descamação > 90% da superfície corporal.<br>5. Exantema/Prurido/ Urticária com edema de face e/ou rouquidão- associada a náuseas, vômitos e com dificuldade para respirar.<br>6. Hematomas generalizados.<br>7. Petéquias ou equimoses generalizadas. |
| AMARELO                   | 1. Alteração súbita da consciência (Escala de glasgow 13 a 14).<br>2. Ferida corto-contusa com sangramento ativo.<br>3. Exantema/Prurido/Urticária extensos.<br>4. Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI).                                                                                                                                                                                                   |
| VERDE                     | 1. Dor, calor, rubor, eritema, edema com ou sem presença de secreção.<br>2. Abscessos.<br>3. Urticária localizada.<br>4. Miiase com infestação intensa.                                                                                                                                                                                                                                                         |
| AZUL                      | 1. Feridas com necrose.<br>2. Miiase com infestação moderada ou leve.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| ALTERAÇÕES GLICÊMICAS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO              | 1. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow < 8).<br>2. Confusão mental, sonolência, visão turva, distúrbios de marcha.<br>3. Crise convulsiva (em vigência).<br>4. Hipoglicemia (HGT < 45 mg/dl em RN ou < 60mg/dl em > 1 mês).<br>5. Paciente diabético com alterações sistêmicas- hipoglicemia (HGT < 50 mg/dl) ou Hiperglicemia (HGT > 300 mg/dl), com sonolência; vômitos; dor abdominal e desidratação grave.<br>6. Choque séptico. |
| LARANJA               | 1. Sinais de sepse.<br>2. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 9 a 12).<br>3. Crise convulsiva referida (HGT > 400 mg/dl).<br>4. Sudorese intensa com pele fria/ pegajosa/ hálito cetônico/ apatia/ fadiga/ tontura/ sudorese/ cansaço/ boca seca (HGT > 200 mg\dl).                                                                                                                                                                  |
| AMARELO               | 1. Alteração súbita da consciência (Escala de glasgow 13 a 14).<br>2. Hiperglicemia: HGT entre 200 mg/dl e 350 mg/dl sem nenhum outro sintoma associado.<br>3. Criança com história de diabetes apresentando um ou mais sintomas: sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia.<br>4. Paciente diabético com história de crise convulsiva < 12 horas- independente do valor do HGT.                   |
| VERDE                 | 1. Hiperglicemia sem nenhuma outra alteração - HGT > 200mg/dl.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| AZUL                  | 1. Paciente diabético com HGT entre 60 mg/dl e 200 mg/dl sem sintomas que caracterizam cetoacidose diabética.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (Confusão mental, ansiedade, excitação, letargia, obnubilação; História de ingestão de álcool e drogas) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| VERMELHO                                                                                                | 1. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow < 8).<br>2. Déficit neurológico agudo -paresia, plegia, disfagia, afasia, ataxia, paralisia facial.<br>3. Choque- hipotensão e/ou bradicardia, palidez, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída, alteração do nível de consciência.                                                                                                               |
| LARANJA                                                                                                 | 1. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 9 a 12).<br>2. História de overdose ou envenenamento.<br>3. Déficit cognitivo ≤ 12 horas.<br>4. Letargia; confusão mental; sonolência; dificuldade para comunicação.                                                                                                                                                                                          |
| AMARELO                                                                                                 | 1. Alteração súbita da consciência (Escala de glasgow 13 a 14).<br>2. Agitação psicomotora ou tremores.<br>3. Discurso delirante alucinações ou desorientação.<br>4. Ideia de perseguição.<br>5. Risco de auto ou heteroagressão.<br>6. Estado de pânico.<br>7. Relato de dosagem excessiva de medicamentos e/outras substâncias sem alteração de comportamento e sinais vitais.<br>8. Potencial suicida/tentativa. |
| VERDE                                                                                                   | 1. Vômitos esparsos.<br>2. Pensamentos suicidas.<br>3. História psiquiátrica importante.<br>4. Moderado risco de auto ou heteroagressão.                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| AZUL                                                                                                    | 1. Sintomas ansiosos- Apreensão, preocupação excessivas, dores musculares, fadiga, irritabilidade, ansiedade e dificuldade para dormir.<br>2. Sintomas depressivos- Tristeza, choro, apatia, angústia, desespero, fadiga, desanimo, insônia, hipersonia, perda ou aumento do apetite, diminuição da libido, ideias pessimistas de arrependimento ou culpa, problema de concentração e memória.                      |

| EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAIS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO                      | 1. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow < 8).<br>2. Apneia.<br>3. Angioedema (lábios e laringe).<br>4. Cianose de extremidades.<br>5. Hipotonia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| LARANJA                       | 1. Exantema generalizado.<br>2. Broncoespasmo/Laringoespasmo.<br>3. Dispneia.<br>4. Taquipneia (Anexo IV).<br>5. Paralisia de membros inferiores.<br>6. Paralisia de membros Superiores.<br>7. Paralisia Facial (Bell).<br>8. Hematoquezia.<br>9. Bradicardia e Taquicardia (Anexo IV).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| AMARELO                       | 1. Icterícia.<br>2. Edema de lábios e/ou olhos e/ou membros.<br>3. História de crise convulsiva < 12 horas.<br>4. Prurido generalizado.<br>5. Urticária generalizada.<br>6. Palidez.<br>7. Anúria.<br>8. Paresia.<br>9. Parestesia.<br>10. Dor abdominal persistente.<br>11. Dor abdominal intermitente em menores de 2 anos.<br>12. Vômitos persistentes (momento).<br>13. Diarreia ≥ 5 evacuações em 24 horas.<br>14. Melena.<br>15. Febre ≥ 39° C (axilar).<br>16. Sinais de obstrução intestinal.<br>17. História de convulsão até 48 horas pós-vacinação.<br>18. Sonolência prolongada ( > 24 horas). |
| VERDE                         | 1. Petéquias.<br>2. Choro persistente (> =3 horas).<br>3. Lesões decorrentes da vacina BCG (mais de 1 lesão; úlcera no local >1 cm, abscesso e linfodenopatia regional supurada).<br>4. Mialgia.<br>5. Oligúria.<br>6. Artralgia.<br>7. Edema articular.<br>8. Cefaleia e vômito.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| AZUL                          | 1. Hiperemia e coceira nos olhos.<br>2. Hiperemia em articulações.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| TRAUMA E QUEDAS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO        | 1. Apneia.<br>2. Obstrução de vias aéreas (gaspeando).<br>3. Sinais de Guaxinim.<br>4. Sangramento incontrolável.<br>5. Perfurações em tórax, abdome ou cabeça.<br>6. Exposição de vísceras.<br>7. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow ≤ 8).<br>8. Fratura exposta de ossos longos (fêmur e quadril).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| LARANJA         | 1. Confusão mental.<br>2. Sangramento médio incontrolável.<br>3. Trauma na cabeça (relato de perda da consciência e/ou vômitos).<br>4. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 9 a 12).<br>5. Mecanismo de trauma de alta energia- acidente com veículo motor (atropelamento, acidente com veículo com ejeção do paciente, morte de outro passageiro ou capotamento).<br>6. Queda > 2 metros para maiores de 2 anos COM alteração do nível de consciência.<br>7. Queda superior a 90 cm em menor de 2 anos COM alteração do nível de consciência.<br>8. Sinais de peritonite.<br>9. Fratura exposta ou com deformidade de ossos médios ou curtos sem sangramento ativo. |
| AMARELO         | 1. Alteração do nível de consciência (escala de Glasgow 13 a 14).<br>2. Sangramento médio controlável.<br>3. Fraturas alinhadas.<br>4. Suspeita de fratura ou luxação de membros.<br>5. Hematoma subgaleal importante em região occipital, temporal ou parietal.<br>6. Lesões com necessidade de sutura- sem perda de consciência ou vômito.<br>7. Trauma na cabeça < 12h sem relato de perda da consciência e/ou vômitos.<br>8. Queda > 2 metros para maiores de 2 anos SEM alteração do nível de consciência<br>9. Queda superior a 90 cm em menor de 2 anos SEM alteração do nível de consciência.                                                                              |
| VERDE           | 1. Edema e deformidade.<br>2. Escoriações ou ferimentos simples (ferimentos que não requerem sutura).<br>3. Trauma na cabeça (> 12 hs sem relato de perda da consciência ou vômito).<br>4. Queda inferior a 90 cm SEM alteração do nível de consciência.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| AZUL            | 1. Ferimento superficial sem sangramento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| QUEIMADURAS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO    | 1. Obstrução de vias aéreas (gaspeando)<br>2. Respiração inadequada com letargia e/ou confusão mental.<br>3. Sinais de choque.<br>4. Queimaduras extensas; área de superfície corporal queimada (SCQ) > 25%.<br>5. Queimaduras localizadas na cabeça e na face.                                                                                                                                                                                                                                          |
| LARANJA     | 1. Dispneia aguda.<br>2. Queimaduras associadas a trauma significativo.<br>3. Alteração súbita da consciência.<br>4. Queimadura com SCQ > 9% associado a dor intensa.<br>5. Queimadura por inalação.<br>6. Dor intensa (7-10/10).<br>7. Queimadura elétrica - qualquer queimadura causada possivelmente por corrente elétrica. Inclui corrente alternada e contínua tanto de fontes naturais como artificiais, associada a instabilidade hemodinâmica.<br>8. Saturação de oxigênio < 94% em ar ambiente. |
| AMARELO     | 1. Queimadura elétrica - queimadura causada possivelmente por corrente elétrica. Inclui corrente alternada e contínua tanto de fontes naturais como artificiais associado estabilidade hemodinâmica.<br>2. Queimadura química- substância que respinga ou cai no corpo e causa dor e queimação.<br>3. História de inalação de fumaça com estabilidade hemodinâmica.<br>4. Dor moderada (4-6/10).<br>5. Queimadura com SQC< 9% associado a dor moderada.                                                  |
| VERDE       | 1. Inflamação local.<br>2. Infecção local.<br>3. Dor leve (1-3/10)<br>4.Evento recente< 7 dias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| AZUL        | 1. Dor> 7 dias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| INTOXICAÇÕES EXÓGENAS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO              | 1. Obstrução de vias aéreas- início súbito.<br>2. Respiração inadequada/ alterada.<br>3. Estridor.<br>4. Convulsão (ativa/presenciada).<br>5. Lesão ocular química.<br>6. Sinais de choque.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| LARANJA               | 1. Edema facial.<br>2. Edema de língua.<br>3. Dor intensa (7-10/10).<br>4. Saturação de oxigênio < 94% em ar ambiente.<br>6. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 9 a 12).<br>7. Acidente perfuro-cortante com material biológico.<br>8. Vômitos incoercíveis- 5 ou mais episódios de vômito na última hora.<br>9. Urticária Gigante/ exantema/ prurido intenso com desconforto respiratório.<br>10. Lesão por inalação.<br>11. Queimadura de mucosa oral ou vias aéreas. |
| AMARELO               | 1. Erupção ou vesículas disseminadas.<br>2. História de crise convulsiva após intoxicação.<br>3. Dor moderada (4-6/10).<br>4. Vômitos moderados- mais de 3 episódios de vômitos nas últimas 12 horas.<br>5. Prurido /hiperemia em face.                                                                                                                                                                                                                                                 |
| VERDE                 | 1. Dor leve recente.<br>2. Evento recente.<br>3. Alterações dérmicas locais.<br>4. Vômitos esparsos- até 3 episódios de vômitos nas últimas 12 horas.<br>5. Relato de ingestão de substância- sem alterações dos sinais vitais.<br>6. Eritema e/ou edema e/ou prurido leve- sem alterações dos sinais vitais                                                                                                                                                                            |
| AZUL                  | 1. Evento > 7 dias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| MORDEDURAS, PICADAS E ACIDENDETES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO                                                  | 1. Obstrução de vias aéreas.<br>2. Respiração inadequada.<br>3. Estridor.<br>4. Hemorragia não controlável.<br>5. Sinais choque.<br>5. Mutilação- amputação ou perda de partes corporais por mordedura humana ou animal.                                                                                                                                                                                                                        |
| LARANJA                                                   | 1. Edema facial.<br>2. Edema de língua.<br>3. Hemorragia.<br>4. História alérgica importante.<br>5. Dor intensa (7-10/10).<br>6. Ferimento extenso por mordedura ou em áreas críticas- <u>ferimentos de segmento cefálico, mãos e pés.</u><br>7. Alteração súbita da consciência.<br>8. Saturação de oxigênio < 94% em ar ambiente.                                                                                                             |
| AMARELO                                                   | 1.Erupção ou vesículas disseminadas- vesículas ou bolhas distintas ou confluentes que alcançam mais de 10% da superfície corporal por meio da regra dos nove de Wallace; a qual estima 9% de superfície corporal para cada uma das regiões a seguir: cabeça e pescoço, cada membro, cada quadrante do tronco, cada coxa, cada perna e pé; prurido, envolvendo mais de uma região corporal.<br>2. Dor modetrada (4-6/10).<br>3. Coceira intensa. |
| VERDE                                                     | 1. Infecção local- manifesta-se geralmente com inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) restrita a uma área definida, com ou sem coleção de pus.<br>2. Inflamação local- implica em dor, inchaço e vermelhidão restrita a uma área definida.<br>3. Dor leve recente (1-3/10)<br>4. Evento recente.                                                                                                                                               |
| AZUL                                                      | 1. Evento> 7 dias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

| Violência Física<br>(sexual, tentativa de suicídio, suspeita de maus tratos) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO                                                                     | 1. Déficit neurológico agudo -Paresia, plegia, disfagia, afasia, ataxia, paralisia facial.<br>2. Choque.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| LARANJA                                                                      | 1. Alteração súbita de consciência.<br>2.História de overdose ou envenenamento.<br>3.Extrema agitação / alucinações.<br>4. Relato de ingestão medicamentos COM alteração de comportamento e COM alterações de sinais vitais.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| AMARELO                                                                      | 1. Vômito persistente -reflexo incontrolável que expela conteúdo gástrico pela boca e que não cessa com medidas para aliviar do sintoma.<br>2. Ataque de pânico.<br>3. Alto Risco de heteroagressão.<br>4.Tentativa de/ou automutilação.<br>5. Alucinações ou desorientação.<br>6. História de inconsciência -Perda da capacidade de permanecer alerta.<br>7. Relato de ingestão medicamentos SEM alteração de comportamento e SEM alterações de sinais vitais.<br>8. Potencial suicida/tentativa.<br>9. Vítima de violência sexual. |
| VERDE                                                                        | 1. Vômitos esparsos.<br>2. Pensamentos suicidas.<br>3. História psiquiátrica importante.<br>4. Moderado risco de auto ou heteroagressão.<br>5. Suspeita de violência sexual.<br>6. Suspeita de maus tratos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| AZUL                                                                         | 1. Sintomas ansiosos.<br>2. Sintomas depressivos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| Situações especiais<br>(afogamento e choque elétrico) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VERMELHO                                              | 1. Vítima de afogamento em PCR ou com insuficiência respiratória aguda.<br>2. Vítima de descarga elétrica em PCR ou com insuficiência respiratória aguda.<br>3. Vítima com parada respiratória, mantendo pulso central.<br>4. Vítima de descarga elétrica com parada respiratória, mantendo pulso central. |
| AMARELO                                               | 1. Vítima de afogamento sem repercussões hemodinâmicas.<br>2. Vítima de descarga elétrica sem repercussões hemodinâmicas.                                                                                                                                                                                  |
| VERDE                                                 | 1. Suspeita de afogamento sem alterações de sinais vitais.                                                                                                                                                                                                                                                 |

Referências

1- Atendimento ao paciente politraumatizado. Guia do episódio de cuidado. Albert Einstein. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Disponível: <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/protocolo-trauma.pdf>

2- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

3- Botelho NM et al. Manual de habilidades profissionais: atenção à saúde da mulher e gestante. Belém: EDUEPA, 2018.

4- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

5- Barroso et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 116(3) :516-658, 2021.

6- Chiado em Crianças: O que Significa e Quando Procurar Ajuda Médica Disponível em : <https://pediatrdranacarolina.com.br/blog/o-que-significa-o-chiado-em-criancas/#::~:~:text=O%20chiado%20em%20crian%C3%A7as%20%C3%A9,comuns%20de%20chiado%20em%20crian%C3%A7as.> Acesso em 02/09/2024.

7- Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020.

8- Potter et al. Procedimentos e intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

9- Priapismo em crianças: revisão de fisiopatologia e tratamento. J. Pediatr. 85 (3) Jun 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572009000300003>.

10- Cartão PALS 2023.

11-Trauma Cranioencefálico. Guia prático de Atualização. Departamento Científico de Terapia Intensiva. Sociedade Brasileira de Pediatria. nº1, 1 de abril de 2017.

12- Afogamento. Departamento Científico de Segurança da Criança e do Adolescente da Sociedade de Pediatria de São Paulo. Hirata A, Zamarato T, 2020.

13- Manejo do paciente com diarreia. Avaliação do Estado de Hidratação do Paciente. Ministério da Saúde, 2024.

14-Manual de Protocolos Terapêuticos de Pediatria. Republica de Cabo Verde. Ministério da Saúde, 1º edição, 2010.

15-Blatt Ortiga, AM. Classificação de Risco. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo de Telessaúde Santa Catarina. Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.

16-Portaria Nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Regulamenta os sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

17-Protocolo de acolhimento com classificação de risco. Política Municipal de humanização (PMH). Hospitais municipais. São Luís- MA. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_acolhimento\\_classificacao\\_risco.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf)

18- Escala de Glasgow. Disponível em: <https://www.significados.com.br/escala-de-glasgow/>

19-Pinheiro, P. Queimaduras: graus, imagens e tratamento <https://www.mdsaude.com/dermatologia/queimaduras/>

20- Guia de doenças e sintomas. Queimaduras. <https://www.einstein.br/doencas-sintomas/queimaduras>

21- Manual de queimaduras para estudantes. Organização: Derek Chaves Lopes, Isabella de Liz Gonzaga Ferreira, Jose Adorno. Brasília: Sociedade Brasileira de Queimaduras, 2021. 178 p.

22-Verificação de Sinais Vitais no Adulto. Procedimento de Rotina Universidade Federal de Alagoas-UFAL. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes-HUPAA.

23- Como realizar o acolhimento e classificação de risco para o tratamento odontológico de urgência na atenção primária à saúde? Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/como-realizar-o-acolhimento-e-classificacao-de-risco-para-o-tratamento-odontologico-de-urgencia-na-atencao-primaria-a-saude/>



PREFEITURA DE  
**APARECIDA**  
TRABALHO DE VERDADE, RESPEITO PELA CIDADE.

