



PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU

Estado do Paraná
www.pmfi.pr.gov.br

Foz do Iguaçu, 06 de abril de 2021.

Ofício nº 224/21 – GAB - GABINETE DO PREFEITO

Assunto: **RESPOSTA AO REQUERIMENTO Nº 76/2021**

Senhor Presidente:

Em atenção ao Requerimento nº 76/2021, de autoria dos Nobres Vereadores Valdir de Souza (Maninho), Alex Meyer e Ney Patrício, encaminhado pelo Ofício nº 192/2021, de 17 de março de 2021, remetemos a manifestação da Secretaria Municipal da Saúde, por meio da Folha de Informação e Despachos de 1º de abril de 2021, sobre os testes de COVID-19 feitos por farmácias no Município.

Atenciosamente,

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura:

Nilton Aparecido Bobato
Secretário Municipal da Administração

Francisco Lacerda Brasileiro
Prefeito Municipal

Ao Senhor
NEY PATRÍCIO DA COSTA
 Presidente da Câmara Municipal
FOZ DO IGUAÇU – PR



PREFEITURA MUNICIPAL DE
FOZ DO IGUAÇU
ESTADO DO PARANÁ
01 de ABRIL de 2021

ASSUNTO: R: REQUERIMENTO Nº 76/2021

FOLHA DE INFORMAÇÃO E DESPACHOS

Senhor Presidente,

Em atendimento ao Ofício em epígrafe, encaminhamos a Vossa Senhoria o Memorando Interno 6446/2021 e 6485/2021 emitidos pela SMSA-Setor de Doenças Transmitidas por Vetores, referente ao Requerimento n. 76/2021.

Na oportunidade, manifestamos-lhe a expressão da nossa mais elevada consideração.

Atenciosamente,

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura:

Rosa Maria Jeronymo Lima - **Secretária Municipal da Saúde**



PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU

Estado do Paraná
www.pmfi.pr.gov.br

MEMORANDO INTERNO

Emitente:	SMSA / DIVS / DVEPD - SETOR DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES	Data: 31/03/2021
Destinatário:	SMSA - GABINETE / DEMANDAS LEGISLATIVAS E JURÍDICAS; ROSA MARIA JERONYMO LIMA.	Número: 6446/2021
Assunto:	R: REQUERIMENTO N. 76/2021	

Prezados,

Em resposta ao requerimento 76/2021 proveniente da Câmara de Vereadores do município de Foz do Iguaçu, em relação aos testes rápidos para Covid-19 realizados em farmácias.

Deste o início da pandemia de Covid-19 até a presente data, já foram contabilizados 3.883 testes rápidos reagente que foram realizados em farmácias, todos esses casos foram notificados no sistema de notificação oficial do Estado do Paraná (NOTIFICA COVID-19).

Em relação a esta notificação, encaminhamos o fluxograma que todas as farmácias seguem para realização dos testes, bem como as referidas notificações.

atenciosamente,

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura:
 PAMELA CRISTINA FRAGATA DOS SANTOS
 ROBERTO VALIENTE DOLDAN
 ROSE MERI DA ROSA

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **MEMORANDO INTERNO**

Número: **6.446/2021**

Assunto: **R: REQUERIMENTO N. 76/2021**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma portal **PMFI** de assinaturas.

Para verificar as assinaturas clique no link:

<https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=7702394f-eeae-4657-b415-6d9a358f7241&cpf=57727775991>

e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação:

7702394f-eeae-4657-b415-6d9a358f7241

Hash do Documento

59410A373F3B8F28B34F4D7AEE063BBCE76B9B38B6C9063D809151C132F2F823

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 01/04/2021 é(são) :

PAMELA CRISTINA FRAGATA DOS SANTOS (Signatário) - CPF: 04809905900 em 31/03/2021
14:53:52 - **OK**

Tipo: Assinatura Eletrônica

ROBERTO VALIENTE DOLDAN (Signatário) - CPF: 57727775991 em 31/03/2021 16:50:08 - **OK**

Tipo: Assinatura Eletrônica

ROSE MERI DA ROSA (Signatário) - CPF: 54458005049 em 31/03/2021 17:28:31 - **OK**

Tipo: Assinatura Eletrônica



A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo, produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU

