



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CHAPADA DE AREIA-TO.

Nesta Seção foram agrupados os serviços vinculados às atividades de Saúde , disponibilizados pelo Município de Chapada de Areia -TO.

A identificação, transcrição e atualização dos serviços vinculados às atividades da Secretaria Municipal de Saúde e disponibilizados pelo Município (seus objetivos, requisitos e documentos necessários, principais etapas, previsão de prazos de atendimento e formas de prestação dos serviços) são de responsabilidade da Secretária Maria Eliene Gomes de Souza Marinho.

| <b>ATENDIMENTO MÉDICO – ATENÇÃO BÁSICA</b> |  |
|--|--|
| <b>SERVIÇO DISPONIBILIZADO</b>             | Atendimento médico clínico de atenção primária e médicos de apoio.   |
| <b>OBJETIVO</b>                            | Disponibilizar serviços de atenção básica em saúde através de atendimentos médicos e de enfermagem, e equipe multidisciplinar.   |
| <b>REQUISITOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</b>   | <p><b>Atendimento eletivo:</b> consulta agendada e livre demanda. A marcação das consultas pode ser realizada presencialmente na recepção ou pelos telefones: (63) 3349-1008</p> <p><b>Atendimento de urgência:</b> acolhimento de demanda conforme a queixa do paciente.</p> <p>Documentos necessários:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cartão SUS</li><li>• Documento de identificação;</li><li>• Certidão de Nascimento, caso não tenha RG;</li><li>• Trazer exames recentes e nome dos medicamentos em uso (receita), se for o caso.</li></ul> |

|  |   |
|--|---|
| <b>PRINCIPAIS ETAPAS DO SERVIÇO</b>      | <p><b>Eletivo:</b> o solicitante deve apresentar-se com a documentação básica necessária, junto ao Setor de Atenção Básica, <b>com no mínimo 15 minutos de antecedência do horário agendado</b>, para atendimento da demanda.</p> <p><b>Urgência:</b> o solicitante deve apresentar-se com a documentação básica necessária, junto ao Setor de Atenção Básica para atendimento de enfermagem (triagem).</p> |
| <b>PREVISÃO DE PRAZO PARA REALIZAÇÃO</b> | <p><b>Eletivo:</b> conforme disponibilidade de horário na agenda.</p> <p><b>Urgência:</b> atendimento de enfermagem, para triagem e atendimento médico.</p>   |
| <b>PRIORIDADE DE ATENDIMENTO</b>         | <p>Priorizamos pacientes com ferimentos (cortes), desmaios, febre alta, hipertensão, falta de ar, dor no peito (cardíacos), traumas, convulsões, que possam estar colocando em risco a vida do paciente.</p>  |
| <b>FORMA DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO</b>     | <p>Presencial.</p>  |
| <b>MODELO PADRÃO DE DOCUMENTOS</b>       | <p>Todos são atendidos com o preenchimento de uma FAA (Ficha de atendimento ambulatorial no E-SUS).</p>   |

|   |  |
|---|--|
| <b>ATENDIMENTO MÉDICO ESPECIALIZADO</b> |  |
| <b>SERVIÇO DISPONIBILIZADO</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fisioterapia;</li> <li>- Nutrição;</li> <li>- Psicologia;</li> <li>- Assistente social;</li> </ul>                              |
| <b>OBJETIVO</b>                         | <p>Disponibilizar serviços de atenção especializada, através de atendimentos médicos especializados e equipe multidisciplinar como de outros profissionais listados.</p> |