Secretaria de Saúde

Anexo I

Avaliação da Severidade da Dor

| 0                                                     | 1                                                              | 2 | 3 | 4                                                                | 5 | 6 | 7                                                                               | 8 | 9 | 10 |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------------------|---|---|---------------------------------------------------------------------------------|---|---|----|
| Ausência de dor, atividades normais, leve desconforto | Dor leve, não atrapalha as atividades normais. Pouca limitação |   |   | Dor moderada, causa dificuldades. Não realiza algumas atividades |   |   | Dor forte ou incapacitante, não realiza atividades habituais, causa descontrole |   |   |    |

Fonte: manual de Acolhimento e Classificação de Risco- Brasília –DF, 2021

Escala visual da Dor

| AZUL                                                                              |  | VERDE                                                                             |   |   | AMARELO                                                                           |   |   | LARANJA                                                                           |   |   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------|---|---|-----------------------------------------------------------------------------------|---|---|-----------------------------------------------------------------------------------|---|---|----|
|  |  |  |   |   |  |   |   |  |   |   |    |
| 0                                                                                 |  | 1                                                                                 | 2 | 3 | 4                                                                                 | 5 | 6 | 7                                                                                 | 8 | 9 | 10 |
| Sem dor                                                                           |  | Dor Leve                                                                          |   |   | Dor moderada                                                                      |   |   | Dor Intensa                                                                       |   |   |    |

Fonte: manual de Acolhimento e Classificação de Risco- Brasília –DF, 2021

- a) Se não tiver dor, a classificação é zero;
- b) Se a dor for leve, seu nível de referência é de 1 a 3;
- c) Se a dor for moderada, seu nível de referência é de 4 a 6;
- d) Se for intensa, seu nível de referência é de 7 a 10 (dor máxima igual a 10, é considerada laranja na CR, pois não representa risco de morte imediato).

Classificação de Risco da Escala visual de dor

| Nomenclatura | Score | Classificação de Risco |
|--------------|-------|------------------------|
| Sem dor      | 0     | Azul                   |
| Dor leve     | 1-3   | Azul/Verde             |
| Dor moderada | 4-6   | Verde/Amarelo          |
| Dor intensa  | 7-10  | Amarelo/Laranja        |

Rua Antônio Barbosa Sandoval, Qd. 04, Lt. 01, APM 3,  
Centro - Aparecida de Goiânia - GO  
Telefone: (62) 3545-5883  
aparecida.go.gov.br

56



PREFEITURA DE  
**APARECIDA**  
TRABALHO DE VERDADE, RESPEITO PELA CIDADE.

Secretaria de Saúde

Anexo II

| ESCALA DE COMA DE GLASGOW PARA ADULTOS |                    |        |
|----------------------------------------|--------------------|--------|
| RESPOSTA                               | VARIÁVEIS          | ESCORE |
| Abertura ocular                        | Espontânea         | 4      |
|                                        | Estimulação        | 3      |
|                                        | Estímulo doloroso  | 2      |
|                                        | Sem abertura       | 1      |
| Resposta Verbal                        | Orientado          | 5      |
|                                        | Confuso            | 4      |
|                                        | Inapropriado       | 3      |
|                                        | Incompreensível    | 2      |
|                                        | Não responde       | 1      |
| Resposta motora                        | Obedece ao comando | 6      |
|                                        | Localiza a dor     | 5      |
|                                        | Mov. inespecíficos | 4      |
|                                        | Flexão à dor       | 3      |
|                                        | Extensão à dor     | 2      |
|                                        | Nenhuma            | 1      |
| Total                                  |                    | 15     |

Fonte: manual de Acolhimento e Classificação de Risco- Brasília –DF, 2021.

| ESCALA DE COMA DE GLASGOW MODIFICADA PARA CRIANÇAS |                                 |        |
|----------------------------------------------------|---------------------------------|--------|
| RESPOSTA                                           | VARIÁVEIS                       | ESCORE |
| Abertura ocular                                    | Espontânea                      | 4      |
|                                                    | Ordem verbal                    | 3      |
|                                                    | Estímulo doloroso               | 2      |
|                                                    | Não abre                        | 1      |
| Melhor resposta                                    | Balucio                         | 5      |
|                                                    | Choro irritado                  | 4      |
|                                                    | Choro à dor                     | 3      |
|                                                    | Gemido à dor                    | 2      |
|                                                    | Não responde                    | 1      |
| Melhor resposta motora                             | Movimento espontâneo e normal   | 6      |
|                                                    | Reage ao toque                  | 5      |
|                                                    | Reage à dor                     | 4      |
|                                                    | Flexão anormal- decorticação    | 3      |
|                                                    | Extensão anormal- descerebração | 2      |
|                                                    | Nenhuma                         | 1      |
| Total                                              |                                 | 15     |

Fonte: manual de Acolhimento e Classificação de Risco- Brasília –DF, 2021.

Rua Antônio Barbosa Sandoval, Qd. 04, Lt. 01, APM 3,  
Centro - Aparecida de Goiânia - GO  
Telefone: (62) 3545-5883  
aparecida.go.gov.br

57



PREFEITURA DE  
**APARECIDA**  
TRABALHO DE VERDADE, RESPEITO PELA CIDADE.

Secretaria de Saúde

| Total máximo | Total mínimo | Intubação |
|--------------|--------------|-----------|
| 15           | 3            | 8         |

- A classificação que varia de 3 a 8 pontos é considerada grave, tendo a necessidade de intubação imediata;
- A classificação de 9 a 12 pontos é considerada moderada;
- A classificação de 13 a 15 é considerada leve.

Temperatura (T)

- T = ou > de 41°C, deve receber a categoria muito urgente (laranja);
- T entre 38,5 a 40,9 °C, deve receber a categoria urgente (amarelo);
- T 37,5 a 38,4 °C (febrícula/subfebril), deve receber a categoria pouco urgente (verde).

Rua Antônio Barbosa Sandoval, Qd. 04, Lt. 01, APM 3,  
Centro - Aparecida de Goiânia - GO  
Telefone: (62) 3545-5883  
aparecida.go.gov.br

58



PREFEITURA DE  
**APARECIDA**  
TRABALHO DE VERDADE, RESPEITO PELA CIDADE.

Secretaria de Saúde

Anexo III

Sinais Vitais em adultos

Pressão Arterial

| Categoria                        | Sistólica    | Diastólica   | Classificação de risco |
|----------------------------------|--------------|--------------|------------------------|
| Normal                           | < 130 mmHg   | < 85 mmHg    | Azul/Verde             |
| Normal Limítrofe                 | 130-139 mmHg | 85-89 mmHg   | Azul/Verde             |
| Hipertensão Leve (Estágio 1)     | 140-159 mmHg | 90-99 mmHg   | Azul/Verde             |
| Hipertensão Moderada (Estágio 2) | 160-179 mmHg | 100-109 mmHg | Amarelo                |
| Hipertensão Grave (Estágio 3)    | 180-199 mmHg | 110-112 mmHg | Amarelo                |
| Crise Hipertensiva               | >200         | -            | Amarelo/Laranja        |
| Hipotensão                       | <80 mmHg     | <50 mmHg     | laranja                |

Temperatura

| Nomenclatura        | Temperatura       | Classificação de Risco |
|---------------------|-------------------|------------------------|
| Hipotermia Profunda | <20°C             | Vermelho               |
| Hipotermia Severa   | < 30°C            | Vermelho               |
| Hipotermia Moderada | 34°C - 30°C       | Vermelho               |
| Hipotermia          | 36°C - 34°C       | Azul/Verde             |
| Afebril             | 36.1°C -37,0°C    | Azul/Verde             |
| Estado febril       | 37,1°C -37,7°C    | Verde                  |
| Febre/Hipertermia   | 37,8º C - 38,9º C | Verde                  |
| Pirexia             | 39°C- 40º C       | Amarelo                |
| Hiperpirexia        | >40,1°C           | Laranja                |

Rua Antônio Barbosa Sandoval, Qd. 04, Lt. 01, APM 3,  
Centro - Aparecida de Goiânia - GO  
Telefone: (62) 3545-5883

59

Frequência Cardíaca

| Nomenclatura | Frequência    | Classificação de Risco |
|--------------|---------------|------------------------|
| Normocardia  | 60-100 bpm    | Azul/Verde             |
| Bradycardia  | 40-59 bpm     | Amarelo/Laranja        |
| Taquicardia  | 100 – 149 bpm | Verde/Amarelo          |
| Taquicardia  | >150 bpm      | Laranja                |
| Bradycardia  | >39 bpm       | Vermelho               |

Frequência Respiratória

| Nomenclatura | Frequência                          | Classificação de Risco |
|--------------|-------------------------------------|------------------------|
| Normopneia   | 13-19 rpm                           | Azul/Verde             |
| Bradipneia   | <12 rpm                             | Amarelo/Laranja        |
| Taquipneia   | >20 rpm                             | Amarelo/Laranja        |
| Apneia       | Ausência de incursões respiratórias | Vermelho               |

Oximetria

| Referência                  | Valores    | Classificação de risco |
|-----------------------------|------------|------------------------|
| Normal                      | 95% a 100% | Azul/Verde             |
| Baixa saturação de O2       | 90% a 94%  | Verde/Amarelo          |
| Muito baixa saturação de O2 | <90%       | Laranja/Vermelho       |

Glicemia

| Nomenclatura   | Referência | Classificação de Risco |
|----------------|------------|------------------------|
| Normoglicêmico | 70 a 179   | Azul/Verde             |
| Hiperglicemia  | 180 a 399  | Amarelo                |
| Hiperglicemia  | 400 a HI   | Laranja                |
| Hipoglicemia   | LO a 69    | Laranja/Vermelho       |

Anexo IV

Sinais vitais em Pediatria

| Frequência Respiratória Pediátrica OMS |                   |
|----------------------------------------|-------------------|
| IDADE                                  | MOVIMENTOS/MINUTO |
| De 0 a 2 meses                         | Até 60 mrm        |
| De 3 a 11 meses                        | Até 50 mrm        |
| De 12 meses a 5 anos                   | Até 40 mrm        |
| De 6 anos a 8 anos                     | Até 30 mrm        |
| Acima de 8 anos                        | Até 25 mrm        |

| Frequência Cardíaca Pediátrica OMS |                           |              |
|------------------------------------|---------------------------|--------------|
| IDADE                              | BRADICÁRDICA              | TAQUICÁRDICA |
| Neonatos até 30 dias               | Até um mês FC< 100 bpm    | FC> 180bpm   |
| Lactentes 1 mês- 1 ano             | De 1 a12 meses FC< 90 bpm | FC> 160 bpm  |
| Crianças de 13 meses a 2 anos      | FC< 80 bpm                | FC> 130 bpm  |
| Idade Escolar de 3 a7 anos         | FC< 70 bpm                | FC> 120 bpm  |
| Adolescente 8-14 anos              | FC< 60 bpm                | FC> 110 bpm  |

| Pressões arteriais normais (PALS 2023) |                          |                           |                               |
|----------------------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| Idade                                  | Pressão sistólica (mmHg) | Pressão diastólica (mmHg) | Pressão arterial média (mmHg) |
| Bebê ( 1 a 12 meses)                   | 72-104                   | 37-56                     | 50-62                         |
| 1ª infância ( 1 a 2 anos)              | 86-106                   | 42-63                     | 49-62                         |
| Idade pré-escolar (6 a 9 anos)         | 89-112                   | 46-72                     | 58-69                         |
| Criança em idade escolar (6 a 9 anos)  | 97-115                   | 57-76                     | 66-72                         |
| Pré- adolescente (10 a 12 anos)        | 102-120                  | 61-80                     | 71-79                         |
| Adolescente (12 a 15 anos)             | 110-131                  | 64-83                     | 73-84                         |

Anexo V

Queimaduras

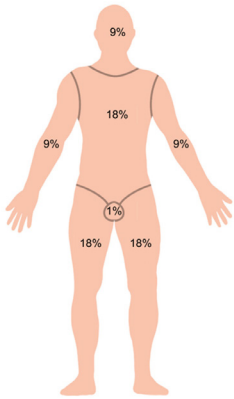
Classificação de queimadura quanto à profundidade

- 1º grau: atinge a epiderme (camada superficial da pele). Apresentação com vermelhidão sem bolhas e discreto inchaço local. A dor está presente;
- 2º grau: atinge a epiderme e parte da derme (2ª camada da pele). Há presença de bolhas e a dor é acentuada;
- 3º grau: atinge todas as camadas da pele, músculos e ossos. Ocorre necrose da pele (morte do tecido), que se apresenta com cor esbranquiçada ou escura. A dor é ausente, devido à profundidade da queimadura, que lesa todas as terminações nervosas responsáveis pela condução da sensação de dor.
- 4º grau: as queimaduras de quarto grau são aquelas que envolvem músculo e osso. Esse grau de severidade é mais frequente nas queimaduras elétricas e podem ser mais graves do que aparentam.

Classificação quanto à Superfície Corporal Queimada (SCQ)

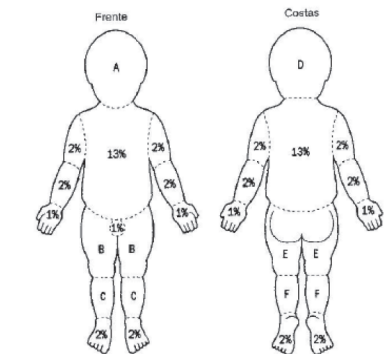
A área queimada acometida tem relação direta com as repercussões sistêmicas, visto que quanto maior a perda das funções da pele, mais alterações ocorrerão. Ela é calculada como o percentual total da superfície corporal atingida, sendo consideradas para o cálculo áreas de queimadura de segundo, terceiro e quarto grau. Queimaduras de primeiro grau não entram no cálculo da SCQ.

| Regra dos 9 de Wallace adulto |                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| Segmento Corporal             | Porcentagem (Superfície Corporal) |
| Cabeça e Pescoço              | 9%                                |
| Membro Superior               | 9% cada                           |
| Tronco (frente)               | 18 %                              |
| Tronco (dorso)                | 18%                               |
| Membros inferiores            | 18%                               |
| Genitais e Períneo            | 1%                                |
| Total                         | 100%                              |



Porcentagem da superfície corporal em pediatria

Calcular a área total queimada somando a porcentagem da área da superfície corporal afetada como ilustrado na figura (recorrer à tabela para áreas A - F as quais se alteram de acordo com a idade da criança).



| Idade em anos |     |    |    |    |
|---------------|-----|----|----|----|
| Área          | 0   | 1  | 5  | 10 |
| Cabeça ( A/D) | 10% | 9% | 7% | 6% |
| Coxa (B/E)    | 3%  | 3% | 4% | 5% |
| Perna (C/F)   | 2%  | 3% | 3% | 3% |

Anexo VI

Definição de Seps e no Paciente Pediátrico

**Síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS):** é definida como presença de pelo menos dois dos seguintes critérios, sendo que um deles deve ser alteração da temperatura ou do número de leucócitos:

- ✓ Alteração de temperatura corpórea - hipertermia ou hipotermia;
- ✓ Taquicardia - frequência cardíaca (FC) inapropriada para idade na ausência de estímulos externos ou bradicardia para criança;
- ✓ Taquipneia - frequência respiratória (FR) inapropriada para idade ou necessidade de ventilação mecânica para um processo agudo não relacionado à doença neuromuscular de base ou necessidade de anestesia geral.
- ✓ Alteração de leucócitos – leucocitose ou leucopenia não secundárias à quimioterapia, ou presença de formas jovens de neutrófilos no sangue periférico.

Obs.: Será utilizada como medida a temperatura mensurada via axilar, visto que é amplamente utilizada no Brasil. A presença de febre nas últimas 4 horas antes da apresentação do paciente na emergência deve ser considerada e documentada como critério de SIRS. É importante salientar que em situações nas quais a contagem de leucócitos não possa ser realizada, devem ser considerados para o diagnóstico de SIRS a presença de: alteração de temperatura e da frequência cardíaca ou da frequência respiratória.

**Seps e:** caracteriza-se pela presença de dois ou mais sinais de SIRS, sendo um deles hipertermia/hipotermia e/ou alteração de leucócitos, concomitantemente à presença de quadro infeccioso confirmado ou suspeito.

**Choque séptico:** é definido na população pediátrica como seps e e disfunção cardiovascular. Entretanto, para fins práticos, hipoperfusão não responsiva à volume caracterizará choque séptico.

Critérios para definição de disfunção orgânica em pediatria:

| Sistemas       | Disfunções                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cardiovascular | Apesar da administração de fluídos endovenosos ≥ 40mL/kg em uma hora, presença de:<br>- hipotensão arterial, definida como pressão arterial sistólica (PAS) < percentil 5 para idade ou PAS < 2 desvios padrão abaixo do normal para a idade (quadro 2) <b>OU</b><br>- necessidade de medicação vasoativa para manter a PAS dentro dos valores normais (exceto dopamina ≤ 5µg/Kg/min) <b>OU</b><br>- dois dos seguintes parâmetros de perfusão orgânica inadequada: <ul style="list-style-type: none"><li>• tempo enchimento capilar (TEC) prolongado;</li><li>• diferença entre a temperatura central e a periférica &gt; 3°C;</li><li>• oligúria (débito urinário &lt; 1,0 mL/kg/h);</li><li>• acidose metabólica inexplicável: déficit de bases &gt; 5,0mEq/L;</li><li>• lactato acima de 2 vezes o valor de referência.</li></ul> |
| Respiratória   | - PaCO2> 20 mmHg acima da PaCO2 basal <b>OU</b><br>- PaO2 /FiO2< 300 na ausência de cardiopatia cianótica ou doença pulmonar pré-existente <b>OU</b><br>- Necessidade de FiO2> 50% para manter SatO2≥ 92% <b>OU</b><br>- Necessidade de ventilação não invasiva (VNI) ou ventilação mecânica (VM).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Neurológica    | - Escala de coma de Glasgow (ECG) ≤ 11 <b>OU</b><br>- Alteração aguda do nível de consciência com queda ≥ 3 do nível anormal da ECG basal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Hepática       | - Aumento significativo de bilirrubinas totais (≥4 mg/dL) <b>OU</b><br>- ALT/TGP ≥2 vezes maior que o limite superior para idade.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Renal          | - Creatinina ≥ 2 vezes que o limite superior para idade <b>OU</b><br>- Aumento de creatinina de 2 vezes em relação ao basal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Hematológica   | - Plaquetas < 80.000/mm³ ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias <b>OU</b><br>- Alteração significativa de RNI (> 2).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

PAS: pressão arterial sistólica, TEC: tempo enchimento capilar, ECG: escala de coma de Glasgow, PaCO2: pressão parcial de CO2 em sangue arterial, PaO2: pressão parcial de O2 em sangue arterial, FiO2: Fração inspirada de O2, SatO2: Saturação de O2, VNI: ventilação não invasiva, VM: ventilação mecânica, ALT: alanina aminotransferase, TGP: enzima transaminase glutâmico pirúvica, RNI: Razão Normalizada Internacional.

