

"ITEM 1"



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Prefeitura Municipal de Piracaia

27  
9

Paciente: \_\_\_\_\_

Necessita realizar o teste de glicemia \_\_\_\_\_ vezes ( ) dia ou ( ) semana

Sem mais,

\_\_\_\_\_  
Médico

Item 2

29

### RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b> <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACAIA</b> Av. Dr. Cândido Rodrigues, 120 - Centro Cep 12970-000 - Piracaia - SP CNPJ (MF) 45.279.627/0001-61
---

1ª VIA - FARMÁCIA - BRANCA

2ª VIA - PACIENTE - ROSA

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b>
Nome: _____
Ident. _____ Órg. Emissor _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

<b>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</b>
ASS. DO FARMACÊUTICO _____
DATA: ____ / ____ / ____



*20*

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		B
UF	NÚMERO	
	Série S	
SP	Nº 17 - 298625	

de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Descrição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		B
UF	NÚMERO	
	Série S	
SP	Nº 17 - 298625	

de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	_____
Endereço:	_____
Telefone:	_____
Identidade Nº:	_____
Órgão Emissor:	_____

*no bloco de 30. (4)*

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
<b>DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE</b>
Rua Jan Antonin Bata, 06 - Centro - Cep 12970-000
Piracaia - SP
CNPJ 45.279.627/0001-61

Medicamento ou Substância
Quantidade e Forma Farmacêutica
Dose por Unidade Posológica
Posologia

CARIMBO DO FORNECEDOR	
Nome do Vendedor	_____
Data	____/____/____

ITEM 411

# REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

UF **SP** CNES da Unidade de Saúde **2040514**  
 Unidade de Saúde **CSII JOSE F ROSAS**

Município **PIRACAIÁ** Prontuário \_\_\_\_\_

## INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS \_\_\_\_\_

Nome Completo da Mulher \_\_\_\_\_

Nome Completo da Mãe \_\_\_\_\_

Apelido da Mulher \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_ Órgão Emissor \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CNPF (CPF) \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Dados Residenciais

Logradouro \_\_\_\_\_

Número \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Código do Município **3538600** Município **PIRACAIÁ**

CEP **12970-000** DDD \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Ponto de Referência \_\_\_\_\_

Escolaridade:  Analfabeta  1º Grau incompleto  1º Grau Completo  2º Grau incompleto  2º Grau Completo  Ensino Superior Completo

## DADOS DE ANAMNESE

1. Fez o exame preventivo (Papanicolau) alguma vez?  
 Sim. Quando fez o último exame? ano \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Não  Não sabe
2. Usa DIU?  Sim  Não  Não sabe
3. Está grávida?  Sim  Não  Não sabe
4. Usa pílula anticoncepcional?  Sim  Não  Não sabe
5. Usa hormônio / remédio para tratar menopausa?  Sim  Não  Não sabe
6. Já fez tratamento por radioterapia?  Sim  Não  Não sabe
7. Data da última menstruação / regra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Não sabe / Não lembra
8. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais? (não considerar a primeira relação sexual na vida)  
 Sim  Não / Não sabe / Não lembra
9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa? (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência da reposição hormonal)  
 Sim  Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

## EXAME CLÍNICO

10. Inspeção do colo  
 Normal  Ausente (anomalias congênicas ou retirado cirurgicamente)  Alterado  Colo não visualizado
11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?  
 Sim  Não

Data da coleta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Coletador \_\_\_\_\_

le, endereço e nome da mãe da paciente preenchidos. ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem nome.



DEPARTAMENTO DE SAÚDE DE PIRACAIA  
ELETROCARDIOGRAMA

HORA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MÉDICO: \_\_\_\_\_

**ORIENTAÇÕES: não vir de relógio ,chave, brincos ,anéis e moedas nos bolsos**

25  
9

"Item 6"

MUNICÍPIO DE PIRACAIA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Rua Jan Antonin Bata, nº 06 - Centro - 12970-000 - Piracaia - SP  
Tel.: (11) 4036-2720 - saúde@piracaia.sp.gov

SOLICITAÇÃO DE RETORNO

Paciente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Pront.: \_\_\_\_\_

Retorno solicitado para: \_\_\_\_\_

( ) Com exames.

Médico solicitante: 3 mil

30 blocos  
cl 100

"Item 7"

"Item 8"



# SAMU REGIONAL BRAGANÇA

## 192

Atibaia - Bom Jesus dos Perdões - Bragança Paulista  
Joanópolis - Nazaré Paulista - Pedra Bela  
Pinhalzinho - Piracajá - Socorro - Tuiuti - Vargem

### FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Suporte Básico de Vida

30

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ QRU \_\_\_\_\_ VTR \_\_\_\_\_ Médico regulador \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_  Masc  Fem

**DESCRIÇÃO DO CASO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vítima encontrada	Dispositivos de segurança
Encarceramento <input type="radio"/> mecânico <input type="radio"/> físico I <input type="radio"/> físico II Ejetada _____ metros	Cinto de segurança <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> motorista/piloto <input type="radio"/> passageiro dianteiro <input type="radio"/> passageiro traseiro/ garupa <input type="radio"/> pedestre/ciclista	<input type="radio"/> air bag deflagrado
<input type="radio"/> deambulando <input type="radio"/> sentada <input type="radio"/> deitada <input type="radio"/> dorsal <input type="radio"/> ventral <input type="radio"/> DLE <input type="radio"/> DLD	Capacete <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> Não
	Retirado <input type="radio"/> próprio paciente <input type="radio"/> outros

