



PMBG

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIXO GUANDU | www.pmbg.es.gov.br

Rua Francisco Ferreira, nº 40
Centro - Baixo Guandu - Espírito Santo
CEP 29.730-000 - Tel/Fax: (27) 3732-8914
CNPJ 27.165.737/0001-10

LEI N.º 2.949/2017, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2017.

***INSTITUI PROGRAMA DE DISTRIBUIÇÃO DE FÓRMULAS E
DIETAS ALIMENTARES, FRALDAS GERIÁTRICAS E ÓCULOS "***

O **PREFEITO MUNICIPAL DE BAIXO GUANDU, ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pela Lei Orgânica Municipal, faz saber que a Câmara Municipal de Baixo Guandu – ES APROVOU e ele SANCIONA a seguinte Lei:

Art. 1º institui programa de distribuição de fórmulas e dietas alimentares, fraldas geriátricas e óculos o qual deverá funcionar na forma das diretrizes que é parte integrante desta Lei.

Art. 2º As despesas decorrentes dessa Lei correrão a conta de dotações próprias, consignadas no Orçamento Municipal da Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 3º Esta Lei entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL, aos vinte e seis dias do mês de dezembro de 2017.


JOSÉ DE BARROS NETO
Prefeito Municipal

Registrada e publicada em
26 de dezembro de 2017.


ADONIAS MENEGÍDIO DA SILVA
Secretário Municipal de Administração e Finanças

PROGRAMA DE DISTRIBUIÇÃO DE FÓRMULAS E DIETAS ALIMENTARES, FRALDAS E ÓCULOS

Secretaria Municipal de Saúde
Município de Baixo Guandu/ES

SUMÁRIO

1 DIRETRIZES DO PROGRAMA DE DISTRIBUIÇÃO DE FÓRMULAS E DIETAS ALIMENTARES, FRALDAS E ÓCULOS	04
2 FÓRMULAS E DIETAS ALIMENTARES ESPECIAIS (Infantil 0 a 6 meses)	06
<u>2.1 FÓRMULAS LÁCTEA</u>	06
A) FÓRMULA LÁCTEA A) FÓRMULA LÁCTEA: Fórmula infantil de partida nº 1 para lactentes até os 06 meses de vida, com proteínas lácteas.	06
<u>2.2 DIETAS ESPECIAIS</u>	07
A) TIPO I: <u>Alimento em pó para nutrição oral ou enteral para crianças a partir de 01 ano de idade, nutricionalmente completo e rico em vitaminas e minerais. Permite preparo nas diluições 1,0kcal/ml, 1,25kcal/ml e 1,5kcal/ml. Pode ser adicionado diretamente nos alimentos. Isento de lactose.</u>	07
B) TIPO II: <u>Fórmula isolada de soja, 100% proteína isolada de soja, enriquecida com minerais e vitaminas.</u>	08
C) TIPO III: <u>Dieta semi-elementar e hipoalergênica, à base de proteína extensamente hidrolisada de soro do leite, TCM, óleos vegetais, de Mortierella alpina e de peixe; maltodextrina, vitaminas, minerais, nucleotídeos e oligoelementos. Isento de lactose, sacarose, frutose e glúten.</u>	09
D) TIPO IV: <u>Suplemento oral especialmente planejado para oferecer nutrição completa e balanceada. Dieta Normocalórica e normoproteica, rica em vitaminas e sais minerais. Contém 28 vitaminas e minerais essenciais, inclusive antioxidantes, como as vitaminas C e E, selênio, zinco e beta-caroteno; Isento de lactose e glúten. Para adultos e crianças maiores de 04 anos. Contém sacarose. Densidade Calórica: 1,0Kcal/ml.</u>	10

padrão, nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica e normolipídica, 1200 kcal/L. Com 100% proteína da soja. Criada especialmente para atender as necessidades nutricionais na manutenção ou recuperação do estado nutricional de pacientes. Dieta isenta de sacarose, lactose e glúten.