Anexo VII

Avaliação do estado de hidratação do paciente

| Classificação |                          | Sem desidratação           | Desidratação moderada             | Desidratação grave                                                              |
|---------------|--------------------------|----------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| OBSERVE       | Estado geral             | Ativo, alerta              | Irritado, intranquilo             | Comatoso, hipotônico, letárgico ou inconsciente*                                |
|               | Olhos                    | Sem alteração              | Fundos                            | Fundos                                                                          |
|               | Sede                     | Sem sede                   | Sedento, bebe rápido e avidamente | Não é capaz de beber*                                                           |
|               | Lágrimas                 | Presentes                  | Ausentes                          | Ausentes                                                                        |
| EXPLORE       | Boca/língua              | Úmida                      | Seca ou levemente seca            | Muita seca                                                                      |
|               | Sinal de prega abdominal | Desaparece imediatamente   | Desaparece lentamente             | Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)                                |
|               | Pulso                    | Cheio                      | Cheio                             | Fraco ou ausente*                                                               |
| Decida        | Perda de Peso            | Sem perda                  | Até 10%                           | Acima de 10%                                                                    |
|               |                          | Sem sinais de desidratação | Se apresentar dois ou mais sinais | Se apresentar dois ou mais sinais sendo ao menos um destacado com asterisco (*) |

Tabela de classificação de desidratação adaptada e baseada nas orientações dos Ministério da Saúde- Manejo do paciente com diarreia/2023.

## SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

### DIRETORIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

### NÚCLEO DE GOVERNANÇA CLÍNICA

| Tipo do documento   | Protocolo Organizacional                                                                   | PECEACE52                   | Versão:03 |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------|
|                     |                                                                                            | Pág.: 1/11                  |           |
| Título do documento | PROTOCOLO DE EN-CAMINHAMENTO DE CRIANÇAS COM ES-PECTRO AUTISTA PARA CLÍNICA ESPECIALI-ZADA | Data de emissão: 11/03/2024 |           |
|                     |                                                                                            | Revisão: 18/03/2025         |           |

#### 1. Introdução

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimen-to caracterizado por uma tríade de sintomas: déficits persistentes na comunicação social e na interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades. E consiste na incapacidade de adquirir habilidades so-ciais e emocionais, em graus (níveis) variáveis de adpatação social (REYNOSO, 2017; ARAÚJO, 2022).

O conhecimento amplo sobre o assunto, como os níveis de severidade, a presença de multimorbidades e outras condições como o atraso na linguagem, déficits sen-soriais e de coordenação motora, garantem ao clínico maior acurácia na identifi-cação e na elaboração de intervenções mais eficazes (STRAVOGIANNIS, 2023). O diagnóstico no TEA é essencialmente clínico a partir da coleta de dados sobre o histórico do desenvolvimento, avaliação de possíveis multimorbidades e de dé-ficits cognitivos, geralmente, é realizado por uma equipe multiprofissional, com-

posta por fonoaudiólogos, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros. A etiologia do transtorno segue desconhecida, não há marcadores biológicos e, por consequência, não há exames de sangue ou de imagem que determinem o diagnóstico (ASSUMPÇÃO; PADOVANI, 2021; LOWENTAH, 2021).

2. Objetivo

Estabelecer critérios de encaminhamento para tratamento de TEA para clínica especializada (Clínica Teia), no município de Aparecida de Goiânia.

- 2.1 Objetivo específico
- Padronizar encaminhamento para tratamento especializado;
  - Estabelecer critérios de entrada para tratamento no serviço especializado;
  - Descrever responsabilização de família, profissionais e serviços;
  - Descrever moldes do serviço;

3. Classificação de níveis

De acordo com o DSM-5, os níveis de severidade do TEA são definidos de acordo com a funcionalidade do indivíduo e a necessidade de suportes para a vida diária, classificados com base no nível de suporte necessário. São eles (STRAVOGIAN-NIS, 2023):

Nível 1: caracterizado por dificuldades na interação social e comunicação, bem como comportamentos repetitivos e interesses restritos, normalmente essas dificuldades não são limitantes para a interação social.

Nível 2: caracteriza-se por dificuldades significativas na comunicação e interação social. Pessoas neste nível podem enfrentar maiores desafios para iniciar ou manter conversas, interpretar expressões faciais e compreender nuances da linguagem. Além disso, podem apresentar comportamentos repetitivos e ter interesses intensos e restritos.

Nível 3: Normalmente, possuem uma deficiência mais severa nas habilidades de comunicação, tanto verbal quanto não verbal, e, conseqüentemente, dependem de maior apoio para se comunicar. Isso pode resultar em dificuldades nas interações sociais e uma redução na cognição. Tendem a apresentar um perfil comportamental inflexível e podem ter dificuldades em se adaptar a mudanças, o que pode levá-los a se isolar socialmente se não forem incentivados.

4. O serviço de assistência a crianças com diagnóstico de TEA

O serviço oferecerá assistência às crianças com idade a partir de 0 ano à 6 anos 5 meses e 29 dias (admissão) com idade de atendimento até seis (7) anos completos com diagnóstico de TEA. Inicialmente serão ofertadas 120 vagas para terapias individuais, e contará com equipe multiprofissional de psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicomotricidade e psicopedagogia.

As vagas para atendimento serão preenchidas conforme os seguintes critérios: de data de agendamento, classificação conforme nível de suporte (sendo 60 vagas para crianças com nível de suporte três e/ou conforme demanda, 30 vagas para nível de suporte dois e 30 vagas para nível de suporte um) e prioridades avaliadas pelo médico Regulador/Auditor a partir da entrada via AparecidaGES.

Na primeira avaliação na Clínica Teia, a criança passará por uma consulta com equipe multidisciplinar para enquadramento de demandas, após a conclusão do diagnóstico, a criança continua nas terapias na Clínica Teia ou é contrarreferenciada para rede nas especialidades necessárias, por meio de relatório detalhado.

5. Critérios de inclusão

- ☐ Ser domiciliado (criança) no município de Aparecida de Goiânia;
- ☐ Possuir cartão do SUS do município de Aparecida de Goiânia;
- ☐ Possuir idade entre 0 ano à 6 anos 5 meses e 29 dias;
- ☐ Aceitar as condições previstas no termo de compromisso da Clínica de Teia.

6. Documentos necessários

- a) Relatório do médico especialista (Neuropediatria ou Psiquiatria) contendo relatório da história clínica, que justifique a demanda, CID-11 e pontuação do instrumento M-CHAT (ANEXO 1), podendo usar também outras ferramentas para diagnóstico;
- b) Cartão do SUS atualizado;
- c) Comprovante de endereço;
- d) Cadastro ativo no AparecidaGes (sistema de regulação de Aparecida de Goiânia);
- e) Certidão de nascimento e/ou carteira de identidade.

7. Agendamento das consultas no serviço especializado para crianças com TEA

As consultas serão agendadas pela central de regulação de Aparecida de Goiânia seguindo ordem cronológica, após e avaliação social pela assistente social do Serviço Psicossocial da rede, e auditoria dos documentos apresentados, cumprindo o princípio de equidade previsto em LEI 8.080/1990.

7.1 Médico regulador

O médico regulador avaliará documentação necessária de acordo com item seis (6) e classificação de nível por ordem cronológica de solicitação, bem como critérios clínicos, adequado para o padrão, inclusive o relatório da visita

social.

8. Responsabilidade da unidade solicitante

No serviço que a criança for atendido pelo especialista a equipe responsável deverá;

- a) Orientar sobre documentação necessária e inserir no sistema de regulação AparecidaGES.
- b) Prestar orientações necessárias quanto aos procedimentos (familiar deverá aguardar contato da central de regulação).

9. Responsabilidade do solicitante (pode ser pai, mãe e/ou responsável pela criança)

- a) Comparecer na Clínica Teia, no horário previamente agendado com documentação pessoal e encaminhamento conforme item 6-a);
  - b) No caso de não comparecimento na data e horário agendado via AparecidaGES para avaliação inicial, a autorização será cancelada e outro encaminhamento deverá ser realizado;
  - c) Manter atualizado dados cadastrais junto ao serviço da Unidade de saúde, como telefone e endereço.
9. Critério de alta

O critério de alta da criança poderá ser;

- a) Alta melhorada, quando a criança submetida a intervenção terapêutica e atinge a sua plenitude com todos os marcos de desenvolvimento esperados para sua faixa etária;
- b) Alta pela não confirmação do diagnóstico ou não admissão; quando a criança realiza todo o protocolo pela equipe multidisciplinar e os indicativos e suspeitos de TEA não se confirmam (nestes casos haverá comunicação interna entre Clínica Teia e CAPS i Alegria, via e-mail);
- c) Alta por desistência do tratamento: quando a não adesão da família e/ou criança ao tratamento, faltas, recusa de acatar as orientações e propostas terapêuticas de modo a comprometer a evolução da criança (é de responsabilidade do familiar/ responsável qualquer prejuízo relacionado ao tratamento da criança fora da Clínica Teia);
- d) Alta pedido, é identificada pela conduta volitiva do familiar e/ou responsável pela criança de não frequentar as terapias;
- e) Alta por óbito;
- f) Mudança de endereço para outro município, a clínica TEIA encaminhará para o município de destino para continuidade no tratamento;
- g) Alta por abandono, é identificada quando houver 5 faltas injustificadas nas sessões de terapias em um período de 6 meses;
- h) No processo de alta, a Clínica Teia fará contato prévio via e-mail com o serviço da rede que dará continuidade ao acompanhamento (CAPS i Alegria), com o objetivo de compartilhar informações sobre as terapêuticas executadas, as evoluções do processo terapêutico, os prognósticos e demais informações necessárias (relatório finalístico) para manutenção e continuidade da assistência (se necessário, poderá ser agendada reunião virtual ou presencial).

10. Fila de espera

Quando ocorrer que os números de encaminhamento de vagas extrapolem o quantitativo ofertado, a central de regulação organizará a fila de espera em ordem cronológica e a disponibilidade de novas vagas conforme liberação da Clínica Teia, de acordo com critérios descritos no item 4.

Na ausência de demanda em alguns dos níveis, as vagas poderão ser remanejadas conforme necessidade das 3 filas de espera.

11. Considerações gerais

- a) Não serão aceitas fotocópias de encaminhamentos, fichas de encaminhamentos preenchidas de forma ilegível, inadequadas, com dados insuficientes, rasuradas, danificadas, assim como serão INDEFERIDOS os preenchimentos de tal forma que dificultem a correta identificação das informações necessárias.
- b) Não será aceito a inclusão de mais de um encaminhamento por criança nas 3 filas de espera, sendo indicada neste caso a união dos encaminhamentos em duplicidade, prevalecendo a data de solicitação do encaminhamento mais antigo;
- c) Nos casos em que for constatada a necessidade absoluta retomada do tratamento (recidivas de crises), após alta, no período de até 12 meses ou que for necessária a transferência entre as unidades da (Clínica Teia Agir) a criança deverá ser encaminhada ao CAPS i Alegria (Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil Alegria) que por sua vez, irá prestar atendimento, realizar visita social (se necessário) e contactar a regulação para solicitar a inserção no sistema como prioridade, desde que criança tenha até 6 anos 5 meses e 29 dias;
- d) Crianças acima de 7 anos com necessidade de continuidade do tratamento, serão contrarreferenciadas para rede;
- e) Poderá ser solicitado documentação complementar como (cartão de vacina, comprovante de matrícula, conforme necessidade de avaliação pelo médico auditor);
- f) O fluxo de atendimento consta no ANEXO 3.

REFERÊNCIAS

ASSUMPÇÃO, F.B.; PADOVANI, C. Neuropsicologia na infância e na adolescência. São Paulo: Monole, 2021.

LOWENTHAL, R. Como lidar com o autismo? 3ª ed. São Paulo: Hogrefe, 2021.

STRAVOGIANNIS, A. L. Autismo: um maneira diferente de ser. Literare Books, 2023.

CARDENAS, A., Velardes M. Transtorno del espectro autista y transtorno por déficit de atención hiperactividad;Desafios en el Diagnóstico Y tratamiento.Medicina, Vol 82, 67-70. (Buenos Aires), 2022

ROBINS, D, Feine, Bartom. M-Chat. The Modified Checklist for autism in Toddlers, Revised With Follow-UP. 2009. Disponível em <https://www.mchatscreen.com/>

ROBINS. D, Feine, Bartom. Tradução; Losapio, Siquara, Lampreia, Pondé. M-CHAT-R/f.Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento. Disponível em [https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2020/09/M-CHAT-R\\_F\\_Brazilian\\_Portuguese\\_v2.pdf](https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2020/09/M-CHAT-R_F_Brazilian_Portuguese_v2.pdf)

REYNOSO C, et al. El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos Autism spectrum disorder: Etiological, diagnostic and therapeutic aspects. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017 Mar-Apr;55(2):214-222. Spanish. PMID: 28296371.

|               | Nome                    | Cargo           | Área de Atuação                                          |
|---------------|-------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------|
| Revisão       | Loanny Moreira Barbosa  | Diretora        | Diretora de Urgência, Emergência e Atenção Especializada |
|               | Thais Kato de Sousa     | Enfermeira      | Núcleo de Governança Clínica                             |
| Elaboração    | Eurides Santos Pinho    | Coordenadora    | Superintendência de Atenção á Saúde                      |
|               | Hérica Souza Leguizamon | Coordenadora    | Núcleo de Governança Clínica                             |
| Colaboradores | Arivan Alves Ferreira   | Diretor         | Superintendência de Regulação, Avaliação e Controle      |
| Aprovação     | Gustavo Amoury          | Superintendente | Superintendência de Atenção á Saúde                      |



PREFEITURA DE

APARECIDA

SECRETARIA DE SAÚDE



ANEXO 01

ENCAMINHAMENTO PARA TRATATAMENTO DE TEA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

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

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISISONAL

Nome completo do profisisonal: \_\_\_\_\_

Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Paciente em acompanhamento SUS ☐ Particular ☐ Convênio ☐

| M-CHAT-R                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                      |     |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Por favor, responda as questões abaixo sobre o seu filho. Pense em como ele geralmente se comporta. Se você viu o seu filho apresentar o comportamento descrito poucas vezes, ou seja, se não for um comportamento frequente, então responda não. Por favor, marque sim ou não para todas as questões. |                                                                                                                                                                                                                                      |     |     |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Se você apontar para algum objeto no quarto, o seu filho olha para este objeto? (POR EXEMPLO, se você apontar para um brinquedo ou animal, o seu filho olha para o brinquedo ou para o animal?)                                      | Sim | Não |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Alguma vez você se perguntou se o seu filho pode ser surdo?                                                                                                                                                                          | Sim | Não |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | O seu filho brinca de faz de contas? (POR EXEMPLO, faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala ao telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?)                                  | Sim | Não |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | O seu filho gosta de subir nas coisas? (POR EXEMPLO, móveis, brinquedos em parques ou escadas)                                                                                                                                       | Sim | Não |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos? (POR EXEMPLO, mexe os dedos em frente aos olhos e fica olhando para os mesmos?)                                                                                   | Sim | Não |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | O seu filho aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (POR EXEMPLO, aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance dele?)                                                                                     | Sim | Não |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | O seu filho aponta com o dedo para mostrar algo interessante para você? (POR EXEMPLO, aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na rua)                                                                                      | Sim | Não |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | O seu filho se interessa por outras crianças? (POR EXEMPLO, seu filho olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?)                                                                                              | Sim | Não |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | O seu filho traz coisas para mostrar para você ou as segura para que você as veja - não para conseguir ajuda, mas apenas para compartilhar? (POR EXEMPLO, para mostrar uma flor, um bichinho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo) | Sim | Não |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | O seu filho responde quando você o chama pelo nome? (POR EXEMPLO, ele olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você o chama pelo nome?)                                                            | Sim | Não |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Quando você sorri para o seu filho, ele sorri de volta para você?                                                                                                                                                                    | Sim | Não |



PREFEITURA DE

APARECIDA

SECRETARIA DE SAÚDE



|       |                                                                                                                                                                                                                                                            |     |     |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 12    | O seu filho fica muito incomodado com barulhos do dia a dia? (POR EXEMPLO, seu filho grita ou chora ao ouvir barulhos como os de liquidificador ou de música alta?)                                                                                        | Sim | Não |
| 13    | O seu filho anda?                                                                                                                                                                                                                                          | Sim | Não |
| 14    | O seu filho olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ele/ela, ou vestindo a roupa dele/dela?                                                                                                                                          | Sim | Não |
| 15    | O seu filho tenta imitar o que você faz? (POR EXEMPLO, quando você dá tchau, ou bate palmas, ou joga um beijo, ele repete o que você faz?)                                                                                                                 | Sim | Não |
| 16    | Quando você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, o seu filho olha ao redor para ver o que você está olhando?                                                                                                                                        | Sim | Não |
| 17    | O seu filho tenta fazer você olhar para ele/ela? (POR EXEMPLO, o seu filho olha olha para você para ser elogiado/aplaudido, ou diz: “olha mãe!” ou “óh mãe!”)                                                                                              | Sim | Não |
| 18    | O seu filho compreende quando você pede para ele/ela fazer alguma coisa? (POR EXEMPLO, se você não apontar, o seu filho entende quando você pede: “coloca o copo na mesa” ou “liga a televisão”)?                                                          | Sim | Não |
| 19    | Quando acontece algo novo, o seu filho olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu? (POR EXEMPLO, se ele/ela ouve um barulho estranho ou vê algo engraçado, ou vê um brinquedo novo, será que ele/ela olharia para seu rosto?) | Sim | Não |
| 20    | O seu filho gosta de atividades de movimento? (POR EXEMPLO, ser balançado ou pular em seus joelhos)                                                                                                                                                        | Sim | Não |
| Total |                                                                                                                                                                                                                                                            |     |     |

© 2009 Robins, Fein, & Barton. Tradução: Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro, & Pondé

ALGORITMO DA PONTUAÇÃO

Para todos os itens, a resposta “NÃO” indica risco de TEA; exceto para os itens 2, 5 e 12, nos quais “SIM” indica risco de TEA. O algoritmo a seguir maximiza as propriedades psicométricas da MCHAT-R:

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Baixo Risco   | Pontuação Total entre 0-2; se a criança tem menos de 24 meses, reavaliar após o segundo aniversário. Nenhuma outra avaliação será requerida a menos que a evolução clínica indique risco de TEA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Médio Risco   | Pontuação Total entre 3-7; aplicar a consulta de seguimento (segunda etapa do MCHAT-R/F) para obter informações adicionais sobre as respostas de risco. Se o escore permanecer maior ou igual a 2, a triagem da criança foi positiva. Deve-se encaminhar a criança para avaliação diagnóstica e de intervenção precoce. Se o escore da consulta de seguimento for de 0-1, a triagem da criança foi negativa. Nenhuma outra avaliação será necessária, exceto se a evolução clínica indicar risco de TEA. A criança deve ser triada novamente em futuras visitas médicas |
| Risco Elevado | <b>Pontuação Total entre 8-20</b> ; não é necessário fazer a consulta de seguimento, a criança deve ser encaminhada imediatamente para avaliação diagnóstica e intervenção precoce.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