Estado do Paraná
www.pmfi.pr.gov.br

MEMORANDO INTERNO

Emitente:	SMSA / DIVS / DVEPD - SETOR DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES	Data: 01/04/2021
Destinatário:	SMSA - GABINETE / DEMANDAS LEGISLATIVAS E JURÍDICAS; NEURA INES SCHUSSLER.	Número: 6485/2021
Assunto:	ANEXO COMPLEMENTAR DO MEMORANDO 6446/2021	

Requerimento 76/2021 da Câmara de Vereadores - testes farmácias.
 O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura:

ROSE MERI DA ROSA

PAMELA CRISTINA FRAGATA DOS SANTOS



Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

**Secretaria Municipal da Saúde
Diretoria de Vigilância em Saúde – DIVS
Divisão de Vigilância Epidemiológica – DVEPD**

Informe Técnico nº 08/2020 DVEPD

FLUXO PARA NOTIFICAÇÃO PARA COVID-19 EM FARMÁCIAS E LABORATÓRIOS

Todo o Laboratório e Farmácia que realize Testagem para COVID-19 ao receber um paciente suspeito, o profissional de saúde deverá atendê-lo, conforme fluxo de atendimento determinado pela empresa, seguindo as orientações que seguem abaixo:

1. No primeiro acesso, acessar o link <https://covid19.appsaude.pr.gov.br>. Caso apareça a mensagem: “Sua conexão não é particular”, clicar em “Avançado” e depois em “Ir para covid19.appsaude.pr.gov.br (não seguro)” e, se aparecer a mensagem “Este site não é seguro”, clicar em “Detalhes” e depois em “Ir para a página da web”.
2. Clicar no box “Solicitar usuário”;
3. Preencher os campos para validar o pedido pelo sistema. O e-mail cadastrado deve ser individual;
4. Aguardar a confirmação do cadastro por e-mail. Ao receber, clicar no link para confirmar;
5. Após confirmar, aguardar e-mail com a mensagem: “Usuário Aprovado”;
6. Após aprovação, acessar o Sistema de Informação de Notificação **Notifica COVID**, através do link <https://covid19.appsaude.pr.gov.br>, entrar com /login e senha e iniciar o preenchimento da Ficha de Notificação;
7. Preencher, e solicitar que o paciente assine a **Declaração de Ciência de Isolamento** (ANEXO A). Este documento deve ser arquivado na empresa para que, caso seja necessário, possa ser utilizado em momento oportuno;

Observações:

- a) Toda pessoa que procurar por testagem (teste rápido ou RT-PCR) deverá ser considerada como um caso suspeito para o novo coronavírus. Desta forma, OBRIGATORIAMENTE, deverá ser realizada a notificação compulsória no sistema de notificação **NOTIFICA COVID**, ainda antes da realização da testagem;

- b) As farmácias deverão seguir na Íntegra a RESOLUÇÃO SESA N° 781/2020 que: *Dispõe sobre a utilização de testes rápidos (ensaios imunocromatográficos) para a COVID19 em farmácias, e dá outras providências;*
- c) O paciente com resultado **NÃO REAGENTE**, mas apresentando sintomas, deve buscar o serviço de saúde para investigação clínica do caso;
- d) O paciente com resultado **REAGENTE** deve buscar o serviço de saúde para orientações e cuidados com o isolamento;
- e) De acordo com a resolução SESA nº781/2020 os testes rápidos não têm finalidade confirmatória, servindo apenas para auxiliar no diagnóstico da COVID-19, pois precisam estar aliados à clínica e epidemiologia do paciente mediante avaliação por profissional de saúde;
- f) Em caso de dificuldades em acessar o sistema, o serviço notificante deverá utilizar a ficha de notificação impressa (ANEXO B) e, posteriormente, inserir os dado no sistema de notificação NOTIFICA COVID;
- g) O serviço notificante deverá estar atento ao preenchimento correto e total de todos os campos do formulário do sistema de notificação NOTIFICA COVID, pois os mesmos contêm dados de suma importância para as estratégias traçadas pela Vigilância Epidemiológica do município, bem como para fornecimento de informações oficiais;
- h) O serviço notificante também deverá ficar atento às atualizações das listas de testes rápidos homologados pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), bem como a correta identificação dos mesmos no campo **EXAME** (referente ao item DADOS LABORATORIAIS) do formulário do sistema de notificação NOTIFICA COVID, pois o teste utilizado tem que ser discriminado exatamente de acordo com o seu correspondente no sistema, uma vez que este é um dado imprescindível para o Boletim Epidemiológico do Município. Sempre, antes de assinalar o nome do teste, verificar o seu nome comercial e nome oficial de registro e, posteriormente, assiná-lo. Verificar lista em anexo (ANEXO C) e futuras atualizações junto a ANVISA;
- i) Semanalmente (toda segunda-feira), os serviços deverão enviar planilha para o e-mail laudoscovidfoz2021@gmail.com, informando dados sobre todas as testagens semanais realizadas, conforme ilustrado abaixo:

Paciente	PCR	Teste Rápido	Nome do teste	IgM Reagente	IgG Reagente	Sorologia Reagente	PCR Reagente	Número da Notificação
Wwww	x	Sim	EcoTest	Sim	Não	x	x	000.000
Xxxxxx	X	Sim	Quibasa	Não	Sim	x	x	000.001
Yyyyyy	Sim	X	Mobius	X	X	X	Sim	000.002
Zzzzzz	X	Sim	Ecodiagnóstica	X	X	Sim	X	000.003

ATENÇÃO: o envio desta planilha não exclui as obrigações descritas nas alíneas k e m, discriminadas adiante;

- j) As testagens do tipo RT-PCR devem ser identificadas como **COVID-19, BIOLOGIA MOLECULAR** no campo **EXAME** (referente ao item DADOS LABORATORIAIS) do formulário do sistema de notificação NOTIFICA COVID;
- k) Todas as notificações com resultados **POSITIVOS (REAGENTES)** para RT-PCR **NÃO** devem ser encerradas (campo CLASSIFICAÇÃO FINAL) no sistema de notificação NOTIFICA COVID, tendo o serviço notificante que enviar de forma **IMEDIATA** para o e-mail laudoscovidfoz2021@gmail.com os laudos desses exames **POSITIVOS**;
- l) Todas as notificações com resultados **NEGATIVOS (NÃO REAGENTES)** para RT-PCR **DEVEM** ser encerradas (campo CLASSIFICAÇÃO FINAL) no sistema de notificação NOTIFICA COVID, conforme a figura a seguir:

Classificação Final			
Caso confirmado clínico epidemiológico?	Classificação	Critério da Classificação	Evolução
<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	Caso suspeito	Em Investigação	<input checked="" type="radio"/> Cura <input type="radio"/> Óbito <input type="radio"/> Não se aplica
Data da evolução	Data de encerramento	Excluir ficha	
01/01/2001	01/01/2001	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	
Status	Origem		
<input checked="" type="radio"/> Aberta <input type="radio"/> Encerrada <input type="radio"/> Inativa	<input checked="" type="radio"/> Notifica COVID-19 <input type="radio"/> e-Saúde <input type="radio"/> REDCap <input type="radio"/> e-SUS VE <input type="radio"/> SIVEP-SRAG <input type="radio"/> GAL <input type="radio"/> Telemedicina <input type="radio"/> SIVEP-SG <input type="radio"/> HMPGL <input type="radio"/> SMS Maringá <input type="radio"/> Hosp. Unimed Foz <input type="radio"/> Lab. Hilab		
ID Externa	Última atualização		
	23/07/2020 13:50:42		
Campo de preenchimento obrigatório			
+ Incluir			

- m) Todas as notificações com resultados de testes rápidos com IgM **OU** IgG **POSITIVOS (REAGENTES)**, **NÃO** devem ser encerradas (campo CLASSIFICAÇÃO FINAL) no sistema de notificação NOTIFICA COVID, tendo o serviço notificante que enviar para o e-mail laudoscovidfoz2021@gmail.com os laudos desses testes **POSITIVOS**, imediatamente após a testagem;
- n) Todas as notificações com resultados de testes rápidos com IgM **E** IgG **NEGATIVOS (NÃO REAGENTES)**, devem obrigatoriamente ser encerradas (campo CLASSIFICAÇÃO FINAL) no sistema de notificação NOTIFICA COVID, conforme ilustrado na figura da **alínea l**.

A Equipe de Enfrentamento da Pandemia da Covid-19 Vigilância Epidemiológica coloca-se à disposição para qualquer esclarecimento, através do e-mail laudoscovidfoz2021@gmail.com ou através dos telefones **2105-8162, 2105-8163 e 99823-0454.**

Elaborado por

**Equipe de Enfrentamento Pandemia Covid-19
Vigilância Epidemiológica**

Foz do Iguaçu, 25 de março de 2021.



Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

ANEXO A

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE ISOLAMENTO

Eu, _____,
 RG nº _____ e CPF nº _____ residente no endereço
 _____, município de _____, telefone _____,
 declaro que fui devidamente informado que devo buscar o serviço de saúde para
 orientações e cuidados com o isolamento.

