

Nível	Formação (Cite a titulação)	Ano de Conclusão
Técnico nível médio		
Graduação/Tecnólogo		
Especialização		
Mestrado		
Doutorado		
Pós-Doutorado		

(*)Anexar cópia autenticada dos documentos comprobatórios

III – EXPERIÊNCIA DOCENTE (NA ÁREA DA SAÚDE) NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

() Sim () Não

(*)Anexar cópia autenticada dos documentos comprobatórios

IV – EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL (NA ÁREA DA SAÚDE) NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

() Sim () Não

(*)Anexar cópia autenticada dos documentos comprobatórios

V – PARTICIPAÇÃO EM BANCAS EXAMINADORAS OU ORIENTAÇÕES DE TRABALHO CIENTÍFICO NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

() Sim () Não

(*)Anexar cópia dos documentos comprobatórios

VI – PRODUÇÃO CIENTÍFICA NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

() Sim () Não

(*)Anexar cópia dos documentos comprobatórios

VII – ATIVIDADES ATUAIS

Descrever as atividades profissionais atuais desenvolvidas.

Local e Data Assinatura

Republica-se por conter incorreção no original, publicado no D.O.E nº 8.875 de 06 de março de 2015 - pág.: 04.

EXTRATO DE COMPROVANTE DA ENTREGA DE EMPENHO N.º0382/2015

PROCESSO N.º 27/003.289/2014

PARTES: 1. O GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL, através da Secretaria de Estado de Saúde/Fundo Especial de Saúde;

2. **Rosaminas Serviços Engenharia e Comércio LTDA.**

OBJETO: O objeto do presente contrato é aquisição de 250 (duzentos e cinquenta) botinas de segurança, em conformidade com as especificações constantes no PAM n.º 03/2015, com o objetivo de atender necessidades da Coordenadoria de Controle de Vetores/SES/MS.

RECURSOS: O valor global deste contrato é de R\$ 19.250,00 (dezenove mil duzentos e cinquenta reais). As despesas decorrentes do fornecimento correrão à conta da Funcional Programática nº 20.27901.10.305.0012.2676.0001 - Vigilância em Saúde, Natureza da Despesa 339000, Fonte 0248000002, conforme Nota de Empenho n.º 2015NE0382, emitida em 05/02/2015, no valor R\$ 19.250,00 (dezenove mil duzentos e cinquenta reais).

DATA ASS: 03/03/2015

ASS: NELSON BARBOSA TAVARES
PAULO VIEIRA

Republica-se por conter incorreção no original, publicado no D.O.E nº 8.875 de 06 de março de 2015 - pág.: 04.

EXTRATO DE COMPROVANTE DA ENTREGA DE EMPENHO N.º0383/2015

PROCESSO N.º 27/003.289/2014

PARTES: 1. O GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL, através da Secretaria de Estado de Saúde/Fundo Especial de Saúde;

2. **Agosto Confeccões e Comércio LTDA.**

OBJETO: O objeto do presente contrato é aquisição de uniformes, tecidos e aviamentos, em conformidade com as especificações constantes no PAM n.º 01/2015, com o objetivo de atender necessidades da Coordenadoria de Controle de Vetores/SES/MS.

RECURSOS: O valor global deste contrato é de R\$ 23.670,00 (vinte três mil seiscentos e setenta reais). As despesas decorrentes do fornecimento correrão à conta da Funcional Programática nº 20.27901.10.305.0012.2676.0001 - Vigilância em Saúde, Natureza da Despesa 339000, Fonte 0248000002, conforme Nota de Empenho n.º 2015NE0383, emitida em 05/02/2015, no valor R\$ 23.670,00 (vinte três mil seiscentos e setenta reais).

DATA ASS: 02/03/2015

ASS: NELSON BARBOSA TAVARES
VALDIRENE RIBEIRO DE PAULO

Republica-se por conter incorreção no original, publicado no D.O.E nº 8.875 de 06 de março de 2015 - pág.: 04.