Evolução Clínica

Carimbo e Assinatura



PREFEITURA DE

APARECIDA

SECRETARIA DE SAÚDE



ANEXO 2

FLUXO DE ATENDIMENTO DE CRIANÇAS COM

Criança com suspeita de diagnóstico de TEA

Encaminhar para especialidade (Neuropediatria e/ou Psiquiatria infantil)

Inserir no sistema AparecidaGES

Avaliação do médico regulador conforme critérios clínicos

Agendamento na clínica TEA conforme disponibilidade de vaga

Preencher Anexo 1 do protocolo com pontuação e evolução clínica

EDITAIS

|                                              |
|----------------------------------------------|
| Prefeitura Municipal de Aparecida de Goiânia |
| Secretaria Municipal de Saúde                |

57º CONVOCAÇÃO POR FUNÇÃO PARA  
ASSINATURA DE CONTRATO  
RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS CONVOCADOS  
PARA O CREDENCIAMENTO DE PESSOA FÍSICA –  
URGÊNCIA, CONFORME EDITAL 001/2022.

| Técnico(a) em Enfermagem |           |                |                                     |                          |                      |                      |
|--------------------------|-----------|----------------|-------------------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| CLAS-SIFICAÇÃO           | INSCRIÇÃO | CPF            | NOME                                | FUNÇÃO                   | CONVOCAÇÃO           | C O M - PARECI-MENTO |
| 4034                     | 58050     | 058.XXX.XXX-XX | NAYANNE BRENNA                      | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025           |
| 4035                     | 58069     | 017.XXX.XXX-XX | GLEYSNE FARRIA FERREIRA             | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025           |
| 4036                     | 58072     | 523.XXX.XXX-XX | TERESA DADACOSTA MARTINS            | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025           |
| 4037                     | 58078     | 752.XXX.XXX-XX | SAMANTHA JENNIFER AUGUSTADA SILVA   | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025           |
| 4038                     | 58087     | 042.XXX.XXX-XX | ROSIANE DOS SANTOS DOS SANTOS       | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025           |
| 4039                     | 58094     | 023.XXX.XXX-XX | JACKELINY MARQUES SILVA             | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025           |
| 4040                     | 58096     | 841.XXX.XXX-XX | GILBERTO FARRIA                     | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025           |
| 4041                     | 58097     | 012.XXX.XXX-XX | VAUCILENE ALEXANDRE DADACOSTA SILVA | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025           |
| 4042                     | 58100     | 710.XXX.XXX-XX | JULIA ANDRESSASOUZA DE OLIVEIRA     | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025           |
| 4043                     | 58105     | 969.XXX.XXX-XX | PAULO GOMES DADAFARRIA              | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025           |
| 4044                     | 58109     | 035.XXX.XXX-XX | FABIANA MORAES DOS SANTOS           | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025           |
| 4045                     | 58113     | 065.XXX.XXX-XX | ANA CLARRA MIGUEL FERREIRA          | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025           |
| 4046                     | 58124     | 065.XXX.XXX-XX | GABRIEL ANTONIO CANDIDO PIMENTEL    | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025           |
| 4047                     | 58127     | 018.XXX.XXX-XX | PAULA LOPES DADAMELO                | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025           |
| 4048                     | 58128     | 028.XXX.XXX-XX | LETICIA DE OLIVEIRASOUZA            | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025           |
| 4049                     | 58132     | 056.XXX.XXX-XX | WARLISON GOMES LOPES                | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025           |
| 4050                     | 58133     | 388.XXX.XXX-XX | MARIA DADAFATIMA OLIVEIRA FERNANDES | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025           |
| 4051                     | 58139     | 705.XXX.XXX-XX | LAYZA                               | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025           |

|      |       |                |                                       |                          |                      |            |
|------|-------|----------------|---------------------------------------|--------------------------|----------------------|------------|
| 4052 | 58161 | 641.XXX.XXX-XX | DIVINO ANTONIO ALVES DADASOUZA        | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025 |
| 4053 | 58164 | 020.XXX.XXX-XX | KENIAMARA VALDIVINO OLIVEIRA          | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025 |
| 4054 | 58167 | 021.XXX.XXX-XX | FABIANASILVA SANTOS                   | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025 |
| 4055 | 58180 | 292.XXX.XXX-XX | ADRIANE DADASOUZAVIEIRA               | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025 |
| 4056 | 58192 | 280.XXX.XXX-XX | ILDETH DE JESUS OLIVEIRARIOS          | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025 |
| 4057 | 58194 | 005.XXX.XXX-XX | ELISANGELA MAIRADADAPAIXÃO CARDOSO    | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025 |
| 4058 | 58201 | 001.XXX.XXX-XX | ANA PAULA                             | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025 |
| 4059 | 58204 | 034.XXX.XXX-XX | JENNIFER OLIVEIRABORTOLAMEDI          | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025 |
| 4060 | 58211 | 870.XXX.XXX-XX | NAJLA ISAC DASILVA                    | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025 |
| 4061 | 58212 | 701.XXX.XXX-XX | ANA CRISTINA DADAJESUS                | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025 |
| 4062 | 58215 | 038.XXX.XXX-XX | ELIENE RODRIGUES DADASOUZA            | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025 |
| 4063 | 58217 | 013.XXX.XXX-XX | PATRICIA RIBEIRO PORTO                | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 28/04/2025 |
| 4064 | 58234 | 012.XXX.XXX-XX | DANIELY VIANA BARROSO                 | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 29/04/2025 |
| 4065 | 58248 | 787.XXX.XXX-XX | LUCIMEIRE QUINTINO DADOLIVEIRA        | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 29/04/2025 |
| 4066 | 58258 | 049.XXX.XXX-XX | ANA GABRIELA FERREIRA DADASOUZA       | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 29/04/2025 |
| 4067 | 58267 | 992.XXX.XXX-XX | RAFAEL DADASOUSA SILVA                | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 29/04/2025 |
| 4068 | 58273 | 827.XXX.XXX-XX | ELISANGELA ESCOBAR DADAMATOS OLIVEIRA | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 29/04/2025 |
| 4069 | 58277 | 043.XXX.XXX-XX | NEURIZETEBARBOSA PEREIRAMARTINS       | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 29/04/2025 |
| 4070 | 58288 | 033.XXX.XXX-XX | CERIZEARA UJO CARVALHOSOUZA           | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 29/04/2025 |
| 4071 | 58289 | 767.XXX.XXX-XX | MARIZELLCARDOSO DADANDRADE            | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 29/04/2025 |
| 4072 | 58299 | 802.XXX.XXX-XX | MARIAMAURA SOARES FERREIRA            | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 29/04/2025 |
| 4073 | 58302 | 040.XXX.XXX-XX | JENNIFER GUIMARÃES FERREIRA DASILVA   | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CONV O C A - ÇÃO | 29/04/2025 |

|      |       |                |                                                                         |                           |                         |            |
|------|-------|----------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|------------|
| 4074 | 58303 | 031.XXX.XXX-XX | K E M Y L L Y V I C T O R I A S O U S A D I A S                         | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 29/04/2025 |
| 4075 | 58320 | 024.XXX.XXX-XX | D E B O R A D A C R U Z A L - M E I D A                                 | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 29/04/2025 |
| 4076 | 58323 | 705.XXX.XXX-XX | L U C A S D A R - B O U X R I B E I - R O                               | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 29/04/2025 |
| 4077 | 58333 | 010.XXX.XXX-XX | L E T I C I A C A - M I L O G O - M E S                                 | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 29/04/2025 |
| 4078 | 58338 | 021.XXX.XXX-XX | I S A D O R A G A B R I E - L A L O N G O A M A D O R                   | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 29/04/2025 |
| 4079 | 58350 | 055.XXX.XXX-XX | M A R C E L L A G L E N D A S I L - V A                                 | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 29/04/2025 |
| 4080 | 58370 | 019.XXX.XXX-XX | I O N A R A N U - N E S T A V A - R E S                                 | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 29/04/2025 |
| 4081 | 58385 | 711.XXX.XXX-XX | T H I F A N N Y                                                         | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 29/04/2025 |
| 4082 | 58389 | 705.XXX.XXX-XX | R A Y S S A B A - T I S T A F E I - T O S A                             | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 29/04/2025 |
| 4083 | 58402 | 649.XXX.XXX-XX | A P A R E C I D A M A R I A M O - R A I S                               | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 29/04/2025 |
| 4084 | 58427 | 053.XXX.XXX-XX | Y S I S A L V E S F R A N Ç A                                           | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 29/04/2025 |
| 4085 | 58436 | 736.XXX.XXX-XX | E D I N A D I V I - N A D A S I L V A                                   | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 29/04/2025 |
| 4086 | 58441 | 738.XXX.XXX-XX | P A T R Í C I A                                                         | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 29/04/2025 |
| 4087 | 58442 | 005.XXX.XXX-XX | M I R I A N P E - R E I R A A U - G U S T O                             | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 29/04/2025 |
| 4088 | 58454 | 038.XXX.XXX-XX | J U L I O J A - C I N T O F L E U R Y F E R N A N D E S                 | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 29/04/2025 |
| 4089 | 58459 | 771.XXX.XXX-XX | M A R I A G I L - D A M A C H A D O M A R I N S C U N H A               | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 29/04/2025 |
| 4090 | 58460 | 700.XXX.XXX-XX | I G O R C O R - R E I A D A S I L - V A                                 | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 29/04/2025 |
| 4091 | 58464 | 265.XXX.XXX-XX | C I N T I A C A R - L A S C A N O A L C Â N T A - R A M E N - D O N Ç A | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 29/04/2025 |
| 4092 | 58466 | 704.XXX.XXX-XX | A N N Y C A - R O L L I N E F E R R E I R A D I A S                     | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 29/04/2025 |
| 4093 | 58474 | 010.XXX.XXX-XX | S H I R L L E Y P E R E I R A V A - L E N T I N O                       | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 29/04/2025 |
| 4094 | 58485 | 008.XXX.XXX-XX | R O S I L E I D E M A R C E L O D E J E S U S                           | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |
| 4095 | 58493 | 034.XXX.XXX-XX | L A N A R A - N I E L Y A L - B E R N A Z                               | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |
| 4096 | 58498 | 700.XXX.XXX-XX | G R I S L A I N E D A S I L V A M A R T I N S                           | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |
| 4097 | 58499 | 035.XXX.XXX-XX | P R I S C I L A A L V E S D O S R E I S                                 | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |

|      |       |                |                                                                       |                           |                         |            |
|------|-------|----------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|------------|
| 4098 | 58504 | 024.XXX.XXX-XX | D E N I L V I A G O N Ç A L V E S D O S S A N - T O S P E R E I - R A | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |
| 4099 | 58505 | 031.XXX.XXX-XX | M A Í S A D E A R A Ú J O S I L - V A V E N Â N - C I O               | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |
| 4100 | 58509 | 001.XXX.XXX-XX | J H O Y C E K L O H A N N A V E S B A R - B O S A P A E S             | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |
| 4101 | 58514 | 498.XXX.XXX-XX | M E R I L E N E S I L V I N O C A R V A L H O                         | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |
| 4102 | 58549 | 016.XXX.XXX-XX | A D R I A N O G O M E S P E - R E I R A                               | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |
| 4103 | 58550 | 058.XXX.XXX-XX | M A G N A D E S O U S A S I L - V A S A N T O S                       | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |
| 4104 | 58556 | 616.XXX.XXX-XX | E S M E R A L - D O P E R E I R A D E C A R V A - L H O N E T O       | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |
| 4105 | 58561 | 705.XXX.XXX-XX | A N A C R I S T I - N A M O R E I - R A D E Q U E I - R O Z           | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |
| 4106 | 58564 | 701.XXX.XXX-XX | L U C A S S A - L E S                                                 | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |
| 4107 | 58566 | 703.XXX.XXX-XX | A N D R E S S A F E R R E I R A D A S I L V A D E M A T O S           | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |
| 4108 | 58568 | 049.XXX.XXX-XX | M I S L E N Y A L V E S S O U - S A                                   | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |
| 4109 | 58570 | 707.XXX.XXX-XX | M A R C E L L A E D U A R D A A R R U D A D A L U Z                   | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |
| 4110 | 58572 | 049.XXX.XXX-XX | N I L M A R I A M O U R A S A N T O S                                 | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |
| 4111 | 58585 | 064.XXX.XXX-XX | L U A N A L I M A S I L V A                                           | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |
| 4112 | 58594 | 016.XXX.XXX-XX | M I R I A M T I - B Ú R C I O D A S I L V A                           | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |
| 4113 | 58616 | 044.XXX.XXX-XX | A R I L E N E P E R E I R A C U N H A F O N S E C A                   | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |
| 4114 | 58630 | 148.XXX.XXX-XX | M A I A R A G O N C A L V E S D E B R I T O                           | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |
| 4115 | 58640 | 955.XXX.XXX-XX | S I R L E Y P E D R O F E R R E I R A E V A N G E L I S - T A         | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |
| 4116 | 58654 | 703.XXX.XXX-XX | G A B R I E L A C R I C I E A L - M E I D A G O N - Z A G A           | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |
| 4117 | 58667 | 033.XXX.XXX-XX | A N A P A U L A D U A R T E D A S I L V A                             | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |
| 4118 | 58677 | 783.XXX.XXX-XX | M A G N A A L - V E S D A S I L - V A                                 | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |
| 4119 | 58679 | 015.XXX.XXX-XX | N I L D A S A N - T O S R E I S                                       | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |
| 4120 | 58681 | 065.XXX.XXX-XX | S A M U E L D A S I L V A R A - M O S                                 | Técnico(a) em Enferma-gem | 57º CON-V O C A - Ç Ã O | 30/04/2025 |

|      |       |                |                                  |                          |                        |            |
|------|-------|----------------|----------------------------------|--------------------------|------------------------|------------|
| 4121 | 58708 | 037.XXX.XXX-XX | VÂNIA SOARES DA GAMA             | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CON-V O C A - ÇÃ O | 30/04/2025 |
| 4122 | 58710 | 119.XXX.XXX-XX | MARYANA BASTOS DE SOUZA          | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CON-V O C A - ÇÃ O | 30/04/2025 |
| 4123 | 58717 | 938.XXX.XXX-XX | GRAZIELA DE SOUZA                | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CON-V O C A - ÇÃ O | 30/04/2025 |
| 4124 | 58718 | 943.XXX.XXX-XX | D I A N A RHAY OLIVEIRA SOUSA    | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CON-V O C A - ÇÃ O | 05/05/2025 |
| 4125 | 58720 | 013.XXX.XXX-XX | IVONE COSTA CARDOSO ARAÚJO       | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CON-V O C A - ÇÃ O | 05/05/2025 |
| 4126 | 58725 | 585.XXX.XXX-XX | SILVIA RODRIGUES DE OLIVEIRA     | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CON-V O C A - ÇÃ O | 05/05/2025 |
| 4127 | 58732 | 007.XXX.XXX-XX | VALDIRENE DE JESUS SILVA         | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CON-V O C A - ÇÃ O | 05/05/2025 |
| 4128 | 58734 | 001.XXX.XXX-XX | MARLENE NERES DE SOUSA OLIVEIRA  | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CON-V O C A - ÇÃ O | 05/05/2025 |
| 4129 | 58741 | 787.XXX.XXX-XX | NILVANDA APARECIDA ALVES TAVARES | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CON-V O C A - ÇÃ O | 05/05/2025 |
| 4130 | 58743 | 701.XXX.XXX-XX | CAMILA PEREIRA DOS SANTOS        | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CON-V O C A - ÇÃ O | 05/05/2025 |
| 4131 | 58746 | 035.XXX.XXX-XX | LARISSA DA SILVA BASTOS          | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CON-V O C A - ÇÃ O | 05/05/2025 |
| 4132 | 58758 | 701.XXX.XXX-XX | M A R C E - LA SIRINO ARAUJO     | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CON-V O C A - ÇÃ O | 05/05/2025 |
| 4133 | 58759 | 028.XXX.XXX-XX | BEATRIZ DA SILVA SOUZA           | Técnico(a) em Enfermagem | 57º CON-V O C A - ÇÃ O | 05/05/2025 |

## TERMOS

### TERMO DE APOSTILAMENTO Nº26/2025

SEGUNDO TERMO DE APOSTILAMENTO AO CONTRATO Nº1262/2023-SEL, REALIZADO ENTRE A SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRA-ESTRUTURA E OBRAS E A EMPRESA COSTA BRAVA PROJETOS E CONSTRUÇÕES LTDA, NA FORMA QUE SEGUE:

DAS PARTES:

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 01.005.727/0001-24, sediado na Rua Gervásio Pinheiro, Área Pública II, s/nº, Setor Solar Central Park, CEP: 74.968-500 CEP: 74.968-500 por intermédio da SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA E OBRAS, neste ato representado pelo Secretário Municipal Sr. ALFREDO SOUBIHE NETO, brasileiro, portador da CI-RG nº 149912 SSP/GO e inscrito no CPF/MF sob o nº020.\*\*\*.\*\*\*-\*\*.

CONTRATADA: COSTA BRAVA PROJETOS E CONSTRUÇÕES LTDA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 37.843.570/0001-53, estabelecida na Avenida Tamoios, s/n, quadra 12, lote 13-E, Jardim Eldorado, Aparecida de Goiânia – GO, neste ato representado pelo Sr. JOSÉ CELESTINO DE OLIVEIRA, brasileiro, portador da CI-RG nº 3736315 SSP-GO e inscrito no CPF/MF sob o nº023.\*\*\*.\*\*\*-\*\*.

DO OBJETO DO CONTRATO: Contratação de empresa especializada na execução do programa de reestruturação viária na Bacia do Ribeirão Santo Antônio II – CAF/PMAP.

DO OBJETO DO APOSTILAMENTO: Correção e inclusão em parágrafo a dotação orçamentária e dos recursos financeiros, na cláusula quinta do Contrato nº1262/2023-SEL.

DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: O presente Termo de Apostilamento possui fundamentação no artigo 65, parágrafo 8º, da Lei Federal nº. 8.666, de 21 de junho de 1993.

#### 1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DAS ALTERAÇÕES

CLASULA QUINTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTARIA E DOS RECURSOS FINANCEIROS

PARÁGRAFO 5.1 - As Despesas decorrentes do presente contrato correrão à conta das seguintes rubricas orçamentárias:

2023.03.0348.15.451.3029.2885.44.90.51 - Fonte nº191 - Ficha: 20231002 e/ou, 2024.16.1601.26.122.1601.2080.44.90.51 - Fonte nº171 - Ficha: 20242951.

#### 2. CLÁUSULA SEGUNDA – DA RATIFICAÇÃO

2.1. Ficam ratificadas as demais cláusulas do contrato original, não alteradas pelo presente Termo de Apostilamento.

Aparecida de Goiânia, 21 de janeiro de 2025.

