



Terça-feira, 17 de dezembro de 2024

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTÔNIA

DECRETO Nº. 219/2024 DE 17 DE DEZEMBRO DE 2024

Dispõe sobre o expediente de trabalho nos órgãos da Administração Direta do Município de Altônia, no período de 19 de dezembro de 2024 a 05 de janeiro de 2025.

CLAUDENIR GERVASONE - PREFEITO MUNICIPAL DE ALTÔNIA, ESTADO DO PARANÁ, no uso de suas atribuições legais e, CONSIDERANDO o princípio da continuidade do serviço público, a exigir a manutenção dos serviços essenciais, assim como a uniformidade na conduta entre os diversos órgãos da Administração Direta do Município,
D E C R E T A:

Art. 1º. Fica Decretado Recesso nos serviços públicos municipais, suspendendo-se o expediente de trabalho dos órgãos da administração direta do Município de Altônia, no período de 19 de dezembro de 2024 a 05 de janeiro de 2025, com exceção dos serviços essenciais que, pelas suas naturezas, não poderão sofrer interrupções, os quais funcionarão da seguinte forma:

1. A unidade de saúde do Bairro Jardim Panorama funcionará nos dias 19, 20, 23, 26, 27 e 30 de dezembro de 2024 e dia 02 e 03 de janeiro de 2025;
2. O Centro de Especialidade atenderá normalmente dia 27 de dezembro de 2024;
3. A Vigilância em Saúde manterá o atendimento em forma de plantão, de acordo com a escala administrativa própria;
4. O Hospital Municipal manterá o atendimento em forma de plantão, de acordo com a escala administrativa própria;
5. O Serviço da Guarda Civil Municipal e o serviço de monitoramento, terão expediente normal em todo o período conforme escalas de trabalhos próprios;
6. O Sistema de Inspeção Municipal/Produtos de Origem Animal – SIM/POA, funcionará de acordo com escala própria;
7. O serviço de coleta de lixo orgânico e coleta de recicláveis funcionarão de acordo com escala própria.
8. O departamento de compras e licitações manterão atendimento de acordo com a escala administrativa própria.

Art. 2º. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Paço Municipal Vereador Pedro de Paiva, aos 17 dias do mês de dezembro de 2024.

CLAUDENIR GERVASONE

Prefeito Municipal



EXTRATO DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº 291/2024
MODALIDADE Dispensa por Limite Nº 165/2024

HOMOLOGADO ATRAVÉS DO TERMO DE RATIFICAÇÃO Nº 165/2024 DE 17 DE DEZEMBRO DE 2024

Pelo presente instrumento particular, celebram entre si o **MUNICÍPIO DE ALTÔNIA – PREFEITURA MUNICIPAL**, inscrito no CNPJ nº 81.478.059/0001-91 doravante denominada **CONTRATANTE**, com sede administrativa na Rua Rui Barbosa, 815 – Centro, na cidade de Altônia, Estado do Paraná, neste ato representado pelo Prefeito Municipal o Exmo. Sr. **CLAUDENIR GERVASONE**, portador do RG nº 1.489.320 SSP/PR e CPF nº 408.411.629-72, residente na Avenida Graha Azul, 487, na cidade de Altônia, Estado do Paraná, e na qualidade de **CONTRATADA** empresa: **FERNANDO SALES RIOS DE ALMEIDA 06041059919**, inscrito no CNPJ sob nº. 17.196.434/0001-01, neste ato representada pelo **FERNANDO SALES RIOS DE ALMEIDA**, portador do CPF nº. 060.410.599-19, residente na RUA JOSE VIRGILINO, na cidade de ALTÔNIA, Estado do PR, resolve firmar o presente Contrato de Prestação de serviços para entrega do objeto da Licitação na Modalidade Dispensa por Limite nº. 0165/2.024, mediante cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

OBJETO

O presente Contrato de Prestação de serviços tem por objeto a **SERVIÇOS FOTOGRAFICOS E VIDEOGRAFICOS DA COBERTURA DA POSSE DOS GESTORES PARA A GESTÃO 2025/2028**, a seguir descritos:

Lote	Item	Quant.	Descrição	V. UNIT.	TOTAL
1	1	1	FOTOS DO EVENTO	900,00	900,00
1	2	1	VIDEOS DO EVENTO (10 MINUTOS)	1.050,00	1.050,00
1	3	1	VIDEO DISCURSO NA INTEGRAL	549,00	549,00

DO VALOR

O valor dos lotes vencidos pela Empresa: **FERNANDO SALES RIOS DE ALMEIDA 06041059919** e de R\$ 2.499,00 (dois mil quatrocentos e noventa e nove reais).