Avaliação primária / secundária	Enchimento capilar	Resposta motora
X _____	<input type="radio"/> < 2 segundos <input type="radio"/> > 2 segundos	<input type="radio"/> As ordens <input type="radio"/> Localiza a dor <input type="radio"/> Flexão normal <input type="radio"/> Flexão anormal <input type="radio"/> Extensão <input type="radio"/> Ausente
A _____	<b>Cincinatti</b>	<b>Resposta verbal</b> <input type="radio"/> Orientado <input type="radio"/> Confuso <input type="radio"/> Palavras <input type="radio"/> Sons <input type="radio"/> Ausente
B _____	<b>Sorriso</b> <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado	
C _____	<b>Movimentação</b> <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado	<b>Abertura ocular</b> <input type="radio"/> Espontânea <input type="radio"/> Ao som <input type="radio"/> A pressão / dor <input type="radio"/> Nenhuma
D _____	<b>Articulação da fala</b> <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado	
E _____	<b>Pupilas</b> 	

Antecedentes patológicos \_\_\_\_\_

Medicamentos em uso \_\_\_\_\_

Alergias  Nega/Desconhece  Impossibilidade de responder  Sim \_\_\_\_\_

Última refeição  Impossibilidade de responder  Tempo \_\_\_\_\_

Refere uso de  bebidas alcoólicas  entorpecentes \_\_\_\_\_

Perda de  Tampão mucoso  Líquido  Sangue

G \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

DUM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ IG \_\_\_\_\_ DU \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS						
Hora _____	PA _____	FC _____	FR _____	DX _____	SAT _____	TAX _____
Hora _____	PA _____	FC _____	FR _____	DX _____	SAT _____	Peso _____

RECÉM-NASCIDO	Sinais vitais	1º minuto	5º minuto
	Hora nascimento _____	Frequência cardíaca	
	Esforço respiratório		
	Tônus muscular		
	Irritabilidade reflexa		

**MEDICAÇÃO ADMINISTRADA / PRESCRIÇÃO VIA TELEMEDICINA**

Fármaco	Dose	Via	Horário

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS / DISPOSITIVOS UTILIZADOS**

<input type="checkbox"/> Aspiração de VAS	<input type="checkbox"/> Pranchamento	<input type="checkbox"/> Acesso periférico _____
<input type="checkbox"/> Cânula de guedel	<input type="checkbox"/> Remoção em cadeira	<input type="checkbox"/> Acesso periférico _____
<input type="checkbox"/> Cintos de segurança	<input type="checkbox"/> Retirada de capacete	<input type="checkbox"/> Colar cervical _____
<input type="checkbox"/> Curativo de 03 pontos	<input type="checkbox"/> Retirada de corpo estranho	<input type="checkbox"/> Oxigênio _____
<input type="checkbox"/> Curativo oclusivo compressivo	<input type="checkbox"/> Retirada de prótese dentária	<input type="checkbox"/> RCP _____ minutos - _____ choques
<input type="checkbox"/> DEA / Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Rolamento <input type="checkbox"/> 90º <input type="checkbox"/> 180º	_____
<input type="checkbox"/> Estabilização cervical manual	<input type="checkbox"/> Torniquete – instalado _____	_____
<input type="checkbox"/> Imobilização de pelve	<input type="checkbox"/> Tração da mandíbula	_____
<input type="checkbox"/> Inclinação da cabeça / elevação do mento	<input type="checkbox"/> Ventilação com ambu	_____
<input type="checkbox"/> Imobilizador de cabeça	Imobilização <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE	_____
<input type="checkbox"/> Oximetria digital	Imobilização de ombro <input type="checkbox"/> Dir <input type="checkbox"/> Esq	_____
Técnica para extricação veicular <input type="checkbox"/> Auto	<input type="checkbox"/> 0º <input type="checkbox"/> 30º <input type="checkbox"/> 60º <input type="checkbox"/> 90º	<input type="checkbox"/> Retirada rápida

Anotações \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**TRANSPORTE ATÉ UNIDADE DE SAÚDE**

Intercorrências  Não  Sim \_\_\_\_\_

DADOS DA EQUIPE	DESTINO FINAL
Enfermeiro _____	<input type="checkbox"/> Óbito no local / durante o atendimento
Enfermagem _____	<input type="checkbox"/> Alta no local da ocorrência
Condutor _____	<input type="checkbox"/> Encaminhado à Unidade de Saúde
Médico _____	Local _____
	Receptor _____

**TERMO DE RECUSA LIVRE E ESCLARECIDO**

Estando devidamente orientado e informado sobre os riscos à que possa estar exposto, com eventuais sequelas irreversíveis e risco de morte, recuso  receber atendimento pela equipe do SAMU  ser encaminhado para uma Unidade de Saúde pela equipe do SAMU, assumindo todos os riscos derivados desta ação, ou também recuso  assinar o presente termo.

RG / CPF \_\_\_\_\_ Assinatura do paciente \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Testemunha 1 \_\_\_\_\_ Testemunha 2 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 RG / CPF \_\_\_\_\_ RG / CPF \_\_\_\_\_

**CANCELAMENTO DA OCORRÊNCIA**

Motivo \_\_\_\_\_



**SAMU REGIONAL BRAGANÇA**  
**192**  
Atibaia - Bom Jesus dos Perdões - Bragança Paulista  
Joanópolis - Nazaré Paulista - Pedra Bela  
Pinhalzinho - Piracaba - Socorro - Toluí - Vargem