**ALFREDO SOUBIHE NETO**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA E OBRAS

### TERMO DE RETIFICAÇÃO Nº122/2025

TERMO DE RETIFICAÇÃO AO TERMO DE ADITAMENTO Nº28/2025, CELEBRADOS ENTRE AO MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E A EMPRESA ASCED - CURSOS E ASSESSORIA EDUCACIONAL LTDA, NA FORMA QUE SEGUE:

DAS PARTES:

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 01.005.727/000 1-24, sediado na Rua Gervásio Pinheiro, Área Pública II, s/nº, Setor Solar Central Park. CEP: 74.968-500 junto ao SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, neste ato representada pelo Secretária Municipal SRA. NÚBIA GOMES DE BRITO FARIAS, inscrita no CPF/MF sob o nº849.\*\*\*.\*\*\*-\*\*.

CONTRATADA: ASCED - CURSOS E ASSESSORIA EDUCACIONAL LTDA, pessoa jurídica de direito privado, cadastrado no CNPJ nº00.405.296/0001.20, sediada Segunda Avenida, quadra 1-B, lote 42E, 5º andar, sala 09, Edifício Atlanta Business Center, Condomínio Cidade Empresarial, Cidade Vera Cruz, Aparecida de Goiânia - Goiás, CEP: 74.985-125, neste ato, representada pelo Sr. NIVALDO DA SILVA, portador do RG-CI nº910.286 SSP/GO e inscrito sob CPF/MF nº282.\*\*\*.\*\*\*-\*\*.

OBJETO DA RETIFICAÇÃO: Alteração da cláusula primeira, item 1.1, referente a data de vigência contratual ao Termo Aditivo nº28/2025.

#### 1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DA ALTERAÇÃO

ONDE SE LÊ:

#### 1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DAS ALTERAÇÕES

1.1. Fica alterada a Cláusula Terceira, item 2.1.1 do Contrato nº91/2019, estendendo seu prazo de vigência de forma excepcional por mais 12 (doze) meses, ou seja, do dia 02 de janeiro de 2025 a 202 de janeiro de 2026, quando cumpridas todas as condições pactuadas, ou, até quando concluído o procedimento licitatório nº2024.414.812, prevalecendo a situação que ocorrer primeiro.

LEIA-SE:

#### 1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DAS ALTERAÇÕES

1.1. Fica alterada a Cláusula Terceira, item 2.1.1 do Contrato nº91/2019, estendendo seu prazo de vigência de forma excepcional por mais 12 (doze) meses, ou seja, do dia 02 de janeiro de 2025 a 02 de janeiro de 2026, quando cumpridas todas as condições pactuadas, ou, até quando concluído o procedimento licitatório nº2024.414.812, prevalecendo a situação que ocorrer primeiro.

#### 2 - CLÁUSULA SEGUNDA - DA RATIFICAÇÃO

2.1 - Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições estabelecidas no Contrato, não alteradas ou substituídas por este instrumento, cabendo o CONTRATANTE providenciar, por sua conta, a publicação do extrato deste termo de rratificação, nos termos da Lei.

2.2 - E por estarem justas e acordadas, as partes contratantes assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma para todos os fins de direito.

Aparecida de Goiânia-Goiás, 02 de abril de 2025.

MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  
SECRETÁRIA MUNICIPAL  
CONTRATANTE

ASCED-CURSOS E ASSESSORIA EDUCACIONAL LTDA  
CONTRATADA

Testemunhas:

1 \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_.  
2 \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_.

## TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 124/2025

Termo de Colaboração que entre si celebram o Município de Aparecida de ASSOCIAÇÃO DE ENSINO OS PEQUENINOS, na forma que segue:

O MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 01.005.727/0001-24, sediado na Rua Gervásio Pinheiro, Área Pública II, s/nº, Setor Solar Central Park, CEP: 74.968-500, junto a SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, pessoa jurídica de direito público, neste ato representado pelo Secretária, Sra. NÚBIA GOMES DE BRITO FARIAS, inscrita no CPF/MF sob o nº 849.\*\*\*.\*\*\*-91 e a ASSOCIAÇÃO DE ENSINO OS PEQUENINOS, inscrita no CNPJ sob o nº 57.672.775/0001-20, situado na Rua 28 nº S/N Quadra 33, Lote 12, Bairro Cardoso Continuação – Aparecida de Goiânia, CEP: 74.934-220, devidamente representada pela Sra. Cleides Marcia Lisboa Rodrigues, inscrito no CPF de nº 865.\*\*\*.\*\*\*-00, resolvem celebrar o presente Termo de Colaboração, regendo-se pelo disposto na Lei nº 13.019 de 2014, consoante o processo administrativo nº 2025.016.147 e mediante as cláusulas e condições seguintes:

### 1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente Termo de Colaboração tem por objetivo a ação conjunta entre a ASSOCIAÇÃO DE ENSINO OS PEQUENINOS, inscrita no CNPJ sob o nº. 57.672.775/0001-20, para atendimento na Educação Infantil e Ensino Fundamental, respeitando seus aspectos físicos, emocionais, afetivos, cognitivo-linguísticos e sociais, conforme estabelecido no Plano de Trabalho atendendo a comunidade residente no Bairro Cardoso continuação e adjacências, neste ato representada pela Sra. Cleides Marcia Lisboa Rodrigues, inscrito no CPF de nº 865.\*\*\*.\*\*\*-00. A instituição situa-se no endereço: Rua 28 nº S/N Quadra 33, Lote 12, Bairro Cardoso Continuação – Aparecida de Goiânia, CEP: 74.934-220.

### 1.2. Do Repasse Financeiro:

O Município realizará repasse mensal no valor de:

- R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) por aluno matriculado na modalidade parcial;
- R\$ 500,00 (quinhentos reais) por aluno matriculado na modalidade integral.

Ressalta-se que o critério de frequência do aluno não interfere no repasse do valor da bolsa, tendo em vista tratar-se de um serviço continuado, sendo o pagamento efetuado com base no número de matrículas ativas.

### 1.2. Das Obrigações da Instituição:

A Instituição compromete-se a:

- Disponibilizar infraestrutura adequada para o atendimento educacional, conforme a faixa etária das crianças;
- Manter equipe pedagógica qualificada, composta por Professores e Coordenadores Pedagógicos;
- Manter equipe administrativa, incluindo Diretor, Secretário, Auxiliar de Secretaria, Agentes de Serviços Diversos, merendeira, entre outros profissionais necessários;
- Assumir os custos operacionais indispensáveis ao funcionamento da unidade escolar e à qualidade do atendimento, tais como:
- Pagamento de despesas com água, energia elétrica, telefone, internet e gás de cozinha;
- Aquisição de materiais de higiene, limpeza e expediente;
- Fornecimento de alimentos para crianças em situação de vulnerabilidade social;
- Outras despesas essenciais à manutenção das atividades escolares.

## 2. CLÁUSULA SEGUNDA – JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO

### 2.1. Necessidade e Abrangência

O presente Termo de Colaboração tem como objetivo viabilizar o atendimento educacional para 160 crianças na Educação Infantil, sendo 80 crianças em período parcial e 80 crianças em período integral. A distribuição das vagas será definida conforme a necessidade do município, permitindo ajustes nos agrupamentos atendidos conforme demanda, de modo a garantir a melhor adequação às diretrizes educacionais e à realidade local.

### 2.2. Relevância da Parceria

A parceria com a ASSOCIAÇÃO DE ENSINO OS PEQUENINOS justificam-se pelo fato de tratar-se de uma entidade sem fins lucrativos, que não dispõe de recursos próprios para custear integralmente suas despesas operacionais e de pessoal. Dessa forma, o apoio do Município torna-se essencial para viabilizar a continuidade e ampliação do atendimento à comunidade, garantindo acesso à Educação Infantil para um maior número de crianças. Além disso, a cooperação entre o Município e instituições parceiras é fundamental para a ampliação do atendimento educacional, suprimdo a demanda por vagas na rede pública.

## 3. CLÁUSULA TERCEIRA – DA FUNDAMENTAÇÃO

3.1. Os Partícipes resolvem celebrar o presente Convênio através do Termo de Cooperação em conformidade com a Constituição Federal de 1988, Lei Federal nº 13.019/14 e Lei Federal nº 8.666/93, tudo conforme documentos constantes no Processo Administrativo nº \_\_\_\_\_, mediante cláusulas e condições a seguir estabelecidas.

## 4. CLÁUSULA QUARTA– DAS OBRIGAÇÕES DOS PARTÍCIPES

### 4.1. DA CONVENENTE:

a) Atender 160 crianças na Educação Infantil, sendo 80 crianças em período parcial e 80 crianças em período integral;

b. A instituição deverá apresentar código de cadastro no INEP (Instituto Nacional de Estudo e Pesquisas Educacionais);

c. Observar diretrizes e normas emanadas dos órgãos competentes do MUNICÍPIO;

d. Manter, na fachada do imóvel e em local visível, placa indicativa do Acordo de Cooperação com a Prefeitura;

e. Facilitar, aos órgãos competentes do MUNICÍPIO, a supervisão e o acompanhamento das ações relativas ao cumprimento do presente Acordo de Cooperação e do Plano de Trabalho dele integrante, assegurando aos mesmos a possibilidade de, a qualquer momento, ter acesso a informações nas áreas contábil, administrativa, pedagógica, de saúde e nutricional;

f. Obter e manter a autorização de funcionamento junto ao Conselho Municipal de Educação doravante denominado CME;

g- Informar à Secretaria Municipal de Educação, doravante denominada SME, o calendário de suas atividades, bem como o período de férias e recessos;

i. Comunicar, de imediato, à SME paralisações das atividades, alteração do número de profissionais, de vagas e/ou de crianças atendidas, bem como quaisquer outras informações e atividades que venham a interferir no atendimento educacional;

g. Comunicar previamente à SME mudança de endereço;

h. Informar às famílias das crianças atendidas sobre as bases do Acordo de Colaboração;

i. Elaborar e executar sua proposta pedagógica, respeitadas as Diretrizes Curriculares Nacionais e as normas do Sistema Municipal de Ensino, doravante denominado SME (se for o caso);

j. Garantir a inclusão e o atendimento de qualidade da criança com deficiência, sob pena de oficiar os órgãos competentes;

k. Apoiar e integrar, num esforço conjunto com os demais órgãos do SME, as ações de formação e capacitação dos seus profissionais;

l. Apresentar, à SME, Relatório Trimestral de Desempenho dos Componentes: alimentação, assistência, educação e saúde;

m. Convergir esforços para entender crianças indicadas pelos programas sociais do MUNICÍPIO, em especial aquelas encaminhadas pelos Conselhos Tutelares;

- n.       Protocolar previamente na SME o Calendário Anual de Atividades;
- o.       Regularizar e manter a instituição em condições de receber os recursos do Programa Nacional de Alimentação Escolar, doravante denominado PNAE, conforme orientações da Coordenadoria de Alimentação Escolar da SME;
- p.       Apoiar e integrar, num esforço conjunto com os demais órgãos do SME, as ações de formação e capacitação dos seus profissionais, participando das ações pedagógicas formativas e de orientação, dos Projetos Institucionais desenvolvidos pela SME.
- q.       Apresentar, mensalmente o controle de frequência das crianças atendidas (citar o órgão responsável por receber a documentação);
- r.       Apresentar, à SME, Relatório Trimestral de Desempenho dos Componentes: alimentação, assistência, educação e saúde;
- s.       Convergir esforços para atender crianças indicadas pelos programas sociais do MUNICÍPIO, em especial aquelas encaminhadas pelos Conselhos Tutelares;
- t.       Apresentar previamente o Calendário Anual de Atividades à Coordenadoria de Supervisão Escolar;
- u.       Oferecer alimentação escolar de forma gratuita aos alunos bolsistas, obedecendo a porção nutricional diária, devendo apresentar previamente cardápio mensal para ser avaliado pela Coordenadoria de Alimentação Escolar da SME, sendo de inteira responsabilidade da INSTITUIÇÃO quanto a:
- a.       Armazenar os gêneros alimentícios de forma adequada e zelar pela sua conservação;
- b.       Utilizar os gêneros alimentícios na elaboração do cardápio diário, de acordo com recomendação nutricional da Coordenadoria de Alimentação Escolar, doravante denominada CAE da SME;
- c.       Controlar o estoque dos gêneros alimentícios, conforme orientação da CAE;
- d.       Garantir que os funcionários envolvidos na manipulação de alimentos estejam devidamente uniformizados para o exercício das atividades, conforme orientação.
- x) Apresentar 90 (noventa) dias a partir do término da vigência da parceria ou sempre que solicitado pela SME, prestação de contas dos valores recebidos para custeio e manutenção dos alunos atendidos através do presente Termo de Colaboração.
- y) Por se tratar de instituição sem fins lucrativos, fica autorizada a solicitação de doação voluntaria, para os pais no valor máximo mensal de 1/12 (um doze avos) do salário mínimo, não podendo a soma das contribuições anuais ser superior a 1 (um) salário mínimo;
- z) A instituição se compromete a isentar do pagamento da taxa parcial (50% do valor da contribuição) ou integral (100% do valor da contribuição), de alunos carentes, de acordo com critérios estabelecidos pela própria instituição;
- aa) Por se tratar de parceria alguns Incluir autorização para a instituição oferecer (venda) de uniforme, agenda e materiais didáticos, desde que a mesma não esteja no programa do PNLD (Programa Nacional do Livro Didático) e PNLD Literário (Programa Nacional do Livro Didático Literário).
- ab) Autorizar atividades externas pagas em dias e horários de aula, desde que respeitem a quantidade permitida pela SME e seja assegurada a continuidade das aulas para alunos que não puderem participar.
- 4.2. DA CONCEDENTE:
- a.       Repassar, mensalmente à INSTITUIÇÃO, o valor correspondente por aluno matriculado para o custeio e manutenção do atendimento aos alunos atendidos pelo presente Termo de Colaboração;
- b.       Acompanhar e fiscalizar matrículas e frequência dos alunos;
- c.       Analisar e aprovar a prestação de contas da INSTITUIÇÃO, referente ao repasse mensal por aluno;
- d.       Acompanhar, supervisionar e avaliar, periódica e sistematicamente as ações pedagógicas, de saúde, de alimentação e nutrição desenvolvidas pela instituição;
- e.       Propor alterações no Plano de Trabalho quando houver necessidade para melhor adequação dos objetivos a serem alcançados referentes a este instrumento;
- f.       Orientar e acompanhar o processo de inclusão das crianças com deficiên-

- cia nas INSTITUIÇÕES.
- g.       Repassar à INSTITUIÇÃO os todas as parcelas do recurso proveniente do PNAE durante o ano letivo;
- h.       Analisar e aprovar a prestação de contas da Instituição, referente aos recursos do PNAE;
- i.       Fiscalizar a utilização dos recursos, observando o plano de trabalho apresentado pela INSTITUIÇÃO;
- j.       Acompanhar, supervisionar e avaliar, periódica e sistematicamente as ações pedagógicas, de alimentação e nutrição desenvolvidas pela instituição;
- k.       Propor alterações no Plano de Trabalho quando houver necessidade para melhor adequação dos objetivos a serem alcançados referentes a este instrumento;
- l.       Realizar orientação, supervisão e atividades de formação e capacitação, com vista à atualização e aperfeiçoamento dos profissionais da INSTITUIÇÃO;
- m.       Orientar e acompanhar o processo de inclusão das crianças com deficiência nas INSTITUIÇÕES.

5. CLÁUSULA QUINTA– DA PROPOSTA PEDAGÓGICA

- 5.1. Cabe à INSTITUIÇÃO, respeitadas as Diretrizes Curriculares Nacionais e as normas da SME, elaborar e executar sua proposta político-pedagógica.
- 5.2. A elaboração da proposta político-pedagógica deve resultar de processo de participação coletiva, envolvendo dirigentes, coordenadores, educadores, funcionários, famílias e comunidade de acordo com as normas do CME e com os princípios e eixos da Política Municipal de Educação.
- 5.3. A proposta político-pedagógica será acompanhada e avaliada pela SME, durante todo o período de vigência deste Acordo de Cooperação, no sentido de assegurar o respeito aos direitos das crianças à vigência plena da infância e ao desenvolvimento de suas potencialidades.
- 5.4. A INSTITUIÇÃO deverá a partir do acompanhamento realizado encaminhar sua proposta político-pedagógica atualizada, no período de até 12 meses vigência do presente Acordo de Cooperação.

6. CLÁUSULA SEXTA – DAS RELAÇÕES TRABALHISTAS

- 6.1. A INSTITUIÇÃO é a única responsável pelas contratações e dispensas, pelo pagamento de salários, encargos sociais, previdenciários, securitários, taxas, impostos e quaisquer outros que incidam ou venham a incidir sobre seu quadro de pessoal necessário à execução de suas atividades.  
Parágrafo único - a inadimplência da INSTITUIÇÃO, com referência aos encargos estabelecidos nesta cláusula, referentes ao seu quadro de pessoal, em nenhuma hipótese transfere ao MUNICÍPIO a responsabilidade por seu pagamento.

- 6.2- Desde que conste em estatuto que a associação é mantenedora de uma escola fica autorizado a contratação dos funcionários pela escola.

7. CLÁUSULA SÉTIMA - DA VIGÊNCIA

- 7.1. O presente Termo de Colaboração terá vigência de 11 (onze) meses, compreendendo o período de 20 de fevereiro a dezembro de 2025, podendo ser renovado nos termos do art. 55 da Lei nº 13.019/2014, mediante consenso entre as partes.

8. CLÁUSULA OITAVA – DA SUSPENSÃO DOS REPASSES DE RECURSOS

- 8.1. O MUNICÍPIO suspenderá o repasse do recurso do PNAE à INSTITUIÇÃO até o saneamento das irregularidades ocorrentes quando:
- a) Houver descumprimento das normas técnicas específicas estabelecidas pela Resolução nº 26, de 17 de junho de 2013 do Ministério da Educação/Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE;
- b) Se houver comprovada utilização indevida utilização dos gêneros alimentícios e do recurso do PNAE repassados à INSTITUIÇÃO pelo MUNICÍPIO;
- c) Se forem detectados desperdícios e negligência no recebimento, estocagem, manipulação e destinação indevida dos gêneros alimentícios adquiridos e/ou fornecidos à INSTITUIÇÃO pelo MUNICÍPIO;
- d) Não permitir ou dificultar o trabalho da Coordenadoria de Alimentação Escolar;
- e) A INSTITUIÇÃO não se disponibilizar a receber qualificação da Coordenaria de Alimentação Escolar para o monitoramento do correto desenvolvimento das atividades nutricionais.