VIGÊNCIA

O presente contrato terá vigência, com início em 17/12/2024 e término em 16/03/2025, podendo ser prorrogado por até igual período, caso haja interesse entre as partes contratadas, e saída nos itens licitados.

DA FORMA DE PAGAMENTO

Para efeito de pagamento, a contratada encaminhará à Prefeitura Municipal de Altônia, após homologação, e entrega total dos Serviços, a Nota Fiscal, com as especificações detalhadas que acompanham os serviços, bem como deverá constar na Nota Fiscal, o tipo e o número da Licitação. Ex: "Dispensa por Limite Nº0165/2.024".

Os pagamentos serão efetuados **À vista, após conclusão do objeto**, de acordo com o sub-item 16.1 do edital.

CLÁUSULA SEXTA: CONDIÇÕES PARA ENTREGA

Os serviços referentes aos lotes, desta licitação deverão ser executados mediante solicitação do órgão responsável, no dia 01 de janeiro de 2025, no Ginásio Esportes Taacredo Neves, no Município de Altônia – PR.

A SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO. Rejeitará no todo ou em parte os serviços que estiverem em desacordo com as condições estabelecidas no Edital

A DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Os recursos para pagamento decorrentes da aquisição do objeto da presente licitação serão recursos oriundos da Fonte:

8	SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO	4	2	2	6	Manutenção dos Serviços Administrativos	33903959000	SERVIÇOS DE AUDIO, VIDEO E FOTO
---	-----------------------------	---	---	---	---	---	-------------	---------------------------------

Altônia-PR., 17/12/2024.

PROCESSO DE DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº. 165/2024

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 269/2024

P.A. 1Doc Nº 2576/2024

TERMO DE RATIFICAÇÃO

O Prefeito do Município de Altônia, Estado do Paraná, **CLAUDENIR GERVASONE**, no uso de suas atribuições legais e com base no inciso II do Art. 75 da Lei nº. 14133/21, autoriza a **DISPENSA DE LICITAÇÃO**, solicitada, pela SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO, para **Contratação de empresa para prestação de serviços para cobertura fotográfica e videográfica da Cerimônia de Posse dos Gestores para Gestão 2025/2028, do Município de Altônia**, no valor de **R\$ 2.499,00 (dois mil quatrocentos e noventa e nove reais)**. Com a empresa: **FERNANDO SALES RIOS DE ALMEIDA 06041059919**, inscrito no CNPJ sob nº. 17.196.434/0001-01, com sede a Rua José Virgílio, 841, Conjunto Roberto Requião - CEP: 87.550-000, na Cidade de Altônia, estado do Paraná.

Os recursos para a contratação acima citada serão oriundos da Fonte:

8	SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO	4	2	2	6	Manutenção dos Serviços Administrativos	33903959000	SERVIÇOS DE AUDIO, VIDEO E FOTO
---	-----------------------------	---	---	---	---	---	-------------	---------------------------------

REQUISIÇÃO 224/2024

RESERVA 367/2024

Altônia, 17 de dezembro de 2024.

CLAUDENIR GERVASONE

Prefeito Municipal

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTÔNIA

DECRETO Nº. 220/2024.

Exonera a servidora **PAMELA DA SILVA DOS SANTOS**.

CLAUDENIR GERVASONE - Prefeito do Município de Altônia, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições,

D E C R E T A,

Art. 1º - Exonerar a servidora **PAMELA DA SILVA DOS SANTOS**, portadora da Cédula de Identidade RG nº 12.922.043-0-PR, ocupante do cargo de **Professora Educação Infantil**, lotada na Secretaria de Educação, Esporte, Cultura e Comunicação, tendo em vista a reprovação pela comissão de avaliação de Estágio Probatório, a contar de 17/12/2024.

Art. 2º - Ressalvado o disposto no artigo anterior, este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Paço Municipal Vereador Pedro de Paiva, aos 17 dias do mês de dezembro do ano de 2024.

CLAUDENIR GERVASONE

PREFEITO MUNICIPAL



PROTOCOLO DE DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS E OUTROS ALIMENTOS ESPECIAIS PARA TERAPIA NUTRICIONAL

Objetivo do protocolo:

Definir diretrizes para dispensação de fórmulas infantis e alimentos especiais para terapia nutricional, garantindo desta maneira o direito humano à uma alimentação adequada e saudável.