Item 9

FICHA DE CONFERÊNCIA DIÁRIA DE VIATURA

Suporte Básico de Vida - Prefixo \_\_\_\_\_

32

COMPARTIMENTOS DA VIATURA					
Gaveta 1	Quant	CK	CK	CK	CK
Fita de sinalização	01				
Lanterna	01				
<b>Gaveta 2</b>	<b>Quant</b>	<b>CK</b>	<b>CK</b>	<b>CK</b>	<b>CK</b>
Avental descartável	03				
Manta térmica	02				
Óculos de proteção	02				
<b>Compartmento 1</b>	<b>Quant</b>	<b>CK</b>	<b>CK</b>	<b>CK</b>	<b>CK</b>
Capa para colchão	02				
Cateter nasal	02				
Esfigmomanômetro obeso	01				
Esfigmomanômetro ped	01				
Kit ambú neonatal	01				
Kit ambú pediátrico	01				
Kit parto	01				
Máscara de alto fluxo adulto	02				
Máscara de alto fluxo infantil	02				
Máscara de inalação adulta	02				
Máscara de inalação infantil	02				
Saco de lixo pequeno	03				
Face shield	02				
<b>Compartmento 2</b>	<b>Quant</b>	<b>CK</b>	<b>CK</b>	<b>CK</b>	<b>CK</b>
Aspirador + Kit aspiração	01				
Coletor de perfurocortante	01				
DEA com pá adulto e infantil	01				
Fluxômetro de oxigênio	01				
Máscara de inalação adulto	01				
<b>Compartmento 3</b>	<b>Quant</b>	<b>CK</b>	<b>CK</b>	<b>CK</b>	<b>CK</b>
Atadura 10 cm	06				
Atadura 15 cm	06				
Bandagem triangular	02				
Cinta pélvica	01				
Cinto aranha adulto	01				
Compressa estéril	10				
Gaze estéril	10				
Kit colar cervical	02				
Kit protetor de cabeça	02				
Lençol / cobertor de tecido	01				
Sobre maca infantil	01				
Tirantes	06				
<b>Compartmento 4</b>	<b>Quant</b>	<b>CK</b>	<b>CK</b>	<b>CK</b>	<b>CK</b>
Kit punção + Pote de algodão	01				
Ringer lactato 500 ml	05				
SF 0,9% 250 ml	03				
SF 0,9% 500 ml	04				
SG 5% 250 ml	01				
<b>Compartmento 5</b>	<b>Quant</b>	<b>CK</b>	<b>CK</b>	<b>CK</b>	<b>CK</b>
Almotolia álcool 70%	01				
Almotolia álcool gel	01				
Almotolia clorexidine	01				
Almotolia H <sup>2</sup> O <sup>2</sup>	01				
Esparadrapo	01				
Fita adesiva	01				
Luva de procedimento P	01				
Luva de procedimento M	01				
Luva de procedimento G	01				
Máscara facial simples	01				
<b>Compartmento livre</b>	<b>Quant</b>	<b>CK</b>	<b>CK</b>	<b>CK</b>	<b>CK</b>
Cadeira de rodas	01				
Cilindro de O <sup>2</sup> grande	02				
Cilindro de O <sup>2</sup> portátil	01				
Prancha longa	02				
<b>Baú</b>	<b>Quant</b>	<b>CK</b>	<b>CK</b>	<b>CK</b>	<b>CK</b>
Capa de chuva	02				
Chave de cilindro O <sup>2</sup>	01				
Cilindro de O <sup>2</sup> portátil reserva	01				
KED adulto	01				
KED infantil	01				
Kit talas de imobilização	02				
Luvas de raspa	02				
Rolo de lençol descartável	01				

MOCHILA DE PROCEDIMENTOS					
Material / Equipamento	Quant	CK	CK	CK	CK
Atadura 10 cm	05				
Atadura 15 cm	05				
Bandagem triangular	01				
Coletor de perfurocortante	01				
Compressa estéril	04				
Esfigmomanômetro adulto	01				
Esparadrapo	01				
Estetoscópio	01				
Gaze estéril	08				
Hemoglicosímetro com fita	01				
Kit ambú adulto	01				
Kit cânula de guedel	01				
Kit luvas de procedimentos	01				
Kit punção + Pote de algodão	01				
Manta térmica	01				
Oxímetro digital	01				
Protetor de evisceração	01				
Ringer lactato 500 ml	01				
Saco de lixo pequeno	01				
SF 0,9% 250 ml	01				
SG 5% 250 ml	01				
Termômetro digital	01				
Tesoura ponta romba	01				
Torniquete	02				

MOCHILA DE MEDICAMENTOS					
Medicamento	Quant	CK	CK	CK	CK
AAS 100 mg	10				
Captopril 25 mg	05				
Paracetamol Gts	01				
Dipirona Gts	01				
Água destilada 10 ml	10				
Adrenalina 1 mg	05				
Cetoprofeno 100 mg	02				
Difenidramina 50 mg	02				
Dimenidrato 30 mg	02				
Dipirona 1 g	04				
Glicose 25%	08				
Glicose 50%	08				
Hidrocortisona 100 mg	02				
Hioscina simples 20 mg	02				
Metilprednisolona 125 mg	02				
Metoclopramida 10 mg	02				
Ocitocina 5 UI	02				
Omeprazol 40 mg	02				
Ranitidina 50 mg	02				
Tiamina 100 mg	05				
Diazepam 10 mg EV	02				
Haloperidol 05 mg	02				
Tramal 100 mg	02				
Prometazina 50 mg IM	02				
Fenoterol	01				
Ipatrópio	01				
Kit agulha + Kit seringa	01				

CHECAGEM POR PLANTÃO	
Data ____ / ____ / ____	Turno: <input type="radio"/> Diurno <input type="radio"/> Noturno
Data ____ / ____ / ____	Turno: <input type="radio"/> Diurno <input type="radio"/> Noturno
Data ____ / ____ / ____	Turno: <input type="radio"/> Diurno <input type="radio"/> Noturno







SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 CRG REGIONAL BRAGANÇA



### Avaliação de Qualidade da Assistência

34  
11

Equipe: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ VTR: \_\_\_\_\_ QRU: \_\_\_\_\_