Declaro ainda estar ciente de que a Lei Federal 13.979/2020, em caso de suspeita ou confirmação do Covid-19, bem como contato com estes casos, preconiza o isolamento domiciliar para evitar a transmissão do vírus.
 Comprometo-me a seguir as orientações que foram repassadas pela empresa _____ e assumo as consequências e responsabilidades da não realização, inclusive as penalidades legais, previstas no artigo 267 do Código Penal Brasileiro.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Grau de Parentesco e RG do Responsável

Data da ciência: ____ / ____ / ____

**Nome, assinatura e carimbo do
profissional notificante**

ATENÇÃO: Por favor, é imprescindível que esta ficha de notificação seja preenchida de forma completa.

FICHA - NOTIFICA COVID-19

23/04/2020

DEFINIÇÃO DE CASO

DEFINIÇÃO: SÍNDROME GRIPAL (SG): indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre (acima de 37,8º), mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza OU dificuldade respiratória.

EM CRIANÇAS: considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

EM IDOSOS: a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como sincope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG): Favor notificar no **SIVEP-GRIPE**.

IDENTIFICAÇÃO

Data da notificação: [REDACTED]

DADOS DO PACIENTE

Possui CPF: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Tipo do paciente (Sem CPF): <input type="radio"/> Criança até 12 Anos <input type="radio"/> Em situação de rua <input type="radio"/> Estrangeiro <input type="radio"/> Indígena		
País de residência: [REDACTED]	Município (Outro País): [REDACTED]	Passaporte: [REDACTED]	CNS: [REDACTED]
Paciente: [REDACTED] [REDACTED]	Raça/Cor: <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Ignorado		
CPF: [REDACTED]	Etnia Indígena: [REDACTED]	Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Não informado	
Data de nascimento: [REDACTED]	Idade: [REDACTED]	Nome da mãe: [REDACTED]	
UF: [REDACTED]	Município: [REDACTED]	Logradouro: [REDACTED]	
Número: [REDACTED]	Bairro: [REDACTED]	CEP: [REDACTED]	Telefone: [REDACTED]

Ocupação:

- Trabalhador/Profissional da saúde Estudante de área de saúde Trabalhador/Profissional de laboratório
 Profissional de segurança pública Outros

Descrição da ocupação: [REDACTED]

Paciente assintomático: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Gestante: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Gestante de Alto Risco: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
--	--	--

Período de gestação:

- 1ºTrimestre 2ºTrimestre 3ºTrimestre Idade gestacional ignorada

DADOS CLÍNICOS

Data dos 1º sintomas: [REDACTED]	Febre (aferida / referida): <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Tosse: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Dispneia (dificuldade de respirar): <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Saturação O2 ≤ 95%: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Dor de garganta: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Diarreia: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Mialgia / Dor muscular: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Artralgia: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Náusea / Vômito: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Cefaléia: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Coriza: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Irritabilidade / Confusão: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Adinamia / Fraqueza: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Escarro: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Calafrios: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Congestão nasal: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Congestão conjuntiva: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Dificuldade de deglutição: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Manchas vermelhas: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Gânglios linfáticos: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Batimento de asas nasais: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Cianose: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Tiragem intercostal: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
<input type="radio"/> Outros sintomas: [REDACTED]		