|  |   |
|--|---|
| <b>REQUISITOS<br/>DOCUMENTOS<br/>NECESSÁRIOS</b> | <u>Requisitos:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O paciente deve residir no município</li> <li>• Possuir cadastro com endereço e telefones atualizados.</li> </ul> <u>Formas de Marcação:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicologia, Fisioterapia, , Nutrição e Assistência Social. Agendamento é realizado conforme agenda disponibilizada pelo profissional.</li> </ul> <u>Documentos básicos:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartão SUS</li> <li>• Documento de identificação, RG ou CNH;</li> <li>• Certidão de Nascimento do(a)s filho(a)s, caso não tenha RG.</li> </ul> |
| <b>PRINCIPAIS ETAPAS DO SERVIÇO</b>              | Dirigir-se a ubS com os documentos básicos para agendar o atendimento/serviço e/ou receber instruções sobre disponibilidade e tempo de espera do mesmo.   |
| <b>PREVISÃO DE PRAZO PARA REALIZAÇÃO</b>         | Conforme disponibilidade de consultas e quadro clínico do paciente.   |
| <b>PRIORIDADE DE ATENDIMENTO</b>                 | Encaminhamento de outro profissional solicitando urgência no atendimento.   |
| <b>FORMA DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO</b>             | Presencial, conforme disponibilidade.   |
| <b>MODELO PADRÃO DE DOCUMENTOS</b>               | Referência e contra referência (entre os profissionais médicos).  |

|   |  |
|---|--|
| <b>ATENDIMENTO MÉDICO ESPECIALIZADO – REFERÊNCIA E CONVÊNIO</b> |  |
| <b>SERVIÇO DISPONIBILIZADO</b>                                  | - VIA REGULAÇÃO SISREG<br>- REFERNCIA VIA ENCAMINHAMENTO MÉDICO (HRP)-PARAISO-TO e (HGP)-PALMAS-TO.                                  |
| <b>OBJETIVO</b>   | Disponibilizar serviços de atenção especializada em saúde, através de atendimentos médicos especializados nas referências estaduais. |

|  |   |
|--|---|
| <b>REQUISITOS</b><br><br><b>DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</b> | <u>Requisitos:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Possuir encaminhamento do médico clínico;</li> <li>• O paciente deve residir no município (comprovante de residência no nome do mesmo ou certidão autenticada em cartório que comprove residência no município);</li> <li>• Possuir cadastro com endereço e telefones atualizados.</li> <li>• Via regulação SISREG.</li> </ul><br><u>Documentos básicos:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartão SUS</li> <li>• Documento de identificação, RG ou CNH;</li> <li>• Certidão de Nascimento do(a)s filho(a)s, caso não tenhaRG.</li> </ul> |
| <b>PRINCIPAIS ETAPAS DO SERVIÇO</b>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter encaminhado solicitação do médico clínico;</li> <li>• Dirigir-se ao Setor de Marcação e Regulação com os documentos básicos para agendar o atendimento/serviço e/ou receber instruções sobre disponibilidade e tempo de espera do mesmo;</li> </ul> <p>Urgência e emergência encaminhamento direto ao Setor de Atendimento– recepção.</p>  |
| <b>PREVISÃO DE PRAZO PARA REALIZAÇÃO</b>               | Conforme disponibilidade de consultas pactuadas (cota) no Convênio e Referências.   |
| <b>PRIORIDADE DE ATENDIMENTO</b>                       | Conforme disponibilidade da oferta de serviços.   |
| <b>FORMA DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO</b>                   | Presencial, conforme disponibilidade.   |
| <b>MODELO PADRÃO DE DOCUMENTOS</b>                     | Não possui.   |
| <b>CARTÃO SUS</b>                                      |   |
| <b>SERVIÇO DISPONIBILIZADO</b>                         | Confecção e atualização do CARTÃO SUS – Sistema Único de Saúde.   |
| <b>OBJETIVO</b>  | Comprovar o vínculo com o município onde reside   |
| <b>REQUISITOS / DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</b>             | Carteira de identidade, CPF, e comprovante de residência. Recem nascidos, certidão de nascimento.   |

|  |  |
|--|--|
| <b>PRINCIPAIS ETAPAS DO SERVIÇO</b>      | Dirigir-se ao setor responsável, de segundas a sexta das 7:00 as 11:00hrs e das 13 as 17:00hrs. Com todos os documentos em mãos. |
| <b>PREVISÃO DE PRAZO PARA REALIZAÇÃO</b> | Imediato   |
| <b>PRIORIDADE DE ATENDIMENTO</b>         | Conforme ordem de chegada.   |
| <b>FORMA DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO</b>     | Presencial.  |
| <b>MODELO PADRÃO DE DOCUMENTOS</b>       | CAD/SUS  |

| <b>EXAMES AMBULATORIAIS</b>    |  |
|--------------------------------|--|
| <b>SERVIÇO DISPONIBILIZADO</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