Telefone fixo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

- Durante a ligação para o SAMU o atendente foi educado durante o atendimento?  
(1) Muito educado (2) Educado (3) Pouco educado (4) Mal educado
- Durante o atendimento a equipe foi cordial, prestativa e educada?  
(1) Atendeu muito bem (2) atendeu bem (3) atendeu regular (4) atendeu mal
- De acordo com seu conhecimento, a equipe realizou os procedimentos corretamente?  
(1) Sim (2) não, justifique \_\_\_\_\_
- A equipe que lhe atendeu estava uniformizada (macacão, botas, luvas, óculos e máscara) e com identificação?  
(1) Sim (2) não, justifique \_\_\_\_\_
- Sobre a viagem até o hospital, você se sentiu seguro da forma como o motorista dirigiu a ambulância?  
(1) Segura (2) não segura
- Sobre a conservação e limpeza da ambulância, você diria que ela esta:  
(1) Muito limpa (2) limpa (3) Suja (4) muito suja
- Qual nota você dá para a equipe que realizou seu atendimento?  
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

( ) Recusou participar da avaliação

( ) Impossibilidade/Motivo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ass. Usuário

\_\_\_\_\_  
Ass. Equipe/Carimbo

OBS: Esta ficha deverá ser entregue/ enviada semanalmente para a coordenação do SAMU 192 Regional Bragança para tabulação.

"Item 12"



SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CNES
--	----------

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE	4 - Nº DO PRONTUÁRIO
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	7 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
	13 - UF
	14 - CEP

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	17 - QTDE.
---------------------------------------	-------------------------------------	------------

## PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	20 - QTDE.
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE.
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE.
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE.
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE.

## JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	34 - CID10 PRINCIPAL	35 - CID10 SECUNDÁRIO	36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
37 - OBSERVAÇÕES			

## SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	39 - DATA DA SOLICITAÇÃO	42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
40 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC a / /

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	52 - CNES
---	-----------

PESQUISA DE PACIENTES ALÉRGICOS

Este questionário tem por objetivo identificar pacientes alérgicos ou potencialmente alérgicos que realizarem estudos radiológicos e necessitem utilizar contraste iodado eventualmente venham precisar de preparo e atendimento adequado.

EXAME: TOMOGRAFIA ( )                      UROGRAFIA ( )                      FLEBOGRAFIA ( )

1. Você tem algum tipo de alergia?      Sim ( )      Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

2. Você já utilizou contraste iodado endovenosamente ou por via oral ( Tomografia computadorizada, Arteriografia, Ur Excretora ou Colestítograma oral?

SIM ( )                      NÃO ( )                      NÃO SEI ( )

3. Você já apresentou reação alérgica ao utilizar contraste iodado?

SIM ( )                      NÃO ( )                      NÃO SEI ( )

4. Você apresentou alergias a medicamentos por via oral ou cutâneo (iodado de potássio, Iodo)?

SIM ( )                      NÃO ( )                      NÃO SEI ( )

5. Você tem alergia a alimentos como camarão, peixe ou outros frutos do mar?

SIM ( )                      NÃO ( )                      NÃO SEI ( )

6. Você tem alergia a sulfas?

SIM ( )                      NÃO ( )                      NÃO SEI ( )

7. Você tem alergia a Penicilina?

SIM ( )                      NÃO ( )                      NÃO SEI ( )

8. Você tem alergia de pele (urticária)?

SIM ( )                      NÃO ( )                      NÃO SEI ( )

9. Você apresenta rinite alérgica?

SIM ( )                      NÃO ( )                      NÃO SEI ( )

10. Você apresenta asma brônquica?

SIM ( )                      NÃO ( )                      NÃO SEI ( )

11. Você está grávida?

SIM ( )                      NÃO ( )                      NÃO SEI ( )

12. Você tem Diabetes?

SIM ( )                      NÃO ( )                      NÃO SEI ( )

13. Qual medicamento está usando para Diabetes? \_\_\_\_\_

14. Você tem certeza das respostas dadas?      SIM ( )                      NÃO ( )                      NÃO SEI ( )

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                      Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Trazer este questionário respondido no dia do exame, sem o qual não será possível a realização do exame.



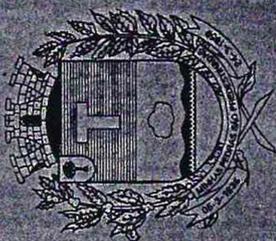


## PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACAIA

CNPJ 45.279.627/0001-61

Avenida Dr. Cândido Rodrigues, 120 - Tel.: (11) 4036-2040  
CEP 12970-000 - Piracaia - SP - gabinete@piracaia.sp.gov.br

Item 15



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACAIA

CNPJ 45.279.627/0001-61

Avenida Dr. Cândido Rodrigues, 120 - Tel.: (11) 4036-2040  
CEP 12970-000 - Piracaia - SP - gabinete@piracaia.sp.gov.br

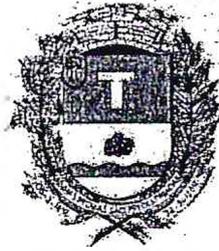
"ITEM 16"

16  
0



Amarulo

"ITEM 18"



**Prefeitura Municipal de Piracaia**

DIVISÃO:

DEPARTAMENTO DE: \_\_\_\_\_

DIVISÃO: \_\_\_\_\_

Processo N.º \_\_\_\_\_

Ano \_\_\_\_\_

Interessado \_\_\_\_\_

Assunto \_\_\_\_\_

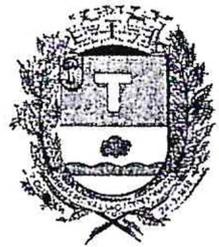
Despacho \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO:

Data \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Processo sob n.º \_\_\_\_\_ Livro n.º \_\_\_\_\_ Fls. \_\_\_\_\_

*Arzul*



**Prefeitura Municipal de Piracaia**

**DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO**

**DIVISÃO DE PROTOCOLO E ARQUIVO**

Processo N° \_\_\_\_\_

Ano \_\_\_\_\_

Interessado \_\_\_\_\_

Assunto \_\_\_\_\_

Despacho \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

SS  
9



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRACAIA**



Estado de São Paulo

56  
9

## INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO AUTO DE INFRAÇÃO

### I - COMPETE À SEÇÃO DE MULTAS:

- A) Controle de entrega de balonários dos autos de infração.
- B) Recebimento das 1as. vias dos autos de infração.
- C) Determinar as correções ou substituições de autos de infração com ilegibilidade, erros ou rasuras.
- D) Cumprir e fazer cumprir as instruções vigentes.