PRIMEIRA PARTE: DAS FÓRMULAS INFANTIS DE PARTIDA E DE SEGUIMENTO

O leite materno é de fato, comprovadamente o melhor alimento a ser oferecido ao lactente durante os seus primeiros seis meses de vida, sendo então, o mais adequado, tanto do ponto de vista nutricional, imunológico e afetivo, e complementado, dos seis aos vinte e quatro meses de idade.

Por isso, a recomendação do Ministério da Saúde, bem como da Organização Mundial da Saúde, é clara, o melhor alimento para o bebê é o leite materno, e a orientação é que ele seja o alimento exclusivo até os seis meses de vida do bebê. Reforçam esta prática, ressaltando que o leite humano imuniza contra várias infecções, em longo prazo, diminui o risco de obesidade e de doenças crônicas recorrentes de uma alimentação inadequada.

Estabelece-se que o aleitamento materno deve ser incentivado e priorizado entre as crianças pelo menos nos seus primeiros doze meses de vida, por todos os profissionais de saúde do município. Aquelas crianças filhas de mães HIV positivas usuárias de drogas, com doença psiquiátrica grave, e demais situações detalhadas neste protocolo, as quais não seja recomendado o aleitamento materno, ficam asseguradas de receberem fórmulas que procurem se assemelhar ao máximo, quanto as suas características nutricionais, já que nenhuma fórmula oferecida poderá se assemelhar em qualidade imunológica e afetiva ao leite materno.

As fórmulas infantis serão dispensadas por tempo determinado nas seguintes doenças ou condições clínicas:

- **ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA**, em casos que não seja possível a realização de exclusão do leite da alimentação materna: por até 24 meses de idade;
- **ALERGIA À PROTEÍNA ISOLADA DE SOJA**: por até 12 meses de idade;
- **SITUAÇÃO CLÍNICA MATERNA OU DO LACTENTE QUE CONTRA INDIQUEM A AMAMENTAÇÃO**: até seis meses de idade;
- **CRIANÇAS COM COMPROMETIMENTO NUTRICIONAL**: até a melhora do estado nutricional.

RUA RUI BARBOSA, 815 – ALTÔNIA- PR – TELEFONE: 44-3659-8159

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTÔNIA

DOCUMENTO E ASSINATURA DIGITAL

www.altonia.pr.gov.br

Em conformidade com a Lei Municipal n.º 1.188/2012 e Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira – ICP Brasil
Rua Rui Barbosa, 815 – Centro - CEP 87.550-000 – Altônia-Paraná – Fone/Fax: (44) 3659-8160

Autenticidade e original disponíveis no endereço

<https://www.altonia.pr.gov.br/diario-oficial/>



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ALTÔNIA

ESTADO DO PARANÁ

CONDIÇÕES EM QUE É CONTRA INDICADA A AMAMENTAÇÃO:

Doença materna, comprovada através de relatório médico:

- doença psiquiátrica grave;
- uso de medicamentos pela mãe que contra indiquem a amamentação, como citotóxicos ou radioativos;
- infecção materna por HIV (com relatório médico do ambulatório de DST/AIDS)* Doença do lactente que podem comprometer a amamentação ou a ingestão, absorção e metabolização dos alimentos:
 - cardiopatia congênita grave
 - fenda palatina e/ou lábio leporino
 - neuropatia
 - doenças metabólicas

CRIANÇAS COM COMPROMETIMENTO NUTRICIONAL:

1. Crianças classificadas em <Escore-z -3 ou Escore-z entre -2 e -3
2. Prematuridade/gemelaridade com sequelas e/ou comprometimento nutricional classificadas em <Escore-z -3 ou Escore-z entre -2 e -3.
3. Crianças com doenças congênitas graves com comprometimento nutricional, classificadas com < Escore-z -3 ou Escore-z entre -2 e -3
4. Crianças com alimentação através de sonda

TIPOS DE FÓRMULAS INFANTIS PADRONIZADAS PARA AS CRIANÇAS DISPONIBILIZADAS NO PROGRAMA DE DISPENSAÇÃO:

1. FÓRMULA INFANTIL DE PARTIDA, recomendado dos 0 a 6 meses de vida, com probióticos, DHA e ARA. Que não contenha glúten. Que tenha adequação à recomendação do Codex Alimentarius FAO/OMS. Em pó para reconstituição. Lata de 800g.
2. FÓRMULA INFANTIL HIPOALERGÊNICA, à base de proteína extensamente hidrolizada, com triglicérides de cadeia média, DHA e ARA, e nucleotídeos, sem sacarose, sem glúten, sem lactose. Indicado para alergias à PLV e soja, COM DISTÚRBIOS ABSORTIVOS/COM COMPROMETIMENTO GASTROINTESTINAL.
3. FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES E DE SEGUIMENTO para lactentes e/ou crianças de primeira infância destinada a necessidades dietoterápicas específicas com restrição de lactose e À BASE DE AMINOÁCIDOS LIVRES.
4. NUTRIÇÃO COMPLETA E BALANCEADA PARA PEDIATRIA, que seja normocalórica, normoprotéica e normolipídica. Indicado para indivíduos de 1 a 10 anos de idade, que necessitem recuperação e manutenção do estado nutricional. Que seja isento de lactose e glúten. Em embalagem a

RUA RUI BARBOSA, 815 – ALTÔNIA- PR – TELEFONE: 44-3659-8159



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ALTÔNIA

ESTADO DO PARANÁ

partir de 380gramas (rendimento de pelo menos 9 porções). Em pó para reconstituição. Sabores aceitos: morango, baunilha, chocolate.

Para o recebimento das fórmulas infantis em questão, o responsável pela criança deve estar ciente de que precisará de documentos comprobatórios, contendo:

- 1ª Página: **AVALIAÇÃO ENFERMEIRA:** com a negativa de tentativas frustradas de relactação.
- 2ª PÁGINA: **AVALIAÇÃO MÉDICO UBS:** contendo a condição clínica do lactente e/ou lactante.
- 3ª PÁGINA: **AVALIAÇÃO PEDIATRA:** contendo CID da condição e indicação de fórmula.
- 4ª PÁGINA: **AVALIAÇÃO NUTRICIONISTA:** contendo avaliação nutricional e necessidade mensal da fórmula.
- 5ª PÁGINA: **AVALIAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL:** contendo a avaliação social da família e indicando a necessidade de complementaridade de fórmula pelo setor público, indicada em número de latas.
- 6ª PÁGINA: **TERMO DE ADEÇÃO AO PRGRAMA DE DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS/DIETAS ESPECIAIS.**

SEGUNDA PARTE: DAS DIETAS E FÓRMULAS NUTRICIONAIS

A má nutrição e/ou o estado nutricional prejudicado do paciente pode influenciar negativamente no seu estado clínico, predispondo a interações frequentes e diminuindo a qualidade de vida do indivíduo. O suporte nutricional, portanto, diminui a probabilidade de comprometimento das funções básicas, melhora a resposta aos tratamentos das doenças de base, e, em muitos casos aumenta a expectativa de vida do paciente.

SITUAÇÕES indicativas para Terapia Nutricional (oral ou enteral – TNO/TNP):

Geriatría → casos específicos de pacientes idosos com perda grave de peso, ou com diminuição do consumo alimentar, que acarrete em comprometimento do seu estado nutricional e do tratamento de suas comorbidades ou doenças de base.

Oncologia ou Imunodeprimidos → casos de doenças em que a falta de apetite ou o baixo consumo alimentar, ou ainda, a perda brusca de peso num curto espaço de tempo, comprometam ainda mais a imunidade e/ou o tratamento médico, bem como as atividades da vida diária (A.V.D.).

Desnutrição aguda ou crônica → situação de perda grave de peso com ou sem doença de base definida, ou ainda sem diagnóstico, que comprometam as AVD ou ainda, que não mostre melhora do seu tratamento médico instituído.

Cicatrização → a grande maioria dos pacientes que estão debilitados e acamados, ou ainda, pacientes cadeirantes ou diabéticos, muitas vezes apresentam úlceras por pressão, ou úlceras varicosas, ou ainda, úlcera ou

RUA RUI BARBOSA, 815 – ALTÔNIA- PR – TELEFONE: 44-3659-8159



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ALTÔNIA

ESTADO DO PARANÁ

lesão em MMII agravados pelo diabetes. Nestes casos, a imuno nutrição utilizada, vem demonstrando significativas melhoras, inclusive, com comprovação na comunidade científica internacional.

Crterios de incluso do individuo no programa de dispensação de dietas especiais:

- Alimentação através de sonda (SNG, SNE, gastrostomia, jejunostomia)
- Neoplasias
- Doenças alérgicas e imunológicas
- Desnutrição (com avaliação antropométrica e avaliação subjetiva global que comprovem)
- Doenças neurológicas
- Doenças degenerativas
- Distúrbios de absorção de nutrientes

Em todas as situações supracitadas, o paciente deverá apresentar, além do laudo médico com sua situação clínica indicativa, avaliação nutricional do hospital de referência e/ou avaliação complementar do nutricionista do município, além da avaliação social realizada pelo assistente social do município.