EXTRATO DE COMPROVANTE DA ENTREGA DE EMPENHO N.º0384/2015

PROCESSO N.º 27/003.289/2014

PARTES: 1. O GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL, através da Secretaria de Estado de Saúde/Fundo Especial de Saúde;

2. **MB Comércio de Máquinas Ferramentas e Serviços EIRELI ME.**

OBJETO: O objeto do presente contrato é aquisição de 422 (quatrocentos e vinte e duas) lanternas recarregáveis, em conformidade com as especificações constantes no PAM n.º 02/2015, com o objetivo de atender necessidades da Coordenadoria de Controle de Vetores/SES/MS;

RECURSOS: O valor global deste contrato é de R\$ 15.761,70 (quinze mil setecentos e sessenta e um reais e setenta centavos). As despesas decorrentes do fornecimento correrão à conta da Funcional Programática nº 20.27901.10.305.0012.2676.0001 - Vigilância em Saúde, Natureza da Despesa 339000, Fonte 0248000002, conforme Nota de Empenho n.º 2015NE0384, emitida em 05/02/2015, no valor R\$ 15.761,70 (quinze mil setecentos e sessenta e um reais e setenta centavos).

DATA ASS: 02/03/2015

ASS: NELSON BARBOSA TAVARES
MAURO RENATO BECKER

Extrato do IV Termo Aditivo ao Contrato 002/2011/FESA

Nº Cadastral: 1374

Processo:

Partes:

27/003.216/2010

O Estado de Mato Grosso do Sul por intermédio da Fundo Especial de Saúde de Mato Grosso do Sul e DEFFENZA SEGURANÇA ELETRÔNICA LTDA

O presente Termo Aditivo tem por objeto prorrogar a vigência do Contrato n.º 02/2011, por 12 (doze) meses a partir de 08/02/2015.

Objeto:

Ordenador de Despesas:

Do Prazo:

Nelson Barbosa Tavares

O prazo de vigência do presente instrumento fica prorrogado por 12 (doze) meses, a partir de 08/02/2015

Data da Assinatura:

Assinam:

06/02/2015

Nelson Barbosa Tavares e CIRLENE MARTINS DE MATOS

RESOLUÇÃO SES Nº 009/2015.

NORMATIZA A REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA E FEMININA NO ÂMBITO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL.

O Secretário de Estado da Saúde de Mato Grosso do Sul, no uso das atribuições que lhe são facultadas,

CONSIDERANDO a edição da Portaria/SAS/MS nº48, de fevereiro de 1999 que regulamenta a Lei Federal 9.263, de janeiro de 1996 que regula o parágrafo 7º da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelecendo penalidades e que dá outras providências;

CONSIDERANDO a Lei Estadual 2497, de julho de 2002, que dispõe sobre a realização de esterilização cirúrgica voluntária;

CONSIDERANDO que o credenciamento das instituições para a realização da esterilização cirúrgica deve ser autorizada pelo gestor estadual ou municipal, bem como o registro da habilitação no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – SCNES (PT/SAS nº 629 de agosto de 2006) e obedecer ao disposto na Portaria/SAS nº 48, de 11 de fevereiro de 1999;

CONSIDERANDO a necessidade de estabelecer critérios para a efetivação dos procedimentos de esterilização masculina e feminina no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul, resolve:

Artigo 1º - Só poderá realizar os procedimentos de laqueadura tubária e vasectomia, os estabelecimentos de saúde credenciados e com o registro de habilitação no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul ou Secretarias Municipais de Saúde conforme a gestão do estabelecimento, devendo constar ainda, a aprovação em ata dos Conselhos Municipais de Saúde, estar devidamente deliberada na instância da Comissão Intergestores Bipartite – CIB (PT/SAS nº 629 de agosto de 2006);