FICHA - NOTIFICA COVID-19

ACHADOS DE IMAGEM

23/04/2020

Raio X de tórax:		
<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Misto <input type="radio"/> Infiltrado intersticial <input type="radio"/> Consolidado <input type="radio"/> Outro: <input type="text"/>		
Tomografia:		
<input type="radio"/> Vidro fosco de predomínio periférico basal <input type="radio"/> Ausência de linfonodo mediastinal <input type="radio"/> Ausência de derrame pleural <input type="radio"/> Outro: <input type="text"/>		
MORBIDADES PRÉVIAS/FATORES DE RISCO		
Doença cardiovascular: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Hipertensão: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Diabetes <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Doença hepática: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Síndrome de Down: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Doença neurológica: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Imunodeficiência: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Infecção HIV: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Doença renal: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Doença pulmonar: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Neoplasia: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Puerpério: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Obesidade <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Tabagismo <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	
<input type="radio"/> Outras morbidades: <input type="text"/>		
MEDICAMENTO		
Usou Medicamento? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Descrição do medicamento: <input type="radio"/> Oseltamivir (Tamiflu) <input type="radio"/> Hidroxicloroquina <input type="radio"/> Outro: <input type="text"/>	
DADOS LABORATORIAIS		
Coletou amostra: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Código do exame: <input type="text"/>	Requisição <input type="text"/>
Laboratório executor: <input type="text"/>	Data do cadastro: <input type="text"/>	Data da coleta: <input type="text"/>
Data do recebimento: <input type="text"/>	Data da liberação: <input type="text"/>	
Exame:		
<input type="radio"/> Anti COVID-19 IgG/IgM Rapid Test <input type="radio"/> BasePoint COVID-19 IgG/IgM <input type="radio"/> BIOSYNEX COVID-19 BSS <input type="radio"/> CORONAVÍRUS IgG/IgM (COVID-19) <input type="radio"/> BasePoint COVID-19 IgG/IgM <input type="radio"/> COVID-19 Ag ECO Teste <input type="radio"/> COVID-19 IgG/IgM <input type="radio"/> COVID-19 IgG/IgM Bio <input type="radio"/> COVID-19 IgG/IgM Eco Teste <input type="radio"/> COVID-19 IgG/IgM LF <input type="radio"/> COVID-19 IgG/IgM test <input type="radio"/> DPP® COVID-19 IgG/IgM System <input type="radio"/> Família COVID-19 IgG/IgM Teste Rápido (Sangue total/ Soro/ Plasma) <input type="radio"/> Influenza <input type="radio"/> Família Teste Rápido em Cassete 2019-nCoV IgG/IgM (Sangue total/ Soro/ Plasma) <input type="radio"/> Lumiratek COVID-19 (IgG/IgM) <input type="radio"/> MedTeste Coronavírus (COVID-19) IgG/IgM (TESTE RAPIDO) <input type="radio"/> One Step COVID-2019 Test <input type="radio"/> QuickProfile COVID-19 Combo Test Card <input type="radio"/> Smart Test Covid-19 Vyttra <input type="radio"/> Teste Rápido Covid-19 15 minutos Nutriex <input type="radio"/> Teste Rápido Covid-19 15 minutos Nutriex <input type="radio"/> TR DPP® COVID-19 IGG/IGM - Bio-Manguinhos <input type="radio"/> Vírus Respiratório		
Resultado: <input type="radio"/> Reagente <input type="radio"/> Não Reagente <input type="radio"/> Inconclusivo	Método do exame: <input type="radio"/> RT-PCR <input type="radio"/> Teste Rápido <input type="radio"/> Não informado	
Resultado para vírus respiratório:		
<input type="radio"/> Influenza A <input type="radio"/> Influenza B <input type="radio"/> Adenovírus <input type="radio"/> Vírus Sincicial Respiratório <input type="radio"/> Parainfluenza (1-4) <input type="radio"/> Rinovírus <input type="radio"/> Metapneumo <input type="radio"/> Coronavírus (OC43, 229E, HKU1, NL63) <input type="radio"/> Coronavírus (SARS-COV2) <input type="radio"/> Negativo para o painel viral <input type="radio"/> Outro vírus		

FICHA - NOTIFICA COVID-19 DESLOCAMENTO

23/04/2020

Histórico de viagem: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado	Local: [campo]	Data de ida: [campo]
Data do retorno [campo]	Descriutivo da viagem: [campo]	Data de chegada ao Brasil: [campo]
Contato com suspeito: <input type="radio"/> Suspeito <input type="radio"/> Confirmado	Local do contato: <input type="radio"/> Domicílio <input type="radio"/> Unidade de saúde <input type="radio"/> Local de trabalho <input type="radio"/> Desconhecido <input type="radio"/> Outro local	Frequentou Unidade de Saúde: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Nome do caso fonte: [campo]	Descrição do local: [campo]	
CNES da unidade: [campo]	Descrição da unidade: [campo]	
DADOS DO NOTIFICANTE		
CNES: [campo]	Unidade: [campo]	UF: [campo]
Município: [campo]	Notificador: [campo]	
Email: [campo]	Ocupação: [campo]	Telefone: [campo]
CLASSIFICAÇÃO FINAL		
Classificação de caso: <input type="radio"/> Suspeito <input type="radio"/> Confirmado <input type="radio"/> Descartado	Critério: <input type="radio"/> Laboratorial <input type="radio"/> Clínico/Epidemiológico <input type="radio"/> Não aplica	
Evolução: <input type="radio"/> Cura <input type="radio"/> Óbito <input type="radio"/> Ignorado	Número da DO: [campo]	
Data da evolução: [campo]	Data de encerramento: [campo]	Excluir ficha: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Motivo exclusão: [campo]		