### II - COMPETE AO AGENTE PORTADOR:

- A) O preenchimento legível sem rasuras dos campos abaixo descritos:

#### 1.2 - IDENTIFICAÇÃO DO AUTO DE INFRAÇÃO:

Numeração pré-impressa, de acordo com as normas estabelecidas pelo DENATRAN.

#### 2 - IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO:

**2.1 - PLACA** - Preencher com as letras e algarismos da placa do veículo e a seguir colocar um "X" sobre as letras e algarismos correspondentes, observando o seguinte: assinalar a primeira linha horizontal do alfabeto, de cima para baixo impressa no auto, correspondendo à primeira letra da placa da esquerda para a direita, sucessivamente, o mesmo ocorrendo com os algarismos. Quando a placa do veículo contiver apenas duas letras, deixar em branco a primeira posição à esquerda, deixando em branco a primeira linha horizontal do alfabeto impresso.

**2.2 - MARCA** - Escrever a marca do veículo.

**2.3 - ESPÉCIE** - Com um "X" no quadriculado correspondente.

#### 3 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR:

**3.1** - Preencher com o nome do condutor, extraído da CNH ou permissão para dirigir ou outro documento quando for habilitado.

**3.2** - Anotar o número do PGU ou permissão para dirigir.

**3.3 - U.F.** - Preencher com a sigla da unidade da federação à qual pertença a CNH ou permissão para dirigir.

**3.4** - Anotar o número do CPF.

#### 4 - IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DE COMETIMENTO DA INFRAÇÃO:

**4.1** - Anotar o nome da rua, logradouro número ou anotações que identifiquem pontos de referência onde foi cometida a infração.

**4.2** - Anotar "DIA", "MES" e "ANO" em que ocorreu a infração.

**4.3** - Anotar o horário e minuto em que foi cometida a infração.

**4.4** - Código do município de Piracéia (pré impresso).

**4.5** - Anotar em algarismos arábicos o total das infrações cometidas e por extenso.

**4.6** - Município onde ocorreu a infração, Piracéia (pré impresso).

**4.7** - Estado onde ocorreu a infração, SP (pré impresso).

#### 5 - IDENTIFICAÇÃO DA INFRAÇÃO:

Anotar o código da infração conforme tabela e descrever sucintamente a sua tipificação.

**5.1** - Anotar o código da infração cometida assinalada com um "X" o quadriculado correspondente, podendo ser lavrado no mesmo auto de infração até o limite de 3 (três) infrações.

**5.2 - OUTRAS INFRAÇÕES:** anotar o código da infração conforme tabela e descrever sucintamente a sua tipificação.

#### 6 - RECOLHIMENTO:

No caso de recolhimento de "CNH", permissão para dirigir, veículo "CLA" ou "CRLV", assinalar com um "X" no quadriculado correspondente.