Artigo 2º - Os estabelecimentos de saúde credenciados e habilitados para o atendimento do Planejamento Familiar deverão manter nos prontuários dos (as) pacientes, a Ficha de Registro Individual de Notificação de Esterilização conforme o modelo definido na Portaria MS/SAS n.º 48/99 e com informações complementares definidas pela SES/MS (anexo I), a expressa manifestação de vontade dos pacientes, em documento escrito e firmado (Ficha de Consentimento Pós-Informado de Intervenção de Laqueadura Tubária e Ficha de Consentimento Pós-Informado de Intervenção de Vasectomia), que contenha no mínimo as informações constantes no modelo (anexo II e III) e a cópia da Ficha de Encaminhamento do Planejamento Familiar para Esterilização Cirúrgica modelo (anexo IV) devendo-se observar o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico;

Artigo 3º - O Laudo de Solicitação/Autorização Ambulatorial e Hospitalar deverá ser encaminhado ao setor responsável pelo Controle, Avaliação e Auditoria do gestor para autorização prévia, juntamente com a Ficha de Consentimento Pós-Informado dos pacientes e a Ficha de Encaminhamento do Serviço de Planejamento Familiar para Esterilização Cirúrgica, para realização dos procedimentos de esterilização masculina e feminina;

Artigo 4º - A Ficha de Registro Individual de Notificação de Esterilização deverá constar no prontuário após a realização dos procedimentos de esterilização masculina e feminina;

Artigo 6º - O Acompanhamento e a Avaliação de Planejamento Familiar será sistemático e contínuo, definido pela Diretoria de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul;

Artigo 7º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Nelson Barbosa Tavares
SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ANEXO I – FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO DE ESTERILIZAÇÃO IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome / Razão Social:			
CGC / CNPJ:			Data:
DADOS DO PACIENTE			
Nome do (a) paciente:			
Número do Cartão SUS		Cor/Etnia:	
Logradouro:			
Número:	Complemento:	Bairro:	
CEP:	Município (código IBGE):	Nome do Município:	UF:
Sexo:	M	Data de nascimento:	Nº de filhos:
	F	/ /	

GRAU DE INSTRUÇÃO

Analfabeto Ensino Fundamental Ensino Médio Ensino Superior

Documentação completa presente no prontuário:
Sim Não

INDICAÇÃO

(Cid 10 – Em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou futuro concepto)

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS REVERSÍVEIS UTILIZADOS ANTERIORMENTE

Oferece:

Métodos de Barreira

- Preservativo Masculino
 Preservativo Feminino
 Diafragma
 Anticoncepção de Emergência

DIU

Tipo: _____
 Outros: _____

Métodos Hormonais

- Hormonal Oral Combinado
 Minipílula
 Hormonal Injetável Mensal
 Hormonal Injetável Trimestral

DADOS DA INTERNAÇÃO:

Data da Internação	Data da Alta	Data da Realização do Procedimento
NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL:		
Assinatura/Carimbo/CRM		



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ANEXO II
TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO DE INTERVENÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA

DECLARANTE

Nome: _____
 Idade: _____
 Endereço: _____
 Tel.: _____
 Identidade n.º: _____ Órgão Expedidor: _____
 Data de emissão: _____
 Paciente () Representante legal () Representante familiar ()
 Responsável ()
 OBS.: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente.

PACIENTE

Nome: _____
 Idade: _____
 Endereço: _____
 Tel.: _____
 Identidade n.º: _____ Órgão Expedidor: _____
 Data de emissão: _____

DECLARO
 Que o Médico:
 Nome: _____
 CRM N.º _____
 Instituição: _____
 Informou-me que tendo em vista a situação:

(em minha pessoa ou no paciente supra mencionado) é conveniente e indicado proceder a INTERVENÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA e esclareceu-me que:

- A intervenção de laqueadura tubária consiste basicamente na **INTERRUPÇÃO DA CONTINUIDADE DAS TROPAS DE FALÓPIO**, como objetivo de impedir uma nova gravidez. Para realização da técnica existem várias formas de abordagem cirúrgica:
 - Laparoscópica;
 - Microlaparotomia;
 - Vaginal;
 - Pós-cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea)
- Esta técnica necessita anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia.
- Embora, o método de laqueadura tubária é o mais efetivo dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é de 100%. Existe uma porcentagem de falha de 0,41%.
- Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.
- As complicações que poderão surgir são:
 - Intra-operatória (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico.
 - Pós-operatórias:
 - Leves e mais frequentes (seromas, hemorragias, cistites, irritação erênica, anemia...);
 - Graves e excepcionais (eventração, apnéia, trombozes, hematomas, pelvipertitonites, hemorragia...) perfurações.
- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

7. Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis:

- Métodos de barreira;
- Anticoncepção hormonal;
- Contracepção intra-uterina;
- Métodos naturais.

Entendi as explicações que me foram prestadas acima em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro agora que estou satisfeita com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.

Por tais razões e nestas condições

CONSENTO

que se realize a INTERVENÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA proposta. Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento objeto deste documento se realize.

Local e data: _____

Médico - Assinatura/Carimbo _____

Paciente ou Representante ou Responsável _____

TESTEMUNHAS:**REVOGAÇÃO**

Revogo o consentimento prestado na data de: ____ / ____ / ____ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data: _____

Médico - Assinatura/Carimbo _____

Paciente ou Representante ou Responsável _____



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ANEXO III
TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO DE INTERVENÇÃO DE VASECTOMIA

DECLARANTE

Nome: _____
 Idade: _____
 Endereço: _____
 Tel.: _____
 Identidade n.º: _____ Órgão Expedidor: _____
 Data de emissão: _____
 Paciente () Representante legal () Representante familiar ()
 Responsável ()
 OBS.: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente.

PACIENTE

Nome: _____
 Idade: _____ Cor/Etnia: _____
 Endereço: _____
 Tel.: _____
 Identidade n.º: _____ Órgão Expedidor: _____
 Data de emissão: _____

DECLARO
 Que o Médico:
 Nome: _____
 CRM N.º _____
 Instituição: _____

Informou-me que tendo em vista a situação:

(em minha pessoa ou no paciente supra mencionado) é conveniente e indicado proceder INTERVENÇÃO DE VASECTOMIA e esclareceu-me que:

- A intervenção de Vasectomia consiste basicamente na **INTERRUPÇÃO DOS DUCTOS EFERENTES**, com o objetivo de impedir uma nova gravidez.
- Esta técnica necessita anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia.
- Embora o método de vasectomia é o mais efetivo dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é de 100%.
- Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.
- As complicações que poderão surgir são:
 - Intra-operatória (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico.
 - Pós-operatórias:
 - Leves e mais frequentes (seromas, hemorragias, cistites, irritação erênica, anemia...);
 - Graves e excepcionais (eventração, apnéia, trombozes, hematomas, pelvipertitonites,

hemorragia...) perfurações.

6. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

7. Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis:

- Métodos de barreira;
- Anticoncepção hormonal;
- Contracepção intra-uterina;
- Métodos naturais.

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto.

Assim, declaro agora que estou satisfeito com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.

Por tais razões e nestas condições

CONSINTO

que se realize a VASECTOMIA proposta.

Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento objeto deste documento se realize.