Por favor, preencha os campos abaixo:

Foi realizado coleta? Sim [] Data da Coleta: ___/___/___
Não []

Tipo de teste realizado: RT-PCR []

Rápido [] Nome da empresa: _____
CNPJ: _____
Nome comercial: _____
Número do processo: _____
Registro: _____

Adaptado por:

Vigilância Epidemiológica

Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu

28/04/2020

ANEXO C

TESTES RÁPIDS LIBERADOS PELA ANVISA

1. Abbott - BasePoint COVID-19 IgG/IgM Rapid Test Device
2. Abbott - Panbio COVID-19 IgG/IgM Rapid Test Device (Fingerstick Whole Blood/Venous Whole Blood/Serum/Plasma)
3. ACRO BIOTECH - 2019-nCoV IgG/IgM Teste Rápido em Cassete (Sangue total/Soro/Plasma)
4. ADVAGEN BIOTECH - COVID-19 IgG/IgM LF
5. Analisa - COVID-19 IgG/IgM (MS 8002223????)
6. Analisa - Kit para determinação qualitativa de anticorpos IgM e IgG para o vírus SARS -CoV-2, em amostras de soro, plasma e sangue total
7. Asan - Easy Test COVID-19 IgG/IgM (JEFS)
8. Asan - Easy Test COVID-19 IgG/IgM (WN)
9. Bahiafarma - Teste Rápido COVID-19 IgG / IgM
10. Beijing Genesee Biotech - Teste Rápido OnSiteTM COVID-19 IgG/IgM (Bio Advance Diagnósticos)
11. Beijing Lepu - Teste para anticorpos de SARS-CoV-2 (imunocromatografia com ouro coloidal) (OLTRAMED)
12. Beijing Technology - SARS-CoV-2 Antibody Test (Imunocromatografia de Ouro Coloidal) (IDORAMED)
13. Bio-Manguinhos - TR DPP COVID-19 IGM/IGG
14. Bioclin - COVID-19 IgG/IgM BIO (K223)
15. Biosynex - COVID-19 BSS
16. Celer - ONE STEP COVID-2019 TEST (IMUNOCROMATOGRAFIA)
17. Cellex - qSARS-CoV-2 IgG/IgM Rapid Test
18. Colloidal Gold - SARS-CoV-2 IgG & IgM Ab Diagnostic Test kit
19. Colloidal Gold - SARS-CoV-2 IgG & IgM Ab Diagnostic Test kit
20. Ebram - CORONAVIRUS IgG/IgM (COVID-19)
21. ECO Diagnóstica - COVID-19 Ag ECO Teste (TR.0078)
22. ECO Diagnóstica - COVID-19 IgG/IgM Combo ECO Teste (TR.0080)
23. ECO Diagnóstica - COVID-19 IgG/IgM ECO Teste (TR.0079)
24. Genrui - 2019-nCoV IgM/IgG (ouro coloidal)
25. Guangzhou Wondfo - Coronavirus Rapid Test (DIAGNOSTICA INDUSTRIA)
26. Hangzhou - COVID-19 IgG/IgM Rapid Test Device (WB/S/P) (UnaMedic)
27. Humasis - COVID-19 IgC/IgM Test (DFL)
28. Humasis - COVID-19 IgG/IgM Rapid Test (DIAGNÓSTICA INDÚSTRIA)
29. Inlab Confianca - CORONAVIRUS (COVID-19) IgG/IgM - TESTE RÁPIDO
30. INNOVITA - COVID-19 IgG/IgM
31. InVitro - COVID-19 IgG/IgM
32. InVitro - SARS-CoV-2 IgM/IgG