.....	10
3 FRALDAS GERIÁTRICAS DESCARTÁVEIS	11
3 ÓCULOS	12
5 FLUXOGRAMA	13
ANEXO I - CADASTRO SOCIOECONÔMICO	14
ANEXO II - FICHA DE AVALIAÇÃO E SOLICITAÇÃO PARA FORNECIMENTO DE FÓRMULA E DIETAS ALIMENTARES, FRALDAS E ÓCULOS	16
ANEXO III - COMPROVANTE DE ENTREGA	19

DIRETRIZES DO PROGRAMA DE DISTRIBUIÇÃO DE FÓRMULAS E DIETAS ALIMENTARES, FRALDAS E ÓCULOS

- I. O Programa tem como objetivo o fornecimento de Fórmula e Dietas Alimentares, Fraldas e Óculos a munícipes que preencham os requisitos: **clínicos** atestados por equipe de referência do SUS, e **sociais** baseado pelos critérios do Cadastro Único.
- II. A Equipe de Referência será composta por profissionais da área da saúde necessários para a certificação do uso do item fornecido pelo programa. O fornecimento terá como característica a temporariedade, de modo a garantir o fornecimento dos itens pelo período necessário.
- III. Cada item constante no programa terá seus critérios e requisitos delimitados neste conteúdo, que deverão ser devidamente comprovados por documentos probos emitidos por profissionais qualificados e pertencentes à Rede Pública de Saúde. Na hipótese haver necessidade de fornecimento de fórmula não prevista nesse programa, o seu fornecimento fica condicionado aos requisitos socioeconômicos aqui estabelecidos.
- IV. Os itens constantes no programa serão subsidiados pela Secretaria Municipal de Saúde de acordo com o recomendado pela equipe de referência, ou no percentual de 50% do recomendado de acordo com a possibilidade orçamentária do Município, considerando o Princípio da Reserva do Possível.
- V. A concessão de Fórmula e Dietas Alimentares, Fraldas e Óculos deverá, obrigatoriamente, preencher os requisitos observadas as avaliações realizadas pela equipe de referência.
- VI. Para abertura de processo para concessão dos itens ofertados pelo programa, deverá ser entregue na farmácia cidadã toda documentação descrita para cada item para abertura do processo, que passará por análise de critérios e requisitos feita pela equipe de referência do SUS, levando em consideração os critérios patológicos e de renda. Neste último, fica estabelecido os critérios constante no artigo 4º do Decreto Nº 6.135/2007, Cadastro Único, que estabelece como família de baixa renda aquela com renda

meio salário mínimo; ou a que possua renda familiar mensal de até três salários mínimos.

- VII. As famílias beneficiárias pelo Programa Bolsa Família que solicitarem a concessão de itens constante nesse programa deverão apresentar documentos que comprovem a regularidade com as condicionalidades do programa, sobretudo a pesagem das crianças.
- VIII. Após o fornecimento do item, a pesagem dos beneficiários do programa bolsa família será realizada na Unidade de Saúde Dilman Neto Ferreira.
- IX. O serviço Social da SMS realizará o cadastro e liberação de todos os benefícios, bem como o arquivo de todos os documentos, realizando a avaliação quando exigido pelo programa.
- X. A distribuição, depois de aprovado o processo, será realizada pela Farmácia Cidadã, que efetuará a entrega do item fornecido através de comprovante de entrega constante no Anexo III, devidamente datado e assinado pelos responsáveis pela entrega e recebimento do item, que será juntado aos autos do processo.

de atenção básica nº 23 e 33, o Ministério da saúde preconiza os seguintes volumes e nº de refeições diárias, conforme tabela abaixo¹:

Idade	Volume/Refeição	Número de refeições/dia
Do nascimento a 30 dias	60 – 120ml	6 a 8
30 a 60 dias	120 – 150ml	6 a 8
2 a 3 meses	150 – 180ml	5 a 6
3 a 4 meses	180 – 200ml	4 a 5
> 4 meses	180 – 200ml	2 a 3

Os dados descritos acima são valores aproximados, sempre levando em consideração o peso corporal e a idade da criança. A quantidade e compostos das refeições devem ser pré-definidos pela equipe de referência composta por médico pediatra e/ou nutricionista da rede do Sistema Único de Saúde - SUS, na avaliação da criança para indicação da fórmula correta a ser fornecida, incluindo sempre o tempo de uso necessário.

2.1 FÓRMULAS LÁCTEA

A) FÓRMULA LÁCTEA

Descrição: *Fórmula infantil de partida nº 1 para lactentes até os 06 meses de vida, com proteínas lácteas.*

Deverá ser realizada a Reavaliação nutricional e médica a cada seis meses.