Em suma, os documentos necessários devem conter:

- 1ª PÁGINA: **PRESCRIÇÃO MÉDICA OU NUTRICIONAL**
- 2ª PÁGINA: **AVALIAÇÃO NUTRICIONAL**
- 3ª PÁGINA: **AVALIAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL**
- 4ª PÁGINA: **TERMO DE ADEÇÃO AO PROGRAMA DE DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS/DIETAS ESPECIAIS**

RUA RUI BARBOSA, 815 – ALTÔNIA- PR – TELEFONE: 44-3659-8159



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ALTÔNIA

ESTADO DO PARANÁ

CONCLUSÃO

De maneira geral, podemos resumir o quadro de fórmulas e dietas especiais, bem como as situações clínicas condizentes com cada tipo de dieta:

SITUAÇÃO	DESCRIÇÃO BÁSICA DO PRODUTO
Desnutrição Oncologia Geriatría	Nutrição completa, normocalórica, normoprotéica, normolipídica, normoglicídica
Oncologia Desnutrição grave/Perda de massa muscular	Fórmula especializada, hipercalórica (25% de proteínas), enriquecida de zinco e L-leucina, isento de sabor, isento de sacarose e isento de glúten.
Diabetes adulto + Desnutrição/Caquexia/ Perda de Peso Grave	Nutrição completa, normocalórica, normoprotéica, normolipídica, normoglicídica, formulado para auxílio do controle glicêmico.
Cicatrização Recuperação da Imunidade Adjuvante na diarreia aguda e Queimados crônica Queimados	Nutrição completa, formulado com arginina, nucleotídeos e ácidos graxos ômega 3. Normocalórico e hiperprotéico.
Pediatria – baixa ingestão alimentar, oncologia, pré e pós operatório	Nutrição completa para pediatria
Bebês de 0 a 6 meses de idade, sem alergias alimentares	FÓRMULA INFANTIL DE PARTIDA, recomendado dos 0 a 6 meses de vida, enriquecido com ferro e com adição de LCPUFAS. Que tenha adequação à recomendação do Codex Alimentarius FAO/OMS. Que não contenha glúten. Em pó para reconstituição.
Bebês de 0 a 6 meses de idade com intolerância à lactose e/ou alergia à proteína do leite	FÓRMULA INFANTIL NÃO LÁCTEA, de partida (de 0 a 6 meses de vida), para bebês com intolerância à lactose e/ou alergia à proteína do leite de vaca. Que não contenha glúten. Em pó para reconstituição.
Bebês de 0 a 12 meses, com necessidades especiais de alimentação	Fórmula infantil hipoalérgica, à base de proteína extensamente hidrolizada, com triglicérides de cadeia média, DHA e ARA, e nucleotídeos, sem sacarose, sem glúten, sem lactose. Indicado para alergias à FLV e soja, com distúrbios absorptivos/com comprometimento gastrointestinal.

RUA RUI BARBOSA, 815 – ALTÔNIA- PR – TELEFONE: 44-3659-8159



Terça-feira, 17 de dezembro de 2024



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ALTÔNIA

ESTADO DO PARANÁ

5ª PÁGINA: AVALIAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL

Nome: _____ RG _____

CPF _____ CNS: _____

Endereço: _____

Ponto de referência: _____

Cuidador: _____ RG _____

Avaliação Sócio-Econômica Familiar

Composição familiar	Parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Renda
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
Número de membros:					Renda total: Renda per capita
1 - de 1 a 2 membros			0 - superior	10 - empresário	7 - 35 a 60 SM
2 - de 3 a 4 membros			1 - de 1ª a 4ª	7 - nível médio	5 - 10 a 35 SM
3 - de 5 a 7 membros			2 - de 5ª a 8ª	3 - nível fund.	3 - 06 a 15 SM
0 - acima de 7 membros			0 - analfabeto ou semianalfabeto	1 - aposentado	2 - 3 a 5 SM
				0 - desempregado	1 - < 2 SM
					0 - sem renda

Avaliação do Grau de Vulnerabilidade em que a Família está inserida

Condições habitacionais	Tipo de habitação	Infra-Estrutura	Saúde da Família
8 - () Própria 0 - () Ceída. 3 - () Alugada. Valor? 5 - () Financiada. Valor?	() madeira () alvenaria () mista () pré moldado () outros	() rua asfaltada () energia elétrica. Valor? () Água encanada. Valor? () Esgoto Alimentação: R\$ Medicamentos: R\$ Gás: R\$ Acomodações () suficientes () insuficientes	Posto de saúde mais próximo? Recebe visita ACS matriculados? CMEI, conseguiu vaga? Alguém com problemas de álcool ou drogas? Fumantes? Uso de medicamentos contínuos
			() sim () não () sim () não () sim () não () sim () não () sim () não () sim () não