**6.1** - Anotar o número e série do comprovante de recebimento "CR".

**7 - OBS.:** utilizar esse campo para melhor caracterização ou complementação da infração.

#### 8 - IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE:

**8.1** - Assinatura do agente após o preenchimento e conferência dos dados.

**8.2** - Preencher este campo com o "RG".

**8.3** - Assinatura do infrator.

**8.4** - Certidão.

57  
9

 <b>DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA PÚBLICA DE TRÂNSITO</b> Av. Papa João XXIII, 102 - Centro - Piracaja/SP Cep: 12570-000 - Fone: (11) 4026-6619 e-mail: demtran_piracaja@yahoo.com.br 14111 DE INFRAÇÃO LICENCIAMENTO DE VEÍCULO AUTOMOTOR <b>21618171310</b>		<b>1.2 - IDENTIFICAÇÃO DO A.L.</b> 1.1 - SÉRIE <b>B</b> 1.4 - PAVIA <b>43</b> 1.5 - NÚMERO	
<b>2 - IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO</b>			
<b>2.1 - PLACA DO VEÍCULO</b> _____		<b>2.2 - MARCA</b> <input type="checkbox"/> AUDI <input type="checkbox"/> FORD <input type="checkbox"/> KASPISKI <input type="checkbox"/> SUZUKI <input type="checkbox"/> VOLVO <input type="checkbox"/> BMW <input type="checkbox"/> GM <input type="checkbox"/> M. BENZ <input type="checkbox"/> TOYOTA <input type="checkbox"/> YAMAHA <input type="checkbox"/> CITROEN <input type="checkbox"/> HONDA <input type="checkbox"/> MITSUBISHI <input type="checkbox"/> RENAULT <input type="checkbox"/> DAFRA <input type="checkbox"/> HYUNDAI <input type="checkbox"/> NISSAN <input type="checkbox"/> VOLKSWAGEN <input type="checkbox"/> FIAT <input type="checkbox"/> KIA <input type="checkbox"/> PEUGEOT <input type="checkbox"/> OUTRA	
<b>2.3 - ESPÉCIE</b> 01 <input type="checkbox"/> Passageiro    03 <input type="checkbox"/> Misto    05 <input type="checkbox"/> Triciclo    08 <input type="checkbox"/> Especial 02 <input type="checkbox"/> Carga    04 <input type="checkbox"/> Competição    07 <input type="checkbox"/> Coleção			
<b>3 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR</b>			
3.1 - Nome			
3.2 - N° do Registro da C.N.H.			
3.3 - U.F.		3.4 - N° C.P.F.	
<b>4 - IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DE COMETIMENTO DA INFRAÇÃO</b>			
4.1 - Local da Infração			
4.2 - Dia	Mês	Ano	4.3 - Hs. Min.
4.4 - Cód. Município		4.5 - N° da Infração	
06873			
4.6 - Município da Infração / PIRACAJA		4.7 - UF / SP	
<b>5 - TIPIFICAÇÃO DA INFRAÇÃO</b>			
5.1 - Código da Infração / desdobramento			
518-5/1 <input type="checkbox"/> Deixar o cond. de usar cinto de segurança		573-8/0 <input type="checkbox"/> Transitar pela contra mão em via de sentido único	
518-5/2 <input type="checkbox"/> Deixar o pass. de usar cinto de segurança		653-0/0 <input type="checkbox"/> Usar no veículo equip. c/ som em volume/freqüência não autorizados pelo CONTRAN	
519-3/0 <input type="checkbox"/> Transp. criança sem observância no GTB		583-5/0 <input type="checkbox"/> Desob. as ordens da Aut. / Agente de trânsito	
521-5/1 <input type="checkbox"/> Dirigir ameaçando pedestre		612-2/0 <input type="checkbox"/> Deixar de dar preferência na faixa de pedestre	
521-5/2 <input type="checkbox"/> Dirigir ameaçando demais veículos		639-4/1 <input type="checkbox"/> Deixar de reduzir a velocidade prox. a escolas	
538-0/0 <input type="checkbox"/> Estacionar nas esquinas a menos de 5 metros		655-4/0 <input type="checkbox"/> Cond. veículo com passag. no comp. de carga	
645-2/1 <input type="checkbox"/> Estacionar no passeio		703-0/1 <input type="checkbox"/> Cond. motocicleta sem capacete	
645-2/2 <input type="checkbox"/> Estacionar sobre faixa destinada a pedestre		704-8/1 <input type="checkbox"/> Cond. motocicleta c/ pass. sem capacete	
645-0/0 <input type="checkbox"/> Estacionar em gula rebaixada destinada a entrada		705-6/1 <input type="checkbox"/> Cond. motocicleta fazendo malabarismo	
552-5/0 <input type="checkbox"/> Estacionar na contra mão de direção		735-6/2 <input type="checkbox"/> Dirigir veículo utilizando-se de telefone celular	
554-1/2 <input type="checkbox"/> Est. em desacordo com a regulamentação - Est. relativo		762-5/1 <input type="checkbox"/> Est. nas vagas reserv. a pessoas c/ deficiência	
555-0/0 <input type="checkbox"/> Estacionar em local / Horário proibido esp. pela sinalização		763-5/2 <input type="checkbox"/> Est. nas vagas reservadas a idosos c/ credencial	
555-8/0 <input type="checkbox"/> Parar ou estacionar em local proibido pela sinalização		763-3/2 <input type="checkbox"/> Dirigir manuseando telefone celular	
5.2 - Outras infrações			
<b>6 - RECOLHIMENTO</b>			
<input type="checkbox"/> Veículo acima descrito		6.1 - COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO N° e Série do C.R.	
<b>7 - OBS.</b>			
<b>8 - IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE</b>			
8.1 - Assinatura do agente		8.2 - RI	
8.3 - Assinatura do Infetor		8.4 - Certidão	
		<input type="checkbox"/> Recusou-se a posnar, mas recebeu a notificação <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Recusou-se a assinar e a receber a notificação <input type="checkbox"/> Prosseguiu na marcha	