CRITÉRIOS:

¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>, acesso em 22 de Março de 2017.

que comprometam a sucção ou Fissura lábio palatal, que interfiram no estado nutricional e impeçam a amamentação até 12 meses de idade;

* Crianças com alimentação através de sonda;

* Doença materna que contra indique a amamentação, desde que comprovada através de relatório fornecido por médico da rede pública, malformações e neoplasias da mama, doença psiquiátrica grave, utilização de medicamentos que contra indiquem a amamentação conforme as recomendações do Ministério da Saúde;

* Infecção materna por HIV;

* Prematuridade/gemelaridade com sequelas e comprometimento nutricional; doenças congênitas graves e comprometimento nutricional; crianças classificadas dentro dos parâmetros médicos no qual atestam essa necessidade.

REQUISITOS:

* Preenchimento de cadastro socioeconômico constante no Anexo I, com cópia dos seguintes documentos:

Certidão de nascimento da criança, Cartão SUS vinculado ao município, carteira de vacinação em dia, Folha Resumo do Cadastro Único com assinatura e carimbo do responsável, CPF e Cédula de identidade do responsável. Se beneficiário do Programa Bolsa Família, comprovante de regularidade com as condicionantes do programa.

* Avaliação do pediatra do SUS que deverá preencher rigorosamente a Ficha de Avaliação e Solicitação constante no Anexo II, com a justificativa do uso da fórmula, descrição do CID, e devida anotação na caderneta de vacinação e toda documentação médica necessária ao fornecimento como laudos e receitas.

Avaliação e acompanhamento nutricional;

2.2 DIETAS ESPECIAIS

A) TIPO I:

Alimento em pó para nutrição oral ou enteral para crianças a partir de 01 ano de idade, nutricionalmente completo e rico em vitaminas e minerais. Permite preparo nas diluições 1,0kcal/ml, 1,25kcal/ml e 1,5kcal/ml. Pode ser adicionado diretamente nos alimentos. Isento de lactose.

Deverá ser realizada a Reavaliação nutricional e médica a cada seis meses.

Critérios:



PMBG

MUNICÍPIO DE BAIXO GUANDU | www.pmbg.es.gov.br

Rua Francisco Ferreira, nº 40
Centro - Baixo Guandu - Espírito Santo
CEP 29.730-000 - Tel/Fax: (27) 3732-8914
CNPJ 27.165.737/0001-10

* Crianças
em risco

nutricional, desnutridas ou com desaceleração do crescimento, classificadas dentro dos parâmetros com doenças crônicas (ex. fibrose cística, cardiopatias, doença celíaca, câncer, etc), anorexia, estomatite, restrição hídrica, em pré ou pós-operatório;

Requisitos:

- * Preenchimento de cadastro socioeconômico constante no Anexo I, com cópia dos seguintes documentos: Certidão de nascimento da criança, Cartão SUS vinculado ao município, carteira de vacinação em dia, Folha Resumo do Cadastro Único com assinatura e carimbo do responsável, CPF e Cédula de identidade do responsável. Se beneficiário do Programa Bolsa Família, comprovante de regularidade com as condicionantes do programa.
- * Avaliação do pediatra do SUS que deverá preencher rigorosamente a Ficha de Avaliação e Solicitação constante no Anexo II, com a justificativa do uso da fórmula, descrição do CID, e devida anotação na caderneta de vacinação e toda documentação médica necessária ao fornecimento como laudos e receitas.
- * Avaliação e acompanhamento nutricional;

B) TIPO II:

Fórmula isolada de soja, 100% proteína isolada de soja, enriquecida com minerais e vitaminas.

Deverá ser realizada a Reavaliação nutricional e médica a cada seis meses.

CRITÉRIOS:

- * Crianças que tenham mantido aleitamento materno e realizado dieta de exclusão materna, de leite de vaca e derivados;
- * Crianças com alergia a proteína do leite de vaca (APLV);
- * Intolerância a lactose.

REQUISITOS:

- * Preenchimento de cadastro socioeconômico constante no Anexo I, com cópia dos seguintes documentos: Certidão de nascimento da criança, Cartão SUS vinculado ao município, carteira de vacinação em dia, Folha Resumo do Cadastro Único com assinatura e carimbo do responsável, CPF e Cédula de identidade do responsável. Se beneficiário do Programa Bolsa Família, comprovante de regularidade com as condicionantes do programa.
- * Avaliação do pediatra do SUS que deverá preencher rigorosamente a Ficha de Avaliação e Solicitação constante no Anexo II, com a justificativa do uso da fórmula, descrição do CID, e devida anotação na caderneta de vacinação e toda documentação médica necessária ao fornecimento como laudos e receitas.

acompanhamento nutricional;

C) TIPO III:

Dieta semi-elementar e hipoalergênica, à base de proteína extensamente hidrolisada de soro do leite, TCM, óleos vegetais, de Mortierella alpina e de peixe; maltodextrina, vitaminas, minerais, nucleotídeos e oligoelementos. Isento de lactose, sacarose, frutose e glúten.