Local e data: _____

Médico – Assinatura/Carimbo

Paciente ou Representante ou Responsável

TESTEMUNHAS:

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____/____/____ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data: _____

Médico – Assinatura/Carimbo

Paciente ou Representante ou Responsável



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ANEXO IV

FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA / VASECTOMIA EM UNIDADE HOSPITALAR

Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: Masculino Feminino
Estado Civil: Solteiro Casado Viúvo Divorciado Amasiado
Cor/Etnia: _____ CPF: _____ RG: _____
Grau de Instrução: Analfabeto Ensino Fundamental Ensino Médio Ensino Superior

Ocupação: _____ Renda Familiar: _____

Orientou: _____
Métodos Naturais. Quais? _____

Se outros, quais? _____

OFERECEU:

Métodos de Barreira

- Preservativo Masculino
- Preservativo Feminino
- Diafragma
- Anticoncepção de Emergência

DIU

Tipo: _____

Outros: _____

Métodos Hormonais

- Hormonal Oral Combinado
- Minipílula
- Hormonal Injetável Mensal
- Hormonal Injetável Trimestral

Motivo da opção pela Laqueadura Tubária ou Vasectomia

Parecer da Equipe: _____

Assinatura e carimbo

da equipe: _____ (Assistente Social)

(Enfermeiro)

(Médico)

(Psicólogo)

Data: ____/____/____.

SECRETARIA DE ESTADO DE DIREITOS HUMANOS, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO

RESOLUÇÃO Nº 146, de 27 de janeiro de 2015.

Altera a Resolução/SETAS nº 141, de 03 de junho de 2014.

A SECRETÁRIA DE ESTADO DA SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS, ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO, no uso de suas atribuições legais, com fulcro no Inciso II, Art. 74 da Lei 4.640, de 24 de dezembro de 2014,

CONSIDERANDO que o Centro de Referência de Direitos Humanos de Prevenção e Combate à Homofobia – CENTRHO realizará a captação de imagem (foto) para ser utilizada na Carteira de Identidade por Nome Social no ato de protocolo do requerimento em nível de Estado/MS;

CONSIDERANDO a impossibilidade (capacidade econômica) da população alvo se dirigir à capital, mesmo que em momento posterior pré-agendado para captação da imagem (foto 3x4) exigida para confecção da Carteira de Identidade por Nome Social;

CONSIDERANDO que o servidor público no uso de suas atribuições possui fé pública, esse cancelará o preenchimento do formulário e a respectiva foto no ato de sua entrega.

RESOLVE:

Art. 1º Acrescentar, Parágrafo único ao Art. 2º da Resolução/SETAS nº 141, de 03 de junho de 2014.

Art.

Parágrafo único. Caso não seja possível fazer captação da imagem no ato do requerimento da Carteira Social, o solicitante deverá juntar uma foto 3x4 condizente com suas características físicas atuais.

Art. 2º Esta alteração entra em vigor na data de publicação desta Resolução, revogadas as disposições em contrário.

Campo Grande/MS, 27 de janeiro de 2015.

ROSIANE MODESTO DE OLIVEIRA

Secretária de Estado de Direitos Humanos, Assistência Social e Trabalho

SECRETARIA DE ESTADO DE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO

DELIBERAÇÃO CECA/MS N. 02 DE 05 DE MARÇO DE 2015

O **Presidente do Conselho Estadual de Controle Ambiental - CECA**, torna público que, no uso das suas atribuições que lhe confere o inciso VI do artigo 2º da Lei n. 2.256, de 09 de julho de 2001, combinado com o art. 2º § 4º do Decreto Estadual n. 12.367, de 05 de julho de 2007,

D E L I B E R A "ad referendum"

Processo nº: 23/106378/2014

Assunto: Licença Prévia

Requerente: Pantanal Transmissão S.A.

Município: Campo Grande/MS

Art. 1º Aprovo, "ad referendum", à emissão de **Licença Prévia** para a atividade de **Linha de Distribuição/Transmissão acima de 138 KV de Pantanal Transmissão S.A.**, processo **23/106378/2014**, devendo constar na Licença Prévia as condicionantes assinaladas no Parecer Técnico elaborado pela equipe de análise do **IMASUL**.

Art. 2º Esta Deliberação entra em vigor na data da sua publicação.

Campo Grande - MS, 05 de março de 2015.

JAIME ELIAS VERRUCK

Presidente do Conselho Estadual de Controle Ambiental – CECA