33. JD Biotech - CORONAVIRUS IGG/IGM RAPID TEST KIT (COVID-19 IgG/ IgM) (JCOVID-19 G/M-02, CASSETES)
34. JD Biotech - IgG E IgM NO SANGUE TOTAL HUMANO (TIRAS/ STRIPS, CASSETES, JCOVID-19 G/M-02)
35. JD Biotech - IgG E IgM NO SANGUE TOTAL HUMANO (TIRAS/ STRIPS, CASSETES, JCOVID-19 G/M-02)
36. Kovalent - KOVID Ab (COVID-19 IgG / IgM)
37. Labtest Diagnóstica - Anti COVID-19 IgG/igM Rapid Test (MS 10009010356)
38. LANG - SARS-CoV-2 Antibody Test (colloidal gold immunochromatography)
39. Lepu Technology - Leccurate - SARS-CoV-2 Antibody Test (Quantum)
40. Lepu Technology - Prova de Detecção de Anticorpos contra o SARS -CoV-2 (Imunocromatografia de ouro coloidal)
41. Lepu Technology - SARS-CoV-2 Antibody Test (colloidal gold immunochromatography)
42. Lepu Technology - SARS-CoV-2 Teste de Anticorpo (imunocromatografia em ouro coloidal)
43. LumiQuick QuickProfile - COVID-19 IgG/IgM Teste Card (ARGOSLAB)
44. LumiQuick QuickProfile - COVID-19 IgG/IgM Teste Card (VELOZ)
45. Lumiratek - Cassete de Teste Rápido para COVID-19 IgG/IgM (Sangue Total/Soro/Plasma)
46. Lungene - COVID-19 IgG/IgM Cassete de Teste Rápido (WB/S/P)
47. Medf1rst - COVID-19 teste rápido (Beijing Lepu Medical)
48. Medf1rst - COVID-19 teste rápido (Beijing Lepu Medical)
49. Medstar - Teste cassete COVID-19 IgG/IgM (sangue total/soro/plasma HANGZHOU TESTSEA BIOTECHNOLOGY)
50. Medtec - KIT DE TESTE RÁPIDO PARA COVID-19 (IgG/IgM Beijing Lepu Medical)
51. MedTeste - Coronavírus (COVID-19) IgG/IgM (Teste Rápido) (REF/ INGM-MC42)
52. Nantong Egens - COVID-19 IgG/IgM KIT DE TESTE RÁPIDO (Sangue Total/ Soro/ Plasma) (Toth Lifecare)
53. NL - qSARS-CoV-2 IgG/IgM Cassette Rapid Test
54. OrangeLife Chembio - DPP COVID-19 IgM/IgG
55. QINGDAO - COVID-19 igG/IgM (Cepalab)
56. RAGB - Diagnostic kit for antibody IgM/IgG of novel coronavirus COVID-19
57. RenyLab - ImunoTest COVID-19
58. Singclean - COVID-19 IgG/IgM Test kit (Colloidal Gold Method)
59. Vyttra - Smart Test Covid-19 (IgM e IgG)
60. Wama - COVID-19 IgG/IgM
61. Wama - COVID-19 IgG/IgM
62. Wuhan Unscience Future - COVID-19 IgG/IgM Rapid Test kit
63. Zhuhai Livzon Oltramed - Diagnostic Kit for IgM/IgG Antibody to Coronavirus (SAR S-CoV-2) (Lateral Flow)

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **MEMORANDO INTERNO**

Número: **6.485/2021**

Assunto: **ANEXO COMPLEMENTAR DO MEMORANDO 6446/2021**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma portal **PMFI** de assinaturas.

Para verificar as assinaturas clique no link:

<https://sistemas.pmfipr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=3c2a50a2-9e9b-4892-b0c0-1ea7270301a1&cpf=04809905900>

e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação:

3c2a50a2-9e9b-4892-b0c0-1ea7270301a1

Hash do Documento

940B82F10EDD0E1A869E100701FBB9FA7041864D5F3F00D8061E10928E6D44B3

Anexos

Nome:FLUXO COVID FARMÁCIAS E LABORATÓRIOS COMPLETO_25 MARÇO 2021.pdf - Código:
5423f90d-43e7-4f14-8e29-0e91850fa20d - Páginas:9

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 01/04/2021 é(são) :

ROSE MERI DA ROSA (Signatário) - CPF: 54458005049 em 01/04/2021 8:39:01 - **OK**

Tipo: Assinatura Eletrônica

PAMELA CRISTINA FRAGATA DOS SANTOS (Signatário) - CPF: 04809905900 em 01/04/2021 8:35:26
- **OK**

Tipo: Assinatura Eletrônica



A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO N° 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI N° 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo, produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **FOLHA DE INFORMAÇÃO E DESPACHOS**

Número: **8/2021**

Assunto: **R: REQUERIMENTO Nº 76/2021**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma portal **PMFI** de assinaturas.