58  
9

 <b>DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA PÚBLICA DE TRÂNSITO</b> Av. Papa João XXIII, 102 - Centro - Piracajá/SP Cep: 12970-000 - Fone: (11) 4136-6619 e-mail: deniran_piracaja@yahoo.com.br 1 - ANO DE CRIAÇÃO 2006 2 - NÚMERO DO CÉDULA AUTOMÓVEL <b>21618171310</b>		<b>1.2 - IDENTIFICAÇÃO DO A.L.</b> 1.3 - SEDE <b>B</b> 1.4 - FAIXA <b>43</b> 1.5 - NÚMERO	
<b>2 - IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO</b>			
2.1 - PLACA DO VEÍCULO		2.2 - MARCA	
2.3 - ESPÉCIE 01 <input type="checkbox"/> Passageiro 03 <input type="checkbox"/> Misto 05 <input type="checkbox"/> Tração 02 <input type="checkbox"/> Carga 04 <input type="checkbox"/> Competição 06 <input type="checkbox"/> Especial 07 <input type="checkbox"/> Coleção		<input type="checkbox"/> ALDI <input type="checkbox"/> FORD <input type="checkbox"/> KASRSKI <input type="checkbox"/> SUZUKI <input type="checkbox"/> VEVO <input type="checkbox"/> BMW <input type="checkbox"/> GM <input type="checkbox"/> M. BENZ <input type="checkbox"/> TOYOTA <input type="checkbox"/> YAMAHA <input type="checkbox"/> CITROEN <input type="checkbox"/> HONDA <input type="checkbox"/> MITSUBISHI <input type="checkbox"/> RENAULT <input type="checkbox"/> CADRA <input type="checkbox"/> HYUNDAI <input type="checkbox"/> NISSAN <input type="checkbox"/> VOLKSWAGEN <input type="checkbox"/> FIAT <input type="checkbox"/> KIA <input type="checkbox"/> PEUGEOT <input type="checkbox"/> OUTRA	
<b>3 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR</b>			
3.1 - Nome			
3.2 - Nº do Registro da C.N.H.			
3.3 - U.F.		3.4 - Nº C.P.F.	
<b>4 - IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DE COMETIMENTO DA INFRAÇÃO</b>			
4.1 - Local da Infração			
4.2 - Dia	Mês	Ano	4.3 - Hs. Min.
			4.4 - Cód. Município <b>06873</b>
4.6 - Município da Infração / PIRACAJÁ			4.5 - Nº de Infração
			4.7 - UF / SP
<b>5 - IDENTIFICAÇÃO DA INFRAÇÃO</b>			
5.1 - Código da Infração / desdobramento			
618-5/1 <input type="checkbox"/> Deixar o cond. de usar cinto de segurança 618-5/2 <input type="checkbox"/> Deixar o pass. de usar cinto de segurança 619-3/0 <input type="checkbox"/> Transp. criança sem observância no CTB 621-5/1 <input type="checkbox"/> Dirigir ameaçando pedestre 621-5/2 <input type="checkbox"/> Dirigir ameaçando demais veículos 638-0/0 <input type="checkbox"/> Estacionar nas esquinas a menos de 5 metros 645-2/1 <input type="checkbox"/> Estacionar no passeio 645-2/2 <input type="checkbox"/> Estacionar sobre faixa destinada a pedestre 646-0/0 <input type="checkbox"/> Estacionar em guia rebatida destinada a entrada 652-5/0 <input type="checkbox"/> Estacionar na contra mão de direção 654-1/2 <input type="checkbox"/> Est. em desacordo com a regulamentação - Est. relativo 655-0/0 <input type="checkbox"/> Estacionar em local / Horário proibido esp. pela sinalização 655-3/0 <input type="checkbox"/> Parar ou estacionar em local proibido pela sinalização		673-8/0 <input type="checkbox"/> Transitar pela contra mão em via de sentido único 683-0/0 <input type="checkbox"/> Usar no veículo equip. cf som em volume/freqüência não autorizados pelo CONTRAN 683-5/0 <input type="checkbox"/> Desob. as ordens da Aut. / Agente de trânsito 612-2/0 <input type="checkbox"/> Deixar de dar preferência na faixa de pedestre 639-4/1 <input type="checkbox"/> Deixar de reduzir a velocidade prox. a escolas 655-4/0 <input type="checkbox"/> Cond. veículo com passag. no comp. de carga 703-0/1 <input type="checkbox"/> Cond. motocicleta sem capacete 704-8/1 <input type="checkbox"/> Cond. motocicleta cf pass. sem capacete 705-5/1 <input type="checkbox"/> Cond. motocicleta fazendo malabarismo 738-5/2 <input type="checkbox"/> Dirigir veículo utilizando-se de telefone celular 762-5/1 <input type="checkbox"/> Est. nas vagas reserv. a pessoas cf deficiência 762-5/2 <input type="checkbox"/> Est. nas vagas reservadas a idosos cf credencial 763-3/2 <input type="checkbox"/> Dirigir manuseando telefone celular	
5.2 - Outras Infrações			
<b>6 - RECOLHIMENTO</b>			
<input type="checkbox"/> Veículo acima descrito		6.1 - COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO Nº e Série do C.R.	
7 - OBS:			
<b>8 - IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE</b>			
8.1 - Assinatura do agente		8.2 - RI	
8.3 - Assinatura do infrator		8.4 - Cartão <input type="checkbox"/> Recusou-se a assinar, mas recebeu a notificação <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Recusou-se a assinar e a receber a notificação <input type="checkbox"/> Prosseguiu na marcha	

2ª VIA - INFRATOR

59  
9

Assinatura do infrator confirma o recebimento da 2ª via, não constituindo admissão de culpa, sendo-lhe facultado apresentar 2ª via desta auto ou recurso administrativo.

Recurso Administrativo: Recurso ao Presidente da JARI do local da infração no prazo de 30 (trinta) dias após o recebimento da notificação da imposição da penalidade, instruído com cópias da RG, CPF, CNH ou permissão para dirigir, certificado de propriedade do veículo, certificado de registro e licenciamento ou CLA (Certificado de Licenciamento Anual).

CBS.: Ocorrendo mais de uma infração, apresentar justificativa para cada uma das infrações auferidas no mesmo auto de infração.

LOCAL PARA PROTOCOLAR O RECURSO OU PARA REMESSA POSTAL - DEMTRAN - PIRACAJÁ  
Rua Sete de Setembro, 244 - Centro - CEP 12970-000 - Piracajá - SP  
Tel: (11) 4038-6519 - e-mail: demtran\_piracajá@yahoo.com.br

Artigo 252, as infrações punidas com multa, classificam-se de acordo com a sua gravidade em 4 categorias:

- GRUPO I - GRAVÍSSIMA - 180 UFIR - 7 PONTOS
- GRUPO II - GRAVE - 120 UFIR - 5 PONTOS
- GRUPO III - MÉDIA - 80 UFIR - 4 PONTOS
- GRUPO IV - LEVE - 50 UFIR - 3 PONTOS

TABELA DE INFRAÇÕES DE ACÓRDO COM O CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO - CTB