Deverá ser realizada a Reavaliação nutricional e médica a cada seis meses.

Critérios:

- * Crianças que apresentem comprometimento nutricional atestado em laudo médico e nutricional, classificadas dentro dos parâmetros, que apresentem alergia à proteína do leite de vaca e/ou soja;
- * Crianças com intolerância a lactose, sem resposta a fórmula de isolado de soja;
- * Crianças com APLV IgE mediada, sem resposta a fórmula isolada de soja;
- * Crianças com APLV IgE não mediada;
- * Distúrbios absorptivos ou outras condições clínicas que requerem uma terapia nutricional com dieta ou fórmula semi-elementar e hipoalergênica;

Requisitos:

- * Preenchimento de cadastro socioeconômico constante no Anexo I, com cópia dos seguintes documentos:
 - Certidão de nascimento da criança, Cartão SUS vinculado ao município, carteira de vacinação em dia, Folha Resumo do Cadastro Único com assinatura e carimbo do responsável, CPF e Cédula de identidade do responsável. Se beneficiário do Programa Bolsa Família, comprovante de regularidade com as condicionantes do programa.
- * Avaliação do pediatra do SUS que deverá preencher rigorosamente a Ficha de Avaliação e Solicitação constante no Anexo II, com a justificativa do uso da fórmula, descrição do CID, e devida anotação na caderneta de vacinação e toda documentação médica necessária ao fornecimento como laudos e receitas.
- * Avaliação e acompanhamento nutricional;

D) TIPO IV:

Suplemento oral especialmente planejado para oferecer nutrição completa e balanceada. Dieta Normocalórica e normoproteica, rica em vitaminas e sais minerais. Contém 28 vitaminas e minerais essenciais, inclusive antioxidantes, como as vitaminas C e E, selênio, zinco e beta-caroteno.

adultos e crianças maiores de 04 anos. Contém sacarose. Densidade Calórica: 1,0Kcal/ml.

Deverá ser realizada a Reavaliação nutricional e médica a cada seis meses.

Critérios:

- * Alimentação através da sonda;
- * Situações de comprometimento nutricional, comprovadas através de avaliação médica e/ou nutricional, na qual necessitem de suplementação, tais como: a) Doenças alérgicas e imunológicas, b) Neoplasia; c) Doenças do esôfago; d) Desnutrição; e) Doenças neurológicas; f) Doenças degenerativas; g) Distúrbio de absorção de nutrientes; h) Doenças pulmonares.

Requisitos:

- * Preenchimento de cadastro socioeconômico constante no Anexo I, com cópia dos seguintes documentos: Certidão de nascimento da criança, Cartão SUS vinculado ao município, carteira de vacinação em dia, Folha Resumo do Cadastro Único com assinatura e carimbo do responsável, CPF e Cédula de identidade do responsável. Se beneficiário do Programa Bolsa Família, comprovante de regularidade com as condicionantes do programa.
- * Avaliação do pediatra do SUS que deverá preencher rigorosamente a Ficha de Avaliação e Solicitação constante no Anexo II, com a justificativa do uso da fórmula, descrição do CID, e devida anotação na caderneta de vacinação e toda documentação médica necessária ao fornecimento como laudos e receitas.
- * Avaliação e acompanhamento nutricional;

E) TIPO V:

Fórmula líquida padrão, nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica e normolipídica. 1200 kcal/L. Com 100% proteína da soja. Criada especialmente para atender as necessidades nutricionais na manutenção ou recuperação do estado nutricional de pacientes. Dieta isenta de sacarose, lactose e glúten.

Deverá ser realizada a Reavaliação nutricional e médica a cada seis meses.

Critérios:

- * Alimentação através da sonda;
- * Situações de comprometimento nutricional, comprovadas através de avaliação médica e/ou nutricional, na qual necessitem de suplementação, tais como: a) Doenças alérgicas e imunológicas, b) Neoplasia; c) Doenças do esôfago; d) Desnutrição; e) Doenças neurológicas; f) Doenças degenerativas; g) Distúrbio de absorção de nutrientes; h) Doenças pulmonares.