RUA RUI BARBOSA, 815 - ALTÔNIA- PR - TELEFONE: 44-3659-8159



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ALTÔNIA

ESTADO DO PARANÁ

ADULTOS	CRIANÇAS
Possui plano de saúde? () sim () não Qual?	Mãe fez pré Natal? () sim () não
Fez alguma cirurgia? () sim () não	Parto? () normal () cesárea () SUS
Realiza Quimioterapia? () sim () não	Realiza puericultura pela rede de atenção básica? () sim () não
Possui alguma doença crônica? () sim () não Qual?	Possui plano de saúde? () sim () não Qual?
Qual o médico que acompanha o paciente?	Já esteve internado? () sim () não
Qual a nutricionista que acompanha o paciente?	Fez alguma cirurgia? () sim () não
Prescrição necessitada?	Fez algum exame que comprove a alergia? () sim () não () SUS
Observações:	Qual o médico que acompanha o paciente?
	Qual a nutricionista que acompanha o paciente?
	Prescrição necessitada?

Total de pontos:
() Vulnerabilidade alta = de 0 a 5 pontos = 100% ()
Vulnerabilidade média = 6 a 10 pontos = 80% ()
Vulnerabilidade baixa = 11 a 17 pontos = 50% ()
() Vulnerabilidade básica = acima de 18 pontos = 30% ()
Fora dos critérios = 0%

RUA RUI BARBOSA, 815 - ALTÔNIA- PR - TELEFONE: 44-3659-8159



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ALTÔNIA

ESTADO DO PARANÁ

TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA DE DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS E DIETAS (PDFID)

Eu, _____, RG _____

CPF _____, responsável

por _____

abri o processo nº _____ solicitando a fórmula/dieta especial

_____ li e concordo com os termos abaixo citados.

- O recebimento da fórmula/dieta está necessariamente vinculado a uma avaliação multiprofissional e receita médica e nutricional, podendo estes serem oriundos de um centro de Especialidades Médicas privadas ou dos profissionais vinculados ao SUS, ou à Secretaria Municipal de Saúde de Altônia.
- As fórmulas e dietas são dispensadas de acordo com as especificações técnicas dos produtos e não pelo nome comercial prescrito, podendo, durante o tratamento, apresentar nomes comerciais diferentes, porém, com garantia de similaridade (Lei 8666/1993), e sempre estarão adequadas à doença de base.
- O tipo e a quantidade de fórmulas/dietas dispensadas poderão a qualquer momento sofrer alterações, acréscimos, reduções ou suspensões dependendo da evolução do paciente após avaliação clínica, e do estoque disponível na Secretaria Municipal de Saúde.
- A retirada dos produtos acontecerá na Secretaria Municipal de Saúde de Altônia, podendo ser retirado 1 vez ao mês.
- Não é permitida, em hipótese alguma, a comercialização ou doação das fórmulas/dietas concedidas pelo Programa de Dispensação (PDFID). Caso esta irregularidade seja confirmada, o paciente automaticamente será desligado do programa.
- O fornecimento de dietas e fórmulas deverá ser mediante a renovação trimestral da avaliação e prescrição. A não renovação acarretará cancelamento do processo.
- No caso de não aceitação e/ou adaptação pela criança da fórmula fornecida, o responsável deverá devolver as latas restantes na Secretaria Municipal de Saúde, e entender que será de sua responsabilidade a aquisição de outra marca.

RUA RUI BARBOSA, 815 - ALTÔNIA- PR - TELEFONE: 44-3659-8159



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ALTÔNIA

ESTADO DO PARANÁ

- Quando houver necessidade de internamento hospitalar, o responsável pelo paciente deverá comunicar a equipe (Almoxarifado), e durante este período ficará suspenso o fornecimento da dieta/fórmula, sendo responsabilidade da instituição.
- A mudança de cidade implicará na suspensão imediata da fórmula/dieta.
- Caso ocorra atraso por parte da secretaria de Saúde em fornecer o benefício, o responsável será avisado por telefone pelos responsáveis pelo PDFID.

Estou ciente de que o benefício não é vitalício, tendo, portanto, data de início e de fim para sua entrega.

Estou ciente que preciso manter atualizados dados como, telefone e endereço do paciente e responsável.