Para verificar as assinaturas clique no link:

<https://sistemas.pmfipr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=6b89854c-6f86-4abb-8bf5-e21009f710ee&cpf=42448620482>

e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

**Código para verificação:
6b89854c-6f86-4abb-8bf5-e21009f710ee**

Hash do Documento

C731E410FA50F405B74337101075DC2E8ED6A88AA3D4C2657790B9637069DB37

Anexos

Nome:MEMORANDO INTERNO- Nº 6446-2021.pdf - Código: **2386456d-533b-465e-ad86-2ba61d600cc4** - Páginas:2
Nome:MEMORANDO INTERNO- Nº 6485-2021 (1).pdf - Código: **9a0f0ac4-7f32-40e8-9f63-1010f0144a34** - Páginas:11

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 05/04/2021 é(são) :

ROSA MARIA JERONYMO LIMA (Signatário) - CPF: 42448620482 em 01/04/2021 10:23:27 - OK

Tipo: Assinatura Eletrônica



A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo, produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.



Câmara Municipal de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

Ofício nº. 192/2021-GP

Foz do Iguaçu, em 17 de março de 2021.

A Sua Excelência o Senhor
Francisco Lacerda Brasileiro
Prefeito Municipal de Foz do Iguaçu

Assunto: **Encaminha Requerimento**

Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal,

Pelo presente encaminhamos o Requerimento nº 76/2021, de autoria dos Vereadores Valdir de Souza (Maninho), Alex Meyer e Ney Patrício, aprovado em Sessão Ordinária levada a efeito no dia 16 de março de 2021, o qual solicita informações sobre os testes de COVID-19 feitos por farmácias no Município, conforme específica.

Atenciosamente,

NEY PATRÍCIO
Presidente

kn

Travessa Oscar Muxfeldt, nº 81 – Centro – Foz do Iguaçu/PR – 85.851-490 – Telefone (45) 3521-8100



Câmara Municipal de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

REQUERIMENTO N° 76/2021

Requer do Prefeito Municipal informações sobre os testes de COVID-19 feitos por farmácias no Município, conforme específica.

Senhor Presidente,

O(s) Vereador(es) abaixo assinado(s) requer(em) a Vossa Excelência, ouvida a Casa, o envio de expediente ao Excelentíssimo Senhor Francisco Lacerda Brasileiro, Prefeito Municipal de Foz do Iguaçu, para que se digne encaminhar a esta Casa de Leis, dentro do prazo legal, informações sobre os testes de COVID-19 feitos por farmácias no Município, especificando a quantidade de testes positivos para COVID-19 que foram feitos pelas farmácias, bem como informando se as farmácias notificam o órgão de saúde responsável pela contabilização desses números na cidade.

JUSTIFICATIVA

A presente proposta, que atende a função legislativa do requerente enquanto vereador, visa buscar informações sobre a quantidade de testes positivos da COVID-19 feitos por farmácias no Município. Solicitamos também que nos informem se realmente os casos positivos feitos por exames de farmácia são notificados ao plantão coronavírus.

Nestes termos, pede deferimento.

Sala das Sessões, 11 de março de 2021.

Valdir de Souza (Maninho)
Vereador

Ney Patrício
Vereador

Alex Meyer
Vereador

Travessa Oscar Muxfeldt, nº 81 – Centro – Foz do Iguaçu/PR – 85.851-490 – Telefone (45) 3521-8100

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **OFICIO**

Número: **224/2021**

Assunto: **RESPOSTA AO REQUERIMENTO Nº 76/2021**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma portal **PMFI** de assinaturas.

Para verificar as assinaturas clique no link:

<https://sistemas.pmfipr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=e412ac5c-47ad-439a-82b6-c3a8daab939c&cpf=53736656491>

e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

**Código para verificação:
e412ac5c-47ad-439a-82b6-c3a8daab939c**

Hash do Documento

3D7035B65E7D93C02913C8E07618D8342C6A459C09683DBD96DA15A46E74B319

Anexos

Nome: RESPOSTA REQ 76-2021 - FOLHA DE INFORMAÇÃO E DESPACHOS- Nº 8-2021 - SMSA.pdf - Código: **9aa713bc-77f0-4e24-b29b-7b77cc7325c4** - Páginas: 15

Nome: REQ. 76-2021.pdf - Código: **93f31e1d-b661-4cb5-a80d-7f9b5bfd8803** - Páginas: 2

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 07/04/2021 é(são) :

Nilton Bobato (Signatário) - CPF: 64806103934 em 06/04/2021 15:58:48 - **OK**

Tipo: Assinatura Digital

Francisco Lacerda Brasileiro (Signatário) - CPF: 53736656491 em 06/04/2021 16:20:24 - **OK**

Tipo: Assinatura Digital



A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo, produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.