Requisitos:

- * Preenchimento de cadastro socioeconômico constante no Anexo I, com cópia dos seguintes documentos: Certidão de nascimento da criança, Cartão SUS vinculado ao município, carteira de vacinação em dia, Folha Resumo do Cadastro Único com assinatura e carimbo do responsável, CPF e Cédula de identidade do responsável. Se beneficiário do Programa Bolsa Família, comprovante de regularidade com as condicionantes do programa.
- * Avaliação do pediatra do SUS que deverá preencher rigorosamente a Ficha de Avaliação e Solicitação constante no Anexo II, com a justificativa do uso da fórmula, descrição do CID, e devida anotação na caderneta de vacinação e toda documentação médica necessária ao fornecimento como laudos e receitas.
- * Avaliação e acompanhamento nutricional;

3 FRALDAS GERIÁTRICAS DESCARTÁVEIS

Serão ofertadas Fraldas Geriátricas Descartáveis pela assistente social da SMS, que deverá realizar reavaliações semestrais na residência do paciente, com objetivo de definir a necessidade de continuidade do atendimento após aprovação do processo de concessão. A Ficha de Avaliação e Solicitação médica terá validade de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da data da mesma.

Será fornecida a quantidade máxima diária de 06 (seis) unidades. Não serão atendidos pacientes assistidos em planos de saúde e/ou outros serviços privados. Não serão atendidos pacientes institucionalizados, mas apenas aqueles em cuidados domiciliares;

Critérios:

- * Pacientes portadores das seguintes situações:
 1. Portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas;
 2. Portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos;
 3. Portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente.

Requisitos:

- * Preenchimento de cadastro socioeconômico constante no Anexo I, com cópia dos seguintes documentos:

identidade do beneficiário, Cartão do SUS vinculado ao Município, Folha Resumo do Cadastro Único com assinatura e carimbo do responsável.

* Avaliação do médico do SUS que deverá preencher rigorosamente a Ficha de Avaliação e Solicitação constante no Anexo II, com a justificativa do uso da fralda e a descrição do CID.

* Avaliação e acompanhamento nutricional;

4 ÓCULOS

Serão concedidos óculos com lente focal e bifocal, fornecidos conforme processo licitatório correspondente, prescritos por oftalmologista da Rede Pública.

CRITÉRIOS:

* Avaliação do Oftalmologista da Rede Pública de Saúde, com a descrição pormenorizada da patologia;

REQUISITOS:

* Preenchimento de cadastro socioeconômico constante no Anexo I, com cópia dos seguintes documentos:

Certidão de nascimento da criança, Cartão SUS vinculado ao município, carteira de vacinação em dia, Folha Resumo do Cadastro Único com assinatura e carimbo do responsável, CPF e Cédula de identidade do responsável. Se beneficiário do Programa Bolsa Família, comprovante de regularidade com as condicionantes do programa.

* Avaliação do pediatra do SUS que deverá preencher rigorosamente a Ficha de Avaliação e Solicitação constante no Anexo II, com a justificativa do uso da fórmula, descrição do CID, e devida anotação na caderneta de vacinação e toda documentação médica necessária ao fornecimento como laudos e receitas.

5 FLUXOGRAMA

* Ficha De Avaliação E Solicitação Para Fornecimento De Leite Pasteurizado, Fórmula E Dietas Alimentares, Fraldas E Óculos constante no Anexo II preenchida pela equipe de referência, com todos os documentos necessários anexados ao pedido - OBRIGATÓRIO

* Avaliação da Condição Socioeconômico do paciente - OBRIGATÓRIO



MUNICÍPIO DE BAIXO GUANDU | www.pmbg.es.gov.br

Rua Francisco Ferreira, nº 40
Centro - Baixo Guandu - Espírito Santo
CEP 29.730-000 - Tel/Fax: (27) 3732-8914
CNPJ 27.155.737/0001-10

*
Avaliação

nutricional quando necessário;

*Avaliação pelo Oftalmologista, quando necessário;

* Aprovação dos Critérios e Requisitos atestada na Ficha de Avaliação e Solicitação de Solicitação pela Assistente social;

* Distribuição do item solicitado.