Estou ciente que a liberação integral ou parcial da quantidade de fórmula solicitada e calculada pelo nutricionista, ainda depende da avaliação social, e que, em caso de fornecimento parcial, sou responsável pela aquisição da quantidade faltante, para garantir o tratamento adequado do paciente.

De acordo,

Assinatura: _____

Nome do responsável (em letras de forma): _____

CPF do responsável: _____

Responsável pela abertura do protocolo (servidor do município):



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ALTÔNIA

ESTADO DO PARANÁ

ANEXO 2 – DISPENSAÇÃO DE DIETAS E/OU SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS

PROTÓCOLO Nº _____ FICHA DE SOLICITAÇÃO DE DIETA ESPECIAL
Nome completo do paciente: _____
DN: _____ CNES: _____ RG/CP: _____
Telefone: _____ responsável pelo _____
Endereço: _____
Fórmula/Dieta/Suplemento solicitado: _____
Patologia/CID: _____
Prescritor: _____
Altônia _____ de _____ de 20 _____

SUPLEMENTOS E DIETAS

1ª PÁGINA: PRESCRIÇÃO MÉDICA OU NUTRICIONAL

Data da avaliação/visita domiciliar: _____
Nome: _____ Data de nascimento: _____ Idade: _____
Diagnóstico: _____
CID: _____
Comorbidades: () DM () HAS () Outras: _____
Peso usual (há 3 meses): _____ Peso atual: _____ () aferido () estimado
Perda de peso: _____ kg %PP: _____
Estatura: _____ () aferido () estimado (Chumlea, 1985) IMC: _____ kg/m²
Suplemento/dieta indicada: _____
*Se nutricionista: _____ VC
*Se médico:
Solicito avaliação complementar do nutricionista para o paciente supracitado, para estimativa das necessidades energéticas diárias.
Solicito ainda, avaliação social do mesmo.

Assinatura médico e carimbo

Assinatura e carimbo

nutricionista

(COLE AQUI A CÓPIA DA RECEITA DE ALTA VINDA DO HOSPITAL)

RUA RUI BARBOSA, 815 – ALTÔNIA- PR – TELEFONE: 44-3659-8159



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ALTÔNIA

ESTADO DO PARANÁ

2ª PÁGINA: AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Data da avaliação/visita domiciliar: _____
Nome: _____ Data de nascimento: _____
Idade: _____
Diagnóstico: _____
Comorbidades: () DM () HAS () Outras: _____
Problemas de: 1. Mastigação: () sim () não 2. Deglutição: () sim () não
3. Náuseas: () sim () não 4. Vômitos: () sim () não
5. Disgeusia: () sim () não 6. Odinofagia: () sim () não
7. Inapetência: () sim () não 8. Dor abdominal: () sim () não
9. Diarréia: () sim () não 10. Constipação: () sim () não.
Alimentação sofreu alteração de consistência nas últimas semanas () sim () não
Consistência atual: () líquida () líquida liquidificada () pastosa
() branda Via de administração: () VO () sonda.
Dieta oferecida/prescrita: _____
Volume: _____ Fracionamento: _____ Gotejamento: _____
Peso usual (há 3 meses): _____ Peso atual: _____ () aferido () estimado
(Chumlea, 1985) Estatura: _____ () aferido () estimado
(Chumlea, 1985)
AJ: PCT: _____ PCB: _____ PCSE: _____ CB: _____ CP: _____
IMC: _____ kg/m² Perda de peso: _____ kg
%PP: Diagnóstico nutricional:
() desnutrição leve () desnutrição moderada () desnutrição grave () eutrofia () excesso de peso () obesidade
NED: _____ kcal VCT: _____ kcal
Dieta prescrita: _____
Volume por horário: _____ Fracionamento: _____ Gotejamento: _____
Horários: _____
Necessidade mensal: _____

Assinatura e carimbo do nutricionista

RUA RUI BARBOSA, 815 – ALTÔNIA- PR – TELEFONE: 44-3659-8159



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ALTÔNIA

ESTADO DO PARANÁ

3ª PÁGINA: AVALIAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL

Nome: _____ RG: _____
CPF: _____ CNS: _____
Endereço: _____
Ponto de referência: _____
Cuidador: _____ RG: _____

Composição familiar	Parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Renda
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
Número de membros:			0 – superior 1 – de 1ª a 4ª 2 – de 5ª a 8ª 0 – analfabeto ou semi-analfabeto	10 – empresário 7 – nível médio 3 – nível fund. 2 – com vínculo 1 – aposentado 0 – desempregado	Renda total: Renda per capita: 7 – 35 a 60 SM 5 – 15 a 35 SM 3 – 06 a 15 SM 2 – 3 a 5 SM 1 – < 2 SM 0 – sem renda