9. CLÁUSULA NONA - DAS SANÇÕES

9.1. Quando a execução da parceria estiver em desacordo com o plano de trabalho e com as normas da Lei nº 13.019, de 2014, e da legislação específica, a administração pública municipal poderá aplicar à organização da sociedade civil as seguintes sanções:

- I - Advertência;
- II - Suspensão temporária;
- III - Declaração de inidoneidade; e
- IV - Rescisão.

§ 1º É facultada a defesa do interessado no prazo de dez dias, contado da data de abertura de vista dos autos processuais.

§ 2º A sanção de advertência tem caráter preventivo e será aplicada quando verificadas impropriedades praticadas pela organização da sociedade civil no âmbito da parceria que não justifiquem a aplicação de penalidade mais grave.

§ 3º A sanção de suspensão temporária será aplicada nos casos em que forem verificadas irregularidades na celebração, execução ou prestação de contas da parceria e não se justificar a imposição da penalidade mais grave, considerando-se a natureza e a gravidade da infração cometida, as peculiaridades do caso concreto, as circunstâncias agravantes ou atenuantes e os danos que dela provieram para a administração pública municipal.

§ 4º A sanção de suspensão temporária impede a organização da sociedade civil de participar de chamamento público e celebrar parcerias ou contratos com órgãos e entidades da administração pública municipal por prazo não superior a dois anos.

§ 5º A sanção de declaração de inidoneidade impede a organização da sociedade civil de participar de chamamento público e celebrar parcerias ou contratos com órgãos e entidades de todas as esferas de governo, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a autoridade que aplicou a penalidade, que ocorrerá quando a organização da sociedade civil ressarcir a administração pública municipal pelos prejuízos resultantes, e após decorrido o prazo de dois anos da aplicação da sanção de declaração de inidoneidade.

§ 6º A aplicação das sanções de suspensão temporária e de declaração de inidoneidade é de competência exclusiva da Secretaria de Administração – Secretaria Executiva de Licitação, ou órgão equivalente.

9.2. Da decisão administrativa que aplicar as sanções previstas nos incisos I a III do caput do item 9.1. caberá recurso administrativo, no prazo de dez dias, contado da data de ciência da decisão.

Parágrafo único. No caso da competência exclusiva da Secretaria de Administração – Secretaria Executiva de Licitação, ou órgão equivalente prevista no § 6º do item 9.1., o recurso cabível é o pedido de reconsideração.

9.3. Na hipótese de aplicação de sanção de suspensão temporária ou de declaração de inidoneidade, a organização da sociedade civil deverá ser inscrita, cumulativamente, como inadimplente no sistema de licitação municipal, enquanto perdurarem os efeitos da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

9.4. Prescrevem no prazo de cinco anos as ações punitivas da administração pública municipal destinadas a aplicar as sanções previstas neste Termo, contado da data de apresentação da prestação de contas ou do fim do prazo de noventa dias a partir do término da vigência da parceria, no caso de omissão no dever de prestar contas.

Parágrafo único. A prescrição será interrompida com a edição de ato administrativo destinado à apuração da infração.

9.5. Operar-se-á a rescisão do presente Termo de Colaboração a qualquer tempo por descumprimento de quaisquer de suas Cláusulas e pela utilização indevida dos recursos repassados.

§ 1º Quando da denúncia, rescisão ou extinção do convênio, os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, serão devolvidos ao Município, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias do evento por meio de Documento Único de Arrecadação Municipal - DUAM, sob pena da imediata instauração de tomada de conta especial do responsável, providenciada pelo órgão competente do Município.

§ 2º O MUNICÍPIO encaminhará ao Ministério Público denúncia contra a INSTITUIÇÃO que aplicar a subvenção em fins diversos ou praticar qualquer ato ilegal, ilegítimo ou antieconômico do previsto neste Termo de Colaboração e à Procuradoria Geral do Município para a cobrança judicial, visando o ressarcimento aos cofres públicos dos recursos gastos irregulares.

10. CLÁUSULA DÉCIMA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

10.1. As despesas por ventura existente e decorrente da execução do presente Termo de Colaboração correrão por conta da seguinte dotação orçamentária:

fonte 101 – TESOURO MUNICIPAL.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

| PREVISÃO DE REPASSE 2025 |               |               |               |               |               |
|--------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| JAN                      | FEV           | MAR           | ABR           | MAIO          | JUNHO         |
| R\$ 68.000,00            | R\$ 68.000,00 | R\$ 68.000,00 | R\$ 68.000,00 | R\$ 68.000,00 | R\$ 68.000,00 |
| JUL                      | AGO           | SET           | OUT           | NOV           | DEZ           |
| R\$ 68.000,00            | R\$ 68.000,00 | R\$ 68.000,00 | R\$ 68.000,00 | R\$ 68.000,00 | R\$ 68.000,00 |

11.1. A prestação de serviços educacionais atenderá 160 (cento e sessenta) crianças, sendo 80 (oitenta) na modalidade integral, com valor unitário de R\$ 500,00 (quinhentos reais), e 80 (oitenta) na modalidade parcial, com valor unitário de R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais). A distribuição será realizada de acordo com a necessidade do município, permitindo ajustes nos agrupamentos atendidos conforme a demanda.

11.2. O valor anual estimado será de R\$ 748.000,00 (setecentos e quarenta e oito mil reais) para 160 (cento e sessenta) crianças.

12. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO GERENCIAMENTO DO ACORDO DE COLABORAÇÃO

12.1. Compete a SME, coordenar e fiscalizar as obrigações decorrentes deste Acordo de Cooperação, por meio do gestor do Termo de Colaboração o Sr. Edimael Alves de Oliveira Marinho, Matrícula: 47243, CPF: 009.130.921-26.

12.2. Compete à Coordenadoria de Alimentação Escolar, coordenar e fiscalizar as obrigações decorrentes do repasse à INSTITUIÇÃO da verba do PNAE.

12.3. Compete a Comissão de Monitoramento e Avaliação fiscalizar e avaliar a prestação de contas.

13. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DOS CASOS OMISSOS

13.1. Os casos omissos que porventura surgirem na execução do presente Termo de Colaboração, serão solucionados de comum acordo entre as partes.

14. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DO FORO

14.1. Fica eleito o foro da comarca de Aparecida de Goiânia, Estado de Goiás, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas da execução deste Termo de Colaboração.

Aparecida de Goiânia, 02 de abril de 2025.

PELA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL:

**NÚBIA GOMES DE BRITO FARIAS**  
Secretária Municipal de Educação.

PELA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL:

ASSOCIAÇÃO DE ENSINO OS PEQUENINOS  
Representante

Testemunhas:

1ª \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_.

2ª \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_.

CONTRATO Nº 138/2025.

CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIANIA, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E A CÂMARA DE DIRIGENTES LOJISTAS DE GOIÂNIA – CDL, NA FORMA QUE SEGUE:

DAS PARTES

CONTRATANTE: O MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA por intermédio da SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA, com sede em Aparecida de Goiânia, Estado de Goiás, sito à Avenida Gervásio Pinheiro, APM, Residencial Solar Central Park, CEP 74.968-500, doravante designado simplesmente CONTRATANTE, neste ato representado pelo Secretário, Sr. CARLOS EDUARDO DE PAULA RODRIGUES, inscrito sob a matrícula de nº 48429.

CONTRATADA: CÂMARA DE DIRIGENTES LOJISTAS DE GOIÂNIA – CDL, pessoa jurídica de direito privado, sediada na Rua 8 nº 624, Setor Oeste, CEP 74.115-100, Goiânia, Goiás, neste ato representada, na forma de seu Estatuto Social, pelo seu Presidente, Sr. GEOVAR PEREIRA, denominado apenas CONTRATADO.

FUNDAMENTO E VINCULAÇÃO: Este contrato decorre do procedimento administrativo de Inexigibilidade de Licitação com fulcro no art. 74, inciso I, da Lei nº 14.133/2021 e suas alterações e demais legislações pertinentes, tudo constante do processo administrativo nº 2025.012.530, do que faz parte o presente instrumento contratual.

1. CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO DO CONTRATO

1.1 Contratação de empresa especializada na prestação de serviços e soluções desenvolvidos para aprimorar a gestão de informações necessárias em diversos processos desde o dimensionamento do potencial do contribuinte e o relacionamento com a Prefeitura de Aparecida de Goiânia, para auxiliar a Administração Tributária na gestão de crédito e sua cobrança, no controle de inadimplência e geração de novas formas de recuperação de crédito, bem como serviços de certificação digital e capacitação profissional ao CONTRATANTE, conforme condições e especificações estabelecidas neste instrumento contratual, no Termo de Referência e na Proposta da CONTRATADA.

2. CLÁUSULA SEGUNDA: DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

2.1 São obrigações do CONTRATANTE:

2.1.1 Acompanhar e fiscalizar a execução do contrato por intermédio de servidores especialmente designados conforme determina o artigo 117, da Lei 14.133/2021.

2.1.2 Os representantes da administração acima mencionados anotarão em registro próprio todas as ocorrências relacionada à execução do contrato, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados, nos termos do artigo 117, parágrafo 1º, da Lei 14.133/2021.

2.1.3 As decisões que ultrapassarem a competência do representante serão encaminhadas ao gestor da pasta para as devidas providências, conforme dispõe o artigo 117, § 2º da Lei 14.133/2021.

2.1.4 Verificar e fiscalizar as condições técnicas da CONTRATADA, visando estabelecer controle de qualidade dos produtos a serem fornecidos.

2.1.5 Efetuar o pagamento à CONTRATADA no valor e época estabelecidos na Cláusula Terceira.

2.2 São obrigações do CONTRATADO:

2.2.1 Não transferir a outrem ou subcontratar, no todo ou em parte, o presente Contrato.

2.2.2 Executar fielmente o contrato avençado, de acordo com as condições previstas neste instrumento e Termo de Referência, e, ainda, as normas vigentes, respondendo pelas consequências de sua inexecução total ou parcial ou atraso injustificado.

2.2.3 Manter preposto, aceito pela CONTRATANTE, para representa-lo na execução do contrato.

2.2.4 Responder pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros, em razão de ação ou omissão, decorrentes de culpa ou dolo na execução do contrato, sua ou de seus prepostos, independentemente de outras cominações contratuais ou legais, a que estiver sujeita, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou acompanhamento realizado pela CONTRATANTE.

2.2.5 Responsabilizar-se pelos salários, transportes, encargos sociais, fiscais, trabalhistas, previdenciários, comerciais e de ordem de classe, indenizações e quais-

quer outras que forem devidas no desempenho do objeto do contrato, ficando o CONTRATANTE isento de qualquer vínculo empregatício com os mesmos.

2.2.6 Manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas disposto no art. 92, XVI, da Lei 14.133/2021.

2.2.7 Prestar esclarecimentos que lhe forem solicitados, atendendo prontamente às eventuais reclamações/notificações relacionadas com o objeto fornecido.

2.2.8 Reparar, corrigir, remover, reconstituir ou substituir, às suas expensas, no todo ou em parte, o objeto do contrato em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou de materiais empregados.

2.3 São deveres do CONTRATADO, cuja inobservância constitui infração passível de aplicação da sanção administrativa de advertência por escrito:

2.3.1 Prestar serviço adequado, na forma prevista no termo de referência e contrato, e demais legislações aplicáveis ao objeto, e em consonância com os preceitos éticos de correção profissional e moralidade administrativa.

2.3.2 Dar pronto atendimento às requisições administrativas e judiciais, observando os respectivos prazos para cumprimento.

2.3.3 Observar e manter sigilo e segurança sobre as informações recebidas e processadas, preservando a inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da honra e da imagem das pessoas, assim como de quaisquer outros dados cuja publicidade seja restringida pela legislação vigente.

2.3.4 Responder consultas e atender convocações por parte da Secretaria da Fazenda a respeito das matérias que envolvam o objeto do contrato;

2.4 São deveres da CONTRATADA, cuja inobservância constitui infração passível de aplicação da sanção administrativa de suspensão das atividades por 30 (trinta) dias corridos na primeira ocorrência, 60 (sessenta) dias corridos na segunda e 90 (noventa) dias corridos na terceira:

2.4.1 Efetuar o repasse integral e à vista ao Município dos valores dos tributos recebidos.

2.4.2 Manter atualizada toda a documentação da empresa e disponível para fiscalização.

2.4.3 Cumprir as disposições e normas relativas aos prazos e procedimentos pertinentes à atividade objeto do contrato.

2.4.4 Comunicar previamente qualquer alteração, modificação ou introdução técnica capaz de interferir na execução da atividade credenciada;

2.4.5 Comunicar a Secretaria da Fazenda, tão logo constatada irregularidade na realização dos serviços, por funcionário cadastrado em sua empresa.

2.4.6 Comunicar em até 30 (trinta) dias alterações societárias, encaminhando a documentação necessária à Secretaria da Fazenda.

2.4.7 Abster-se de delegar, terceirizar ou subcontratar de qualquer forma a atividade objeto-fim.

2.4.8 Fiscalizar diligentemente a atividade de seus funcionários.

2.4.9 Manter a solução sistêmica destinada à prestação da atividade credenciada nas condições certificadas no início da prestação dos serviços, salvo no caso de adaptação da solução a posteriores regulamentações de ordem técnica por parte da Secretaria da Fazenda.

2.4.10 Comunicar, por escrito, quando verificar condições inadequadas ou a iminência de fatos que possam prejudicar a perfeita prestação dos serviços.

2.4.11 Executar de forma regular e adequada, e ininterruptamente, os serviços contratados.

2.4.12 Emitir documento fiscal de forma correta.

2.4.13 Utilizar equipamento indispensável e de forma adequada à realização do objeto.

2.5 São deveres da CONTRATADA, cuja inobservância constitui infração passível de aplicação da sanção administrativa de rescisão:

2.5.1 Não praticar e/ou permitir que seus empregados e/ou prestadores de serviços pratiquem atos de improbidade contra a fé pública, contra o patrimônio ou contra a Administração Pública ou Privada, previstos na Lei Federal n.8.429/92.

2.5.2 Responsabilizar-se por todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e tributários resultantes da execução dos serviços decorrentes do contrato.

2.5.3 Executar regularmente o serviço, salvo no caso de interrupção justificada e previamente autorizada pela Secretaria da Fazenda;

2.5.4 Não recusar, injustificadamente, a prestação de serviços ao usuário;

2.5.5 Manter, durante a vigência do contrato, as mesmas condições de habilitação.

2.5.6 A reincidência de infração punida com aplicação de suspensão das atividades por 90 (noventa) dias corridos, inclusive a terceira reincidência no atraso do repasse dos valores dos recebidos ou o não repasse implicará na rescisão.

3. CLÁUSULA TERCEIRA – DO PREÇO E DA FORMA DE PAGAMENTO

3.1 DO PREÇO: A CONTRATANTE pagará à COTNRATADA o valor correspondente aos produtos, sendo que o valor total do contrato e de R\$ 610.566,80 (seiscentos e dez mil quinhentos e sessenta e seis reais e oitenta centavos).

3.1.1 Nos preços estipulados estão incluídos todos os custos decorrentes da execução do contrato, tais como: mão-de-obra, salário e encargos sociais, fiscais, previdenciários, de segurança do trabalho e trabalhadores, fretes, seguros, impostos e taxas, contribuições e alvarás, ou quaisquer outros custos incidentes diretos ou indiretos, mesmo não especificados e que sejam necessários à consecução deste, inclusive benefícios, taxa de administração e lucro.

3.2 DA FORMA DE PAGAMENTO: Os pagamentos serão efetuados em até 30 (trinta) dias, respeitada a ordem cronológica de pagamentos por fonte de recursos, de acordo com o disposto na Lei nº 14.133/21 e suas alterações posteriores, contados da data do recebimento da Nota Fiscal/Fatura.

3.2.1 Caso a CONTRATADA não protocolize seu pedido de pagamento nos prazos avençados, reserva-se a CONTRATANTE o direito de pagar o valor da Nota Fiscal/Fatura, somente no mês subsequente sem alteração de valor, ou aplicação de qualquer cominação legal.

3.2.2 Para habilitar-se ao pagamento, a contratada deverá apresentar a(s) fatura(s) emitida(s) em moeda corrente, devidamente acompanhada das Certidões de Regularidade para com a Fazenda Federal, Estadual, Municipal, INSS, FGTS, e CNDT, contendo no mínimo os seguintes dados:

3.2.1.1 Data de emissão;

3.2.1.2 Estar endereçada ao Município De Aparecida De Goiânia, com sede em Aparecida de Goiânia, Estado de Goiás, sito à Avenida Gervásio Pinheiro, APM, Residencial Solar Central Park, CEP 74.968-500, inscrito no CNPJ sob o nº 01.005.727/0001-24;

3.2.1.3 Conter o nº do CNPJ informado no contrato;

3.2.1.4 Valor unitário e total;

3.2.1.5 Especificação do objeto fornecido.

3.2.1.5 Nenhum pagamento será efetuado à contratada enquanto pendente de liquidação, qualquer obrigação que lhe for imposta, em virtude de penalidade ou inadimplência, sem que isso gere direito ao pleito de reajustamento de preços ou correção monetária (quando for o caso).

3.2.1.6 A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal, mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais ou à documentação mencionada no art. 68 da Lei nº 14.133/2021.

3.2.1.7 Não havendo regularização ou sendo a defesa considerada improcedente, o contratante deverá comunicar aos órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal quanto à inadimplência do contratado, bem como quanto à existência de pagamento a ser efetuado, para que sejam acionados os meios pertinentes e necessários para garantir o recebimento de seus créditos;

3.2.1.8 Persistindo a irregularidade, o contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada ao contratado a ampla defesa;

3.2.2 Os pagamentos serão realizados por meio de Transferência Eletrônica Disponível – TED, ou Transferência Eletrônica de Valores – TEV, ou PIX de Instituição Bancária contratada para realizar movimentação financeira do Município.

3.2.3 Nenhum pagamento será efetuado à CONTRATADA enquanto pendente de liquidação, qualquer obrigação que lhe for imposta, em virtude de penalidade contratual (multa) em virtude de inadimplência referente a execução do objeto contratual, sem que isso gere direto ao pleito de reajustamento de preços ou correção monetária.

3.3 ATRASO DE PAGAMENTO: Sobre os valores das faturas não quitadas na data de seus respectivos vencimentos, incidirá juros de 0,5% (meio por cento) a.m., pro rata die, desde que solicitado pela CONTRATADA.

4. CLÁUSULA QUARTA – DA FORMA E CRITÉRIOS PARA A MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO ECONÔMICO E FINANCEIRO

4.1. Os preços inicialmente contratados são fixos e irrevogáveis no prazo de um ano contado da data do orçamento estimado, em 14 de fevereiro de 2025.