| Cód. Enq. Art. Inc. |
|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| GRUPO I             | GRUPO I             | GRUPO II            | GRUPO II            | GRUPO III           | GRUPO IV            |
| 601-0 162 I         | 639-4 220 XIV       | 661-4 162 V         | 666-8 230 XIV       | 654-8 225           | 520-7 169           |
| 602-0 162 II        | 655-6 230 I         | 665-0 164 II        | 669-8 230 XV        | 675-0 230 XVI       | 536-3 179 II        |
| 603-7 162 III       | 656-4 230 II        | 672-0 166 I         | 670-0 230 XVI       | 676-9 230 XVII      | 539-8 181 II        |
| 604-5 162 V         | 657-2 230 III       | 673-8 168 II        | 671-8 230 XVII      | 683-1 231 V         | 544-4 181 VII       |
| 605-3 162 VI        | 658-0 230 IV        | 678-9 160           | 672-6 230 XVIII     | 685-9 231 VII       | 554-1 181 XVII      |
| 606-1 163           | 659-9 230 V         | 680-0 162           | 673-4 230 XIX       | 688-6 231 VIII      | 559-4 182 II        |
| 607-0 163           | 660-2 230 VI        | 682-7 194           | 674-2 230 XX        | 687-4 231 IX        | 560-6 182 IV        |
| 608-8 163           | 677-7 231 I         | 683-5 185           | 681-5 231 III       | 689-2 231 X         | 562-2 182 VI        |
| 609-6 163           | 678-5 231 II.A      | 684-3 196           | 682-3 231 IV        | 695-5 236           | 565-1 184 I         |
| 610-0 163           | 679-3 231 II.B      | 690-8 202 I         | 684-0 231 VI        | 708-0 244 VI        | 599-3 205           |
| 611-8 164           | 680-7 231 II.C      | 691-8 202 II        | 689-0 231 X         | 709-9 244 VII       | 644-0 224           |
| 612-6 164           | 690-4 231 X         | 697-5 204           | 692-0 233           | 710-2 244 VIII      | 648-3 227 I         |
| 613-4 164           | 693-9 234           | 604-1 207           | 694-7 235           | 711-0 244 § 1ºA     | 649-1 227 II        |
| 614-2 164           | 697-1 236           | 606-8 209           | 696-3 237           | 712-9 244 § 1ºB     | 650-5 227 III       |
| 615-0 164           | 698-0 239           | 608-4 211           | 699-8 240           | 713-7 244 § 1ºC     | 651-3 227 IV        |
| 616-9 165           | 701-3 242           | 611-4 213 II        | 702-1 243           | 720-0 247           | 652-1 227 V         |
| 617-7 166           | 703-0 244 I         | 615-7 214 IV        | 714-5 245           | 722-0 246           | 691-2 232           |
| 619-3 168           | 704-8 244 II        | 616-5 214 V         | 721-8 248           | 723-4 250 I.A       | 700-5 241           |
| 621-5 170           | 705-6 244 III       | 617-3 215 I         | GRUPO III           | 724-2 250 I.B       | 736-2 254 I         |
| 624-0 173           | 706-4 244 IV        | 618-1 215 II        | 522-3 171           | 725-0 250 I.C       | 739-0 254 II        |
| 625-8 174           | 707-2 244 V         | 621-1 218 I.A       | 523-1 172           | 729-9 250 I.D       | 740-4 254 III       |
| 626-6 174           | 715-3 248           | 623-8 218 II.A      | 534-7 178           | 727-7 250 II        | 741-2 254 IV        |
| 627-4 175           | 716-1 248           | 627-0 220 II        | 527-1 180           | 728-5 250 III       | 742-0 254 V         |
| 628-2 176 I         | 717-0 246           | 628-9 220 III       | 639-0 181 I         | 729-3 251 I         | 743-9 254 VI        |
| 629-0 176 II        | 718-8 246           | 629-7 220 IV        | 541-0 181 IV        | 730-7 251 II        |                     |
| 630-4 176 III       | 719-6 248           | 630-0 220 V         | 643-6 181 VI        | 731-5 252 I         |                     |
| 631-2 178 IV        | GRUPO II            | 631-9 220 VI        | 546-0 181 IX        | 732-3 252 II        |                     |
| 632-0 176 V         | 618-5 187           | 632-7 220 VII       | 647-9 181 X         | 733-1 252 III       |                     |
| 642-8 181 V         | 633-9 177           | 633-5 220 VIII      | 650-9 181 XIII      | 734-0 252 IV        |                     |
| 677-0 189           | 635-5 179 I         | 634-4 220 IX        | 552-5 181 XV        | 735-8 252 V         |                     |
| 679-7 181           | 640-1 181 III       | 635-1 220 X         | 557-8 182 I         | 736-6 252 VI        |                     |
| 681-9 193           | 645-2 181 VIII      | 636-0 220 XI        | 555-0 181 XVII      | 744-7 255           |                     |
| 688-6 200           | 649-7 181 XI        | 637-8 220 XII       | 559-2 182 III       |                     |                     |
| 692-4 203 I         | 649-5 181 XII       | 638-6 220 XIII      | 563-0 182 VII       |                     |                     |
| 693-2 203 II        | 651-7 181 XIV       | 643-2 223           | 564-9 182 VIII      |                     |                     |
| 694-0 203 III       | 653-3 181 XVI       | 645-9 225 I         | 565-7 182 IX        |                     |                     |
| 695-9 203 IV        | 656-8 181 XIX       | 646-7 225 II        | 566-5 182 X         |                     |                     |
| 696-7 203 V         |                     | 653-0 228           | 567-3 183           |                     |                     |
| 699-1 206 I         |                     | 661-0 230 VII       | 570-3 185 I         |                     |                     |
| 600-9 206 II        |                     | 662-0 230 VIII      | 571-1 185 II        |                     |                     |
| 601-7 206 III       |                     | 663-7 230 IX        | 574-6 187 I         |                     |                     |
| 602-5 206 IV        |                     | 664-5 230 X         | 576-2 188           |                     |                     |
| 603-3 206 V         |                     | 665-3 230 XI        | 585-1 197           |                     |                     |
| 605-0 208           |                     | 655-1 230 XII       | 586-0 198           |                     |                     |
| 607-8 210           |                     | 667-0 230 XIII      | 587-8 199           |                     |                     |
| 609-2 212           |                     |                     | 589-4 201           |                     |                     |
| 610-6 213 I         |                     |                     | 619-0 216           |                     |                     |
| 612-2 214 I         |                     |                     | 620-3 217           |                     |                     |
| 613-0 214 II        |                     |                     | 625-4 219           |                     |                     |
| 614-8 214 III       |                     |                     | 640-8 221           |                     |                     |
| 622-0 218 I.B       |                     |                     | 641-6 221 § UNIC    |                     |                     |
| 624-6 216 II.B      |                     |                     | 642-4 222           |                     |                     |
| 626-2 220 I         |                     |                     | 647-5 226           |                     |                     |