Avaliação do Grau de Vulnerabilidade em que a Família está inserida

Condições habitacionais	Tipo de habitação	Infra-Estrutura	Saúde da Família
0 - () Própria 0 - () Gedida Quem? 3 - () Alugada. Valor? 5 - () Financiada. Valor?	() madeira () alvenaria () mista () pré moldado () outros:	() rua asfaltada () energia elétrica Valor? () água encanada. Valor? () Esgoto Alimentação: R\$ Medicamentos: R\$ Gás: R\$ Acomodações: () suficientes () insuficientes	Posto de saúde mais próximo? Rescebe visita ACS? Membros em idade escolar, estão matriculados? CMEI, conseguiu vaga? Alguém com problemas de álcool ou drogas? Fumantes? Uso de medicamentos contínuos
ADULTO		CRIANÇA	
Possui plano de saúde? () sim () não Qual?		Mãe fez pré Natal? () sim () não	
Fez alguma cirurgia? () sim () não		Parto? () normal () cesárea () SUS	
Realiza Quimioterapia? () sim () não		Realiza puericultura pela rede de atenção básica? () sim () não	
Possui alguma doença crônica? () sim () não Qual?		Possui plano de saúde? () sim () não Qual?	
Qual o médico que acompanha o paciente?		Já esteve internado? () sim () não	
Qual a nutricionista que acompanha o paciente?		Fez alguma cirurgia? () sim () não () SUS	
Observações?		Fez algum exame que comprove a alergia? () sim () não	
		Qual médico que acompanha o paciente?	
		Qual nutricionista que acompanha o paciente?	
		Prescrição necessitada?	

RUA RUI BARBOSA, 815 – ALTÔNIA- PR – TELEFONE: 44-3659-8159



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ALTÔNIA

ESTADO DO PARANÁ

ESTE PROTÓCOLO FOI SUBMETIDO AO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, NESTA DATA E TEM SEU ACEITE. SEGUIR ASSINADO PELOS MEMBROS DO CORO DE HOJE:

RUA RUI BARBOSA, 815 – ALTÔNIA- PR – TELEFONE: 44-3659-8159



RESOLUÇÃO N.º 011/2024 DE 13 DE DEZEMBRO DE 2024

SÚMULA: Dispõe sobre o incentivo financeiro ao município de Altônia para aquisição de equipamentos para hospital municipal, habilitação do município de Altônia em Programa da Secretaria de Estado na Saúde, no Transporte Sanitário, Aprovação do protocolo de fórmulas infantis e outros alimentos especiais para terapia nutricional enteral, e da outras providências.

O Pleno do Conselho Municipal de Saúde de Altônia - Estado do Paraná, em reunião realizada no dia 22 de abril de 2024, no uso das prerrogativas conferidas pela Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90, Lei Federal nº 8.142, de 28/12/90, e pela Lei Municipal nº 1.905/2024, de 29 de fevereiro de 2024.

RESOLVE:


Art. 1.º APROVAR – A habilitação do município de Altônia, a pleitear adesão aos Programas Estratégicos da Secretaria de Estado da Saúde visando o Incentivo Financeiro de Investimento para aquisição de equipamentos para Hospital Municipal no valor de R\$ 170.000,00 (cento e setenta mil reais) conforme as Resoluções SESA 389/2023.

Art. 2.º APROVAR - Adesão do Município de Altônia no Programa Estratégico da Secretaria de Estado da Saúde – Qualificação da Atenção Primária, visando o Incentivo Financeiro de Investimento para o Transporte Sanitário, conforme Resolução SESA nº 1699/2024, no valor de R\$ 450.000,00 (quatrocentos e cinquenta mil, reais), para aquisição de 01 (um) micro ônibus;

Art. 3.º APROVAR - Protocolo de dispensação de fórmulas infantis e outros alimentos especiais para terapia nutricional enteral.

Art. 4.º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Altônia-Pr., 13 de dezembro de 2024.


Patrícia Jonasson Almeida
Presidente do CMS de Altônia

Homologo a Resolução n.º 011/2024 – CMS – nos termos do
Art. 1º, § 2º da Lei Federal 8.142, de 28 de dezembro de 1990.
Esta Resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação

Rua Luiz Sala Sobrinho – Jardim Planalto
ALTÔNIA - PR (44) 9801-1314