4.1.1 Após o interregno de um ano, os preços iniciais poderão ser reajustados, mediante a aplicação, pelo Contratante, do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), apurado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após a ocorrência da anualidade;

4.1.2 Nos reajustes subsequentes ao primeiro, o interregno mínimo de um ano será contado a partir dos efeitos financeiros do último reajuste;

4.1.3 No caso de atraso ou não divulgação do índice de reajustamento, o contratante pagará ao contratado a importância calculada pela última variação conhecida, liquidando a diferença correspondente tão logo seja divulgado o índice definitivo; fica o contratado obrigado a apresentar memória de cálculo referente ao reajustamento de preços do valor remanescente, sempre que este ocorrer.

4.1.4 Nas aferições finais, o índice utilizado para o reajuste dos custos decorrentes do mercado será, obrigatoriamente, o definitivo.

4.1.5 Caso o índice estabelecido venha a ser extinto ou de qualquer forma não possa mais ser utilizado, será adotado, em substituição, o que vier a ser determinado pela legislação então em vigor.

4.1.6 Na ausência de previsão legal quanto ao índice substituto, as partes elegerão novo índice oficial, para reajustamento do preço do valor remanescente dos custos decorrentes do mercado, por meio de termo aditivo.

4.1.7 Independentemente do requerimento de reajuste dos custos decorrentes do mercado, o contratante verificará, a cada anualidade, se houve deflação do índice adotado que justifique o recálculo dos custos em valor menor, promovendo, em caso positivo, a redução dos valores correspondentes da planilha contratual.

4.1.8 O pedido de reajuste deverá ser formulado durante a vigência do contrato e antes de eventual prorrogação ou encerramento contratual, sob pena de preclusão.

4.1.9 A extinção do contrato não configurará óbice para o deferimento do reajuste solicitada tempestivamente, hipótese em que será concedida por meio de termo indenizatório.

4.1.10 A reajuste de preços será formalizada pôr termo aditivo.

4.1.11 O contratado deverá complementar a garantia contratual anteriormente prestada, de modo que se mantenha a proporção inicial em relação ao valor contratado.

5. CLÁUSULA QUINTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

5.1 A vigência deste Contrato será de 12 (doze) meses, contados a partir da data de publicação do seu extrato no Diário Oficial do Município.

5.1.1 Para que haja o devido controle do prazo de vigência contratual, deverá ser anexado aos autos cópia da publicação do extrato contratual no Diário Oficial.

5.2 PRORROGAÇÃO: O prazo poderá ser prorrogado nas hipóteses previstas no art. 107 da Lei nº 14.133/2021, respeitada a vigência máxima decenal.

5.2.1 A prorrogação de que trata este item é condicionada ao ateste, pela autoridade competente, de que as condições e os preços permanecem vantajosos para a Administração, permitida a negociação com o contratado, atentando, ainda, para o cumprimento dos seguintes requisitos:

5.2.2 Estar formalmente demonstrado no processo que a forma de prestação dos serviços tem natureza continuada;

5.2.3 Seja juntado relatório que discorra sobre a execução do contrato, com informações de que os serviços tenham sido prestados regularmente;

5.2.4 Seja juntada justificativa e motivo, por escrito, de que a Administração mantém interesse na realização do serviço;

5.2.5 Haja manifestação expressa do contratado informando o interesse na prorrogação;

5.2.6 Seja comprovado que o contratado mantém as condições iniciais de habilitação.

5.2.7 O contratado não tem direito subjetivo à prorrogação contratual.

5.2.8 A prorrogação de contrato deverá ser promovida mediante celebração de termo aditivo.

5.2.9 Nas eventuais prorrogações contratuais, os custos não renováveis já pagos ou amortizados ao longo do primeiro período de vigência da contratação deverão ser reduzidos ou eliminados como condição para a renovação.

6. CLÁUSULA SEXTA – DAS PENALIDADES

6.1. Comete infração administrativa, nos termos da Lei nº 14.133, de 2021, o Contratado que:

- a) Der causa à inexecução parcial do contrato;
- b) Der causa à inexecução parcial do contrato que cause grave dano à Administração ou ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo;
- c) Der causa à inexecução total do contrato;
- d) Ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto da contratação sem motivo justificado;
- e) Fraudar a contratação ou praticar ato fraudulento na execução do contrato;
- f) Comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza;
- g) Praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos da contratação;
- h) Praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013.

1.1. Serão aplicadas ao responsável pelas infrações administrativas acima descritas as seguintes sanções:

1.1.1. Advertência, quando o Contratado der causa à inexecução parcial do contrato, sempre que não se justificar a imposição de penalidade mais grave (art. 156, §2º, da Lei);

1.1.2. Impedimento de licitar e contratar, quando praticadas as condutas descritas nas alíneas b, c, do subitem acima deste Contrato, sempre que não se justificar a imposição de penalidade mais grave (art. 156, §4º, da Lei);

1.1.3. Declaração de inidoneidade para licitar e contratar, quando praticadas as condutas descritas nas alíneas e, f, g e h do subitem acima deste Contrato, bem como nas alíneas b, c, e d, que justifiquem a imposição de penalidade mais grave (art. 156, §5º, da Lei);

1.1.4. Multa:  
1.1.5. 10% (dez por cento) sobre o valor do contrato, em caso de descumprimento total da obrigação;

1.1.6. 0,7% (sete décimos por cento) sobre o valor da parte do serviço não realizado, por cada dia subsequente ao trigésimo.

1.1.7. 0,5% (cinco décimos por cento) ao dia, até o trigésimo dia de atraso, sobre o valor da parte do serviço não realizado;

1.1.8. O atraso superior a 30 (trinta) dias autoriza a Administração a promover a rescisão do contrato por descumprimento ou cumprimento irregular de suas cláusulas, conforme dispõe o inciso I do art. 137 da Lei n. 14.133, de 2021.

1.1.9. As sanções previstas nesta Cláusula poderão ser aplicadas cumulativamente, de acordo com a gravidade do descumprimento, facultada ampla defesa à CONTRATADA, no prazo de 10 (dez) dias úteis, a contar da intimação do ato (art. 156, §7º).

1.1.10. A suspensão de participação em licitação e o impedimento de contratar com a Administração deverão ser graduados pelos seguintes prazos:

I – 6 (seis) meses, nos casos de:

- a) aplicação de duas penas de advertência, no prazo de 12 (doze) meses, sem que o fornecedor tenha adotado as medidas corretivas no prazo determinado pela Administração;
- b) alteração da quantidade ou qualidade da mercadoria fornecida;

II – 12 (doze) meses, no caso de retardamento imotivado da execução de obra, de serviço, de suas parcelas ou do fornecimento de bens;

III – 24 (vinte e quatro) meses, nos casos de;

- a) entregar como verdadeira mercadoria falsificada, adulterada, deteriorada ou danificada;
- b) paralisação de serviço, de obra ou de fornecimento de bens sem justa fundamentação e prévia comunicação à Administração;
- c) praticar ato ilícito visando frustrar os objetivos de licitação no âmbito da administração estadual;
- d) sofrer condenação definitiva por praticar, por meio doloso, fraude fiscal no recolhimento de qualquer tributo.

1.1.11. As penalidades serão obrigatoriamente publicadas no Diário Oficial do Município.

1.1.12. A multa poderá ser descontada dos pagamentos eventualmente devidos, ou ainda, quando for o caso, cobrada judicialmente.

1.2. Pelo descumprimento das demais obrigações assumidas, a licitante estará sujeita ainda às penalidades previstas na Lei n.º 14.133/2021 e demais legislações aplicáveis.

7. CLÁUSULA SÉTIMA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

7.1 A despesa com a execução deste contrato está programada em dotação orçamentária própria, prevista no orçamento para o exercício corrente: 03.0333.04.12 3.3008.2339.100.339039 – Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica

8. CLÁUSULA OITAVA – DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

8.1 O CONTRATADO deverá prestar os serviços contratados conforme solicitação do CONTRATANTE, nos termos prescritos no Termo de Referência, proposta e das seguintes disposições:

8.1.1 O responsável pelo recebimento dos serviços deverá atestar a qualidade e quantidade dos serviços, mediante recibo (§ 1º do art. 73 da Lei 14.133/2021).

8.2 O CONTRATADO deverá efetuar a prestação de serviços conforme a proposta apresentada no Termo de Referência.

9. CLÁUSULA NONA – DA RESCISÃO

9.1 A inexecução total ou parcial deste Contrato enseja sua rescisão, com as consequências contratuais, inclusive o reconhecimento dos direitos da Administração.

9.2 A rescisão poderá ser:

9.2.1 Determinada por ato unilateral e escrito da Administração, nos casos enumerados na Lei 14.133/2021;

9.2.2 Amigável, por acordo entre as partes, reduzida a termo no processo da licitação, desde que haja conveniência para a Administração;

9.2.3 Judicial, nos termos da legislação.

9.3 Os casos de rescisão serão formalmente motivados nos autos do processo, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

9.4 A rescisão administrativa ou amigável deverá ser precedida de autorização escrita e fundamentada da autoridade competente.

10. CLÁUSULA DÉCIMA – DA PUBLICAÇÃO

10.1 Conforme art. 54 § 1º da Lei 14.133/2021, caberá ao CONTRATANTE providenciar, a sua conta, a publicação deste instrumento e dos seus eventuais aditamentos no Portal Nacional de Contratações Públicas – PNCP, além da divulgação em seu sítio eletrônico oficial, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, a contar da assinatura do contrato, como condição de eficácia do negócio jurídico, nos termos do que prevê o art. 94, inciso II da Lei nº 14.133/2021.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA APRECIACÃO DA SECRETARIA DE TRANSPARÊNCIA, FISCALIZAÇÃO E CONTROLE E O CADASTRO NO TCM

11.1 o presente instrumento será objeto de apreciação pela Secretaria de Transparência, Fiscalização e Controle e cadastrado no sítio eletrônico do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás – TCM, em até 3 (três) dias úteis a contar da publicação oficial, com o respectivo ‘upload’ do arquivo correspondente, de acordo com o artigo 3º da Instrução normativa nº 12/2018 do TCM, não se responsabilizando o CONTRATANTE, se aquela Corte de Contas, por qualquer motivo, denegar-lhe aprovação.

12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS ALTERAÇÕES

12.1 Eventuais alterações contratuais reger-se-ão pela disciplina dos arts. 124 e seguintes da Lei nº 14.133, de 2021.

12.2 O contratado é obrigado a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato.

12.3 As alterações contratuais deverão ser promovidas mediante celebração de termo aditivo, submetido à prévia aprovação da Procuradoria Geral do Município, salvo nos casos de justificada necessidade de antecipação de seus efeitos, hipótese em que a formalização do aditivo deverá ocorrer no prazo máximo de 1 (um) mês (art. 132 da Lei nº 14.133, de 2021).

12.4 Registros que não caracterizam alteração do contrato podem ser realizados por simples apostila, dispensada a celebração de termo aditivo, na forma do

art. 136 da Lei nº 14.133, de 2021.

13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DOS CASOS OMISSOS E DA VIN-  
CULAÇÃO

13.1 A execução do presente Contrato, bem como os casos omissos, regular-se-ão  
PELA LEI Nº 14.133/2021.

13.2 Consideram-se integrantes do presente instrumento contratual o ato que  
autorizou a contratação, a proposta e o termo de referência, independentemente  
de transcrição.

14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO FORO

13.1 Em atenção ao art. 109 inc. I da Constituição Federal de 1988, as PARTES  
elegem o foro do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás – Comarca de Aparecida  
de Goiânia, como competente para dirimir as quaisquer desavenças ou questões  
oriundas do contrato.

E, por estarem assim justos e acordados, as partes assinam o presente instrumen-  
to, para um só efeito legal, na presença das testemunhas abaixo.

Aparecida de Goiânia (GO), \_\_\_\_ de abril de 2025.

Pelo CONTRATANTE

**CARLOS EDUARDO DE PAULA RODRIGUES**  
Secretário Municipal de Fazenda

Pelo CONTRATADO

**GEOVAR PEREIRA**  
Presidente da CDL de Goiânia

**TERMO DE ADITAMENTO Nº141/2025**

3º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº622/2022 - SEL CELEBRADO EN-  
TRE O MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA POR INTERMÉDIO DA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E A EMPRESA ACTIONLA-  
SER ENGENHARIA, CONSULTORIA E INFORMATICA EIRELI.

DAS PARTES:

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA, pessoa jurídi-  
ca de direito público interno, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 01.005.727/0001-24,  
sediado na Rua Gervásio Pinheiro, Área Pública II, s/nº, Setor Solar Central Park,  
CEP: 74.968-500 CEP: 74.968-500 por intermédio do SECRETARIA MUNICI-  
PAL DE EDUCAÇÃO, neste ato representada pelo Secretária Municipal SRA.  
NUBIA GOMES DE BRITO FARIAS, inscrita no CPF/MF sob o nº849.\*\*\*.\*\*\*-  
\*\*.

CONTRATADA: ACTIONLASER ENGENHARIA, CONSULTORIA E IN-  
FORMATICA EIRELI, pessoa jurídica de direito privado, sediada na Avenida De-  
putado Jamel Cecílio, nº 2929, quadra B27, lote área, Torre A, Sala 1808, CXPST  
01, Edifício Brookfield Towers, Jardim Goiás, Goiânia – GO, CEP:74.810-010,  
inscrita no CNPJ/MF, sob nº 00.083.334/0001-76, neste ato representada pelo Sr.  
FRANCISCO DO COUTO DAFICO, inscrito no CPF/MF nº 315.\*\*\*.\*\*\*-\*\*.

OBJETO DO CONTRATO: Constitui objeto do presente instrumento contratual  
é a prestação de serviços continuados de manutenção preventiva e corretiva das  
instalações, sistemas, equipamentos e aparelhos de ares-condicionados do tipo  
Split, Piso-Teto e Cortina de Ar e com fornecimento de mão de obra especializada  
com aplicação de PMOC (Plano de Manutenção Operação e Controle).

OBJETO DO TERMO ADITIVO: Prorrogação do prazo por um período de 12  
(doze) meses e reajuste de valor ao Contrato nº622/2022 – SEL.

FUNDAMENTAÇÃO: O presente Termo Aditivo é fundamentado nos artigos  
57, II, § 2º da Lei nº 8.666/93 C/C art. Art. 40, inc. XI art.55, inc. III e art. 1º 2º  
e 3º da Lei nº 10.192, de 2001 e no art. 4º, § 3º, § 4º e III, da Instrução Norma-  
tiva 010/2015 do TCM-GO, tudo em conformidade com os dados constantes no  
Processo Administrativo 2025.020.873, do qual faz parte o presente instrumento  
contratual.

JUSTIFICATIVA: Tal requerimento encontra-se justificado nos termos apresen-  
tados no documento acostados às fls.03/04 dos autos, da lavra da Secretária Mu-  
nicipal de Educação, Sra. Nubia Gomes de Brito Farias, os quais transcreverem

na integra:

JUSTIFICATIVA

“ Solicitação de Termo aditivo de prazo e valor para empresa ACTIONLASER  
ENGENHARIA, CONSULTORIA E INFORMÁTICA EIRELI-EPP, O Contrato  
nº 622/2022 tem como objeto a contratação de empresa especializada para reali-  
zação de serviços de manutenção em ar condicionado na Secretaria de Educação  
e unidades escolares da rede municipal de ensino, conforme condições e especi-  
ficações estabelecidas no Edital e seus Anexos e possui validade até 27/04/2025.

Apresentamos assim as seguintes razões que nos levam a entender viável e justi-  
ficada a prorrogação da vigência e valor do supracitado contrato:

a) Tal serviço é indispensável ao bom funcionamento dos prédios vinculados a  
esta Secretaria, posto que o sistema de ventilação e climatização ofereça aos usu-  
ários condições ambientais adequadas ao melhor exercício das funções de cada  
servidor no seu ambiente de trabalho, assim como para os alunos. Sem uma cli-  
matização adequada, a saúde dos usuários, funcionários e alunos será atingida de  
forma danosa, a conservação e operação dos equipamentos eletrônicos sensíveis  
serão afetadas, logo a atividade fim fica bastante prejudicada.

b) Para tanto, a conservação e manutenção de toda a aparelhagem do sistema de  
ventilação e climatização deve ser feita preventiva e corretivamente, sem inter-  
rupção, para preservar e conservar os equipamentos e instalações. Este patrimônio  
merece cuidados especiais pela sua complexidade, valor e importância funcional  
como se pode comprovar pelo que se encontra discriminado neste termo.

c) Permite a continuidade sem prejuízo na execução dos serviços, pois não impli-  
ca em mudanças contratuais;

d) Os serviços vêm sendo prestados de modo regular e tem produzido os efeitos  
desejados.  
e) O Art. 57, § II, da Lei 8.666/93, prevê que os contratos de prestação de serviços  
contínuos, como é o caso, podem ser.

Desta forma, para continuar atendendo às necessidades da Rede Municipal de  
Educação com o serviço citado, solicitamos aditivo de valor e prazo equivalentes  
a 12 (doze) meses, e reajuste conforme índice contratual. ”

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DAS ALTERAÇÕES

1.1- Fica alterada a Cláusula Terceira, subitem 3.1 do Contrato nº 622/2022 -  
SEL, prorrogando seu prazo de vigência por mais 12 (doze) meses, ou seja, do dia  
27 de abril de 2025 a 27 de abril de 2026.

1.2. Fica alterada a Cláusula Quarta, subitem 4.1 do Contrato nº 622/2022 - SEL,  
passando o valor global do contrato de R\$14.094.990,84 (quatorze milhões, no-  
venta e quatro mil, novecentos e noventa reais e oitenta e quatro centavos) para  
R\$19.240.956,60 (dezenove milhões, duzentos e quarenta mil, novecentos e cin-  
quenta e seis reais e sessenta centavos).

1.3. O valor mensal do novo termo aditivo corresponde à R\$428.830,48 (qua-  
trocentos e vinte e oito mil, oitocentos e trinta reais e quarenta e oito centavos),  
e o valor anual e de R\$5.145.965,76 (cinco milhões, cento e quarenta e cinco  
mil, novecentos e sessenta e cinco reais e setenta e seis centavos), tendo em vis-  
ta a aplicação do índice do reajuste de 4,84% pelo INPC, para o período de 12  
(doze) meses. Conforme planilha de cálculo realizada pela Secretaria Municipal  
de Transparência, Fiscalização e Controle – Departamento de Controle e Gestão,  
transcrita abaixo:

TABELA DE CÁLCULO

| Referência                     | Valor mensal  | Índice de atualiza-<br>ção (INPC) | Novo valor men-<br>sal com reajuste |
|--------------------------------|---------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 2º Termo Aditivo<br>nº321/2024 | R\$409.033,27 | 4,84%                             | R\$428.830,48                       |

\* Por se tratar de índice de reajuste os valores são aproximados em função do  
arredondamento.