CADASTRO SOCIOECONÔMICO

A) Identificação: NÚMERO DA FAMÍLIA: _____ UND. DE ATEND.: _____

PACIENTE: _____ D.N.: ___/___/___ IDADE: _____

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

CPF: _____ ID: _____ D.N.: _____

Outros membros da família? () Não () Sim Quantos: _____

Nome: _____ Grau de parentesco: _____

Nome: _____ Grau de parentesco: _____

Nome: _____ Grau de parentesco: _____

Nome: _____ Grau de parentesco: _____

Nome: _____ Grau de parentesco: _____

Alguma pessoa com deficiência? () Não () Sim Descrição: _____

B) Qual sua situação atual de moradia? () Própria () Cedida () Alugada () Moradia pertencente e/ou mantida pelo município de origem () Outros _____

C) Quantos possuem renda? _____ Descrição: _____

_____ Renda total

da família: () Menos de 1 Salário Mínimo () de 1 até 2 Salários Mínimos () Mais de 2 Salários Mínimos.

É beneficiário do programa Bolsa Família? () Não () Sim Quantos membros? _____

Valor Recebido? _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

ASSUMO INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS DECLARAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO E NA ENTREVISTA.

Baixo Guandu/ES, ___/___/___

Assinatura do Solicitante

PARA USO DA EQUIPE TÉCNICA

PARECER: _____

DATA: ___/___/___

Assinatura e Carimbo do responsável

AVALIAÇÃO E SOLICITAÇÃO PARA FORNECIMENTO DE LEITE PASTEURIZADO, FÓRMULA E DIETAS ALIMENTARES, FRALDAS E ÓCULOS

Deve ser preenchida pela Equipe de Referência de Saúde do SUS.

A) IDENTIFICAÇÃO: NÚMERO DA FAMÍLIA: _____ UND. DE ATEND.: _____

PACIENTE: _____ D.N.: ____/____/____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____ Nº: _____

BAIRRO: _____ CONTATO: _____

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

CPF: _____ ID: _____ D.N.: _____

NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

B) ITEM SOLICITADO:

() Infantil (0 a 6 meses)

() Fórmula Tipo I

() Fórmula Tipo II

() Fórmula Tipo III

() Fórmula Tipo IV

() Fórmula Tipo V

() Fraldas Geriátricas TAM: _____

() Óculos



PMBG

*REFEITURA MUNICIPAL DE BAIXO GUANDU | www.pmbg.es.gov.br

Rua Francisco Ferreira, nº 40
Centro - Baixo Guandu - Espírito Santo
CEP 29.730-000 - Tel/Fax: (27) 3732-8914
CNPJ 27.165.737/0001-10

E) AVALIAÇÃO FINAL:

NO MOMENTO NÃO PREENCHE OS CRITÉRIOS.

LIBERADO FORNECIMENTO.

PERÍODO: _____ QDT. MENSAL: _____

OBSERVAÇÕES:



PMBG

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIXO GUANDU | www.pmbg.es.gov.br

Rua Francisco Ferreira, nº 40
Centro - Baixo Guandu - Espírito Santo
CEP 29.730-000 - Tel/Fax: (27) 3732-8914
CNPJ 27.165.737/0001-10

Data: ___/___/___

Assinatura e Carimbo:

ANEXO III

COMPROVANTE DE ENTREGA

IDENTIFICAÇÃO:

Nº DA FAMÍLIA: _____

NOME DO BENEFICIÁRIO: _____

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

ITEM FORNECIDO:

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA: _____

Declaro para os devidos fins que recebi o item acima descrita na data de hoje.

Nome: _____

Data: ___ de ___ de _____.



PMBG

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIXO GUANDU | www.pmbg.es.gov.br

Rua Francisco Ferreira, nº 40
Centro - Baixo Guandu - Espírito Santo
CEP 29.730-000 - Tel/Fax: (27) 3732-8914
CNPJ 27.165.737/0001-10

Assinatura: _____

CPF /ID: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIXO GUANDU
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO

(Publicação Mural – Art. 90, Lei 1380/90 – Emenda 013/2005).

ADONIAS MENEGÍDIO DA SILVA,
Secretário Municipal de Administração e
Finanças, por nomeação na forma da Lei.

CERTIFICA, ter sido afixado, na data *infra*, no Mural da Prefeitura Municipal de Baixo Guandu – ES, a Lei nº **2.949/2017** de 26 de dezembro de 2017, que “*Institui Programa de Distribuição de Fórmulas e Dietas Alimentares, Fraldas e Óculos*”, nos termos do disposto no Art. 90, inciso II, da Lei Municipal nº 1380, de 05 de abril de 1990 – **LEI ORGÂNICA MUNICIPAL**.

Baixo Guandu (ES), 26 de dezembro de 2017.

ADONIAS MENEGÍDIO DA SILVA
Secretário Municipal de Administração e Finanças