QUADRO DE CÁLCULO DO VALOR GLOBAL DO CONTRATO

| Referência                              | Objeto                                       | Valor mensal  | Valor anual     | Valor Global     |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------|---------------|-----------------|------------------|
| C o n t r a t o<br>nº622/2022 -<br>SEL  | -                                            | R\$371.680,00 | R\$4.460.160,00 | R\$4.460.160,00  |
| 1º Termo<br>A d i t i v o<br>nº130/2023 | Prorrogação de<br>prazo e valor/<br>reajuste | R\$393.869,30 | R\$4.726.431,60 | R\$9.186.591,60  |
| 2º Termo<br>A d i t i v o<br>nº321/2024 | Prorrogação de<br>prazo e valor/<br>reajuste | R\$409.033,27 | R\$4.908.399,24 | R\$14.094.990,84 |

|                    |                                        |               |                 |                  |
|--------------------|----------------------------------------|---------------|-----------------|------------------|
| NOVO TERMO ADITIVO | Prorrogação de prazo e valor/ reajuste | R\$428.830,48 | R\$5.145.965,76 | R\$19.240.956,60 |
|--------------------|----------------------------------------|---------------|-----------------|------------------|

2. CLÁUSULA TERCEIRA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

2.1. Ficam mantidas e incorporadas a este Termo as demais Cláusulas e condições contidas no referido contrato e demais termos aditivos.

2.2. Por estarem em acordo, os partícipes firmam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 2 (duas) testemunhas.

Aparecida de Goiânia-Goiás, 14 de abril de 2025.

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  
Contratante

ACTIONLASER ENGENHARIA, CONSULTORIA E INFORMATICA EIRELI  
Contratada

TESTEMUNHAS:  
1 \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**TERMO DE ADITAMENTO Nº 143/2025.**

3º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 920/2023 CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SEGURANÇA PÚBLICA E A EMPRESA JVS PARTICIPAÇÕES LTDA, NA FORMA QUE SEGUE:

DAS PARTES:

CONTRATANTE: MUNICIPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA, pessoa jurídica de direito público interno, sediado na Rua Gervásio Pinheiro, Área Pública II, s/nº, Setor Solar Central Park, CEP: 74.968-500 por intermédio da SECRETARIA MUNICIPAL DE SEGURANÇA PÚBLICA, neste ato representado pelo Secretário Municipal Sr. MARCO AURÉLIO GODINHO, inscrito sob a matrícula nº 48276.

CONTRATADA: JVS PARTICIPAÇÕES LTDA., pessoa jurídica de direito privado, com sede na rua Rua S-1, nº 260, QD. 146, Lote 24E, Sala 01, Setor Bueno, Goiânia-GO, CEP: 74.230-230, neste ato representado pelo Sr. RODRIGO DE FREITAS SALES.

OBJETO DO CONTRATO: O presente contrato tem como objeto a contratação de empresa para locação de 25 (vinte e cinco) veículos automotores, já incluso manutenção preventiva e corretiva e seguro, adaptados, tipo viatura, para guarda civil municipal (GCM).

OBJETO DO TERMO ADITIVO: Prorrogação de prazo, reajuste de valor e a rerratificação da cláusula de vigência do contrato nº 920/2023-SEL.

FUNDAMENTO: O presente Termo de Aditivo tem por fundamento o Art. 57, inciso IV e § 2º da Lei 8.666/93, bem como o art. 2º da Lei nº 10.192/2001, tudo em conformidade com os dados constantes no Processo Administrativo nº 2025.018.965.

JUSTIFICATIVA: A solicitação do referido aditivo, encontra-se acostada às fls. 03/04, autoria da Sra. Livia Cristina Ferreira dos Santos, gestora do contrato:

“JUSTIFICATIVA PARA RENOVAÇÃO CONTRATUAL  
A Secretaria Municipal de Segurança Pública, no desempenho de suas atribuições que lhe são conferidas, para garantir o funcionamento das atividades operacionais e afins, necessita da prestação de serviços essenciais que é a locação de veículos adaptados (viatura), e para tanto contratou os serviços da empresa JVS Participações LTDA, inscrito no CNPJ nº 28.028.063/0001-75, através do processo licitatório na modalidade Pregão Presencial nº. 015/2023.  
Assim, apresentamos a seguir as razões que nos levam a entender e justificar a prorrogação da vigência do supracitado contrato:  
a) A locação de veículos é uma alternativa viável e econômica para suprir essa necessidade sem a necessidade de aquisição de uma frota própria;  
b) Permite que possamos escolher o tipo e a quantidade de veículos de acordo com a necessidade de cada ocasião. Podemos contratar veículos de diferentes categorias, como sedans, minivans ou utilitários, com as características específicas requeridas para cada operacionalidade.  
c) Custos operacionais reduzidos: Ao optar pela locação de veículos, evitamos os altos custos relacionados à aquisição, manutenção, seguro e impostos de uma

frota própria. Além disso, não precisamos arcar com desvalorização dos veículos ao longo do tempo, a empresa contratada para a locação de veículos é responsável por manter a frota em perfeito estado de funcionamento. Isso inclui serviços de manutenção preventiva e corretiva, lavagens semanais no lava jato, além de assistência técnica caso ocorra algum imprevisto durante o período de locação.  
d) A continuidade na prestação dos serviços já contratados minimizaria custo, vez que nossos servidores já estão familiarizados com a forma de trabalho da contratada, evitando inadequações que poderiam nos gerar custos;  
e) Permite a continuidade sem tumulto dos serviços, porque não implica em mudanças estruturais;  
f) Os serviços vêm sendo prestados de modo regular e tem produzido os efeitos desejados, tendo em vista que os profissionais são habilitados e tem vasta experiência na área;  
g) Manifestou oficialmente interesse na continuidade do contrato.  
Pelo exposto acima, propomos que seja prorrogado o contrato em questão por mais vinte meses, mediante reajuste de preços conforme anexado aos autos.  
Tendo em vista que nesse período que esteve conosco a empresa atendeu as suas obrigações e não foi notificada por apresentar quaisquer irregularidades nos seus serviços. Como também não há nenhuma reclamação que é nosso conhecimento contra servidores da mesma.

Isto posto a empresa mantém-se qualificada e atende à demanda de serviços. Portanto, considerando esses pontos, a renovação do contrato de locação de veículos é a opção mais adequada para atender as necessidades de transporte desta secretaria.”

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DA RERRATIFICAÇÃO

1.1 - Conforme Parecer Jurídico nº 835/2025-PGM, é imperioso que, antes da celebração do termo aditivo, seja procedida a retificação da cláusula vigência do contrato nº 920/2023-SEL, a fim de sanar a omissão do regime jurídico de prorrogação aplicável ao objeto contratado. A solicitação de retificação é fundamentada na necessidade de corrigir a lacuna pode gerar dúvidas quanto à correta aplicação dos dispositivos legais pertinentes, especialmente no momento da formalização de eventual prorrogação contratual. Diante do exposto:

ONDE SE LÊ:

~~O CONTRATO terá vigência 20 (vinte) meses, contados do recebimento da ordem de serviço pela contratada, podendo ser prorrogado nos termos da Lei nº 8.666/93 – Lei de Licitações e posteriores alterações.~~

PASSA-SE A LER:

O CONTRATO terá vigência 20 (vinte) meses, contados do recebimento da ordem de serviço pela contratada, podendo ser prorrogado por até 48 (quarenta e oito) meses, conforme artigo 57, inciso IV da Lei nº 8.666/93.

2. CLÁUSULA SEGUNDA – DAS ALTERAÇÕES PARA PRORROGAÇÃO DE PRAZO E REAJUSTE DE VALOR

2.1 - Fica alterada a Cláusula Terceira, item 3.1 do Contrato nº 920/2023-SEL, estendendo seu prazo de vigência por mais 20 (vinte) meses, ou seja, de 07 de abril de 2025 a 28 de novembro de 2026.

2.2 - Fica alterada a Cláusula Quarta, item 4.1 do Contrato nº 920/2023-SEL, passando o valor global do mesmo de R\$ 3.267.657,72 (três milhões, duzentos e sessenta e sete mil, seiscentos e cinquenta e sete reais e setenta e dois centavos), para R\$ 5.816.430,74 (cinco milhões, oitocentos e dezesseis mil, quatrocentos e trinta reais e setenta e quatro centavos), conforme ratificado no Despacho 123/2025-SEGOV:

“Trata-se de solicitação de prorrogação de prazo e reajuste de valor do Contrato no 920/2023, celebrado com a empresa JVS Participações Ltda., cujo objeto é a locação de 25 veículos automotores adaptados (viaturas), incluindo manutenção preventiva.

Considerando o reajuste de preços apresentado pela contratada e a necessidade de continuidade dos serviços prestados, propõe-se:

- Prorrogação da vigência contratual por mais 20 (vinte) meses;
- Reajuste dos valores, conforme detalhado:
- Valor atual do contrato: R\$ 3.267.657,72;
- Valor reajustado para 12 meses: R\$ 5.816.430,74.

Diante do exposto e observadas as disposições legais pertinentes, AUTORIZO a formalização do termo aditivo, com a devida tramitação administrativa para publicação e demais providências cabíveis.”

2.3 – Ressalta-se, que as futuras prorrogações devem observar os limites máximos de duração contratual previstos na legislação, os quais, no presente caso, estipulam o prazo total de até 48 (quarenta e oito) meses contados do início da vigência contratual. Nesse contexto, destaca-se que eventual prorrogação futura deverá observar o saldo restante de vigência permitido, qual seja, 08 (oito) meses.

a fim de assegurar o cumprimento dos limites legais e das condições orçamentárias vigentes.

3. CLÁUSULA TERCEIRA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

3.1 – Ficam mantidas e incorporadas a este Termo as demais Cláusulas e condições contidas no referido contrato e demais termos aditivos.

3.2 – Por estarem em acordo, os partícipes firmam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 2 (duas) testemunhas.

Aparecida de Goiânia-Goiás, 07 de abril de 2025.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SEGURANÇA PÚBLICA  
CONTRATANTE

JVS PARTICIPAÇÕES LTDA  
CONTRATADA

Testemunhas:  
1 \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

TERMO DE ADITAMENTO Nº 872/2024

2º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 1.262/2023 - SEL CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA POR INTERMEDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA E A EMPRESA COSTA BRAVA PROJETOS E CONSTRUÇÕES LTDA, NA FORMA QUE SEGUE:

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE APARECIDA DE GOIÂNIA, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 01.005.727/0001-24, sediado na Rua Gervásio Pinheiro, Área Pública II, s/nº, Setor Solar Central Park, CEP: 74.968-500 CEP: 74.968-500 por intermédio da SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA E OBRAS, neste ato representado pelo Secretário Municipal Sr. MÁRIO JOSÉ VILELA, brasileiro, portador da CI-RG nº 149912 SSP/GO e inscrito no CPF/MF sob o nº 069.\*\*\*.\*\*\*-\*\*.

CONTRATADA: COSTA BRAVA PROJETOS E CONSTRUÇÕES LTDA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 37.843.570/0001-53, sediada na Av. Tamoios, s/nº quadra 12, lote 13-E, Jardim Eldorado, Aparecida de Goiânia - GO, CEP: 74.993-160, neste ato representado pelo Sr. JOSÉ LUIZ CELESTINO DE OLIVEIRA, brasileiro, portador da CI-RG nº 3736315 DGPC-GO e inscrito no CPF/MF sob o nº 023.\*\*\*.\*\*\*-\*\*.

OBJETO DO CONTRATO: Constitui objeto do presente contrato a contratação de empresa especializada para execução do programa de reestruturação viária na Bacia do Ribeirão Santo Antônio II – CAF/PMAP.

OBJETO DO TERMO ADITIVO: Prorrogação do prazo de vigência e do cronograma de execução do contrato nº 1.262/2023-SEL.

FUNDAMENTO: O presente Termo Aditivo tem por fundamento a os art. 57, §1º, I e §2º da Lei nº 8.666/93 tudo em conformidade com os dados constantes no Processo Administrativo nº 2024468867.

JUSTIFICATIVA: Tal requerimento encontra-se justificado por meio do documento anexo às fls. 02 dos autos, de autoria Secretário de Infraestrutura do município de Aparecida de Goiânia, vejamos: ‘Senhor Procurador, Sirvo-me do presente para solicitar à Vossa Senhoria instauração de procedimento administrativo visando a Prorrogação de Prazo de Execução por mais 05 (Cinco) meses e Vigência por mais 12 (dose) mês do Contrato nº 1262/2023-SEL, cujo objeto é a execução do Programa de Reestruturação Viárias na Bacia do Ribeirão Santo Antônio II CAF/PMAP, relativas à Bueiro Celular Duplo, Terraplenagem, Drenagem, Pavimentação, Calçamento, Paisagismo e Sinalização para implantação da via de ligação interligando a Rua 06, no Polo Empresarial Goiás, com Rua Nelson Toledo Silveira, Residencial Astória, neste Município, firmado com empresa COSTA BRAVA PROJETOS E CONSTRUÇÕES LTDA. De acordo com o que dispões o art. 57 da Lei nº 8.666/93 em sua redação vigente, decorrentes do poder/dever da administração em fundamentar seus atos, diante das pendências contratuais de ordem administrativa e financeira, as quais passa-se a relacionadas, conforme justificativa anexa. Sem mais para o momento me coloco a disposição para maiores esclarecimentos que por ventura se fizerem necessários. (...)’

1. CLÁUSULA PRIMEIRA– ALTERA A CLAÚSULA SEGUNDA, ITEM 2.1– PRAZO DE VIGÊNCIA E EXECUÇÃO.

1.1. Fica alterada a Cláusula Sétima, item 2.1 do Contrato nº 1.262/2023-SEL,

prorrogando-se o prazo da sua vigência por mais 12 (doze) meses, ou seja, de 22 de janeiro de 2025 a 22 de janeiro de 2026.

1.2. Fica alterada a Cláusula Sétima, item 2.2 do Contrato nº 1.262/2023-SEL, prorrogando-se o prazo do cronograma de execução do por mais 05 (cinco) meses, ou seja, de 22 de outubro de 2024 a 22 de março de 2025.

2. CLÁUSULA SEGUNDA – VALOR DO CONTRATO INALTERADO

2.1. Quanto ao valor do Contrato nº 1.262/2023-SEL este não sofrerá alterações, sendo o valor global de R\$ 1.707.167,85 (um milhão, setecentos e sete reais mil, cento e sessenta e sete reais e oitenta e cinco centavos) conforme Cláusula Quarta, item 4.1 do mesmo.

3. CLÁUSULA TERCEIRA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

3.1. Ficam mantidas e incorporadas a este Termo as demais Cláusulas e condições contidas no referido contrato.

3.2. Por estarem em acordo, as partes contratadas firmam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 2 (duas) testemunhas.

Aparecida de Goiânia-Goiás, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

MARIO JOSÉ VILELA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA  
Contratante  
COSTA BRAVA PROJETOS E  
CONSTRUÇÕES LTDA  
Contratada

Testemunhas:  
1 \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_



PUBLICAÇÕES

PIERRE MOVEIS INSTALAÇÃO, CNPJ: 34.919.109/0001-49, torna público que requereu à Secretaria Municipal de Meio Ambiente de Aparecida de Goiânia, a licença (Licença Ambiental Simplificada, para Fabricação de móveis com predominância de madeira - Rua H-156, sn, quadra 327, lt 09, Galpao 01, Cidade Vera Cruz, Aparecida de Goiania-GO, Cep: 74.937. 550. O empreendimento não se enquadra na Resolução CONAMA 001/86

ELLITTE INOX MONTAGENS INDUSTRIAIS LTDA, CNPJ Nº 28.968.205/0001-84 torna público que requereu à Secretaria Municipal de Aparecida de Goiânia a Licença Ambiental Simplificada (LAS), para Serviços de corte e dobra de metais; Fabricação de estruturas metálicas; Serviços de confecção de armações metálicas para a construção; Fabricação de outros produtos de metal não especificados anteriormente; Fabricação de móveis com predominância de metal; Manutenção e reparação de máquinas para a indústria metalúrgica, exce-to máquinas-ferramentas; Manutenção e reparação de outras máquinas e equipamentos para usos industriais não especificados anteriormente; Instalação de máquinas e equipamentos industriais; Montagem de estruturas metálicas; Comércio atacadista de máquinas e equipamentos para uso Industrial; partes e peças; Comércio atacadista de ferragens e ferramentas; Comércio varejista de ferragens e ferramentas. Localizado na Avenida Central Qd.74 Lt.07; Cardoso Continuação em Aparecida de Goiânia-GO; CEP: 74.934-510. O empreendimento não se enquadra na Resolução CONAMA Nº 001/86.

EXPEDIENTE

Leandro Vilela Velloso  
Prefeito Municipal  
João Campos  
Vice-Prefeito  
Mayara Ferreira Marfim Mendanha  
Secretária de Assistência Social  
Arthur Henrique de Sousa Braga  
Secretário de Administração  
Sandro Leonardo de Oliveira  
Secretário de Articulação Metropolitana  
Jeferson Ferreira  
Secretário de Ação Integrada  
Vanilson dos Anjos Bueno  
Secretário de Articulação Política  
João Pedro Almeida Ribeiro  
Secretário de Ciência, Tecnologia e Inovação  
Marlúcio Pereira da Silva  
Secretário de Cultura  
Ozeias Laurentino Ferreira Junior  
Secretário de Comunicação  
Marcos Abrão Roriz  
Secretário de Industria e Comercio e Companhia de Desenvolvimento de Aparecida - CODAP  
Wolney Wagner de Siqueira Junior  
Secretário de Desenvolvimento Urbano  
Hanleryo Arantes de Oliveira Matos  
Secretário de Defesa do Consumidor  
Profª Nubia Gomes de Brito Farias  
Secretária de Educação

Wesley Souza  
Secretário de Esporte Lazer e Juventude  
Carlos Eduardo de Paula Rodrigues  
Secretário de Fazenda  
Fábio Passaglia  
Secretário de Governo  
Willian Rodrigues Figueiredo  
Secretário de Habitação  
Alfredo Soubihe Neto  
Secretário de Infraestrutura  
Pollyana Oliveira Borges  
Secretária de Meio Ambiente e Sustentabilidade  
Carolina Tavares Araujo  
Secretária de Políticas paras as Mulheres  
Alessandro Leonardo Alvares Magalhães  
Secretário Municipal de Saúde  
Fábio Camargo Ferreira  
Procurador Geral do Município  
Andrey Sales de Souza Campos Araújo  
Secretário de Planejamento e Regulação Urbana  
Millene Baldy de Sant Anna Braga Gifford  
Secretária de Relações Institucionais  
Marco Aurélio Godinho  
Secretário de Segurança Pública  
Rafael Rezende Peres de Lima  
Secretário de Transparência, Fiscalização e Controle  
Wilma Alves Almeida  
Secretária de Trabalho

Marcia Tinoco Silva  
Presidente AparecidaPREV

EDITADO PELA  
SECRETARIA DE GOVERNO

MANUTENÇÃO - DIRETORIA DE TECNOLOGIA  
DA INFORMAÇÃO (DTI)

João Pedro Almeida Ribeiro  
Secretário de Ciência, Tecnologia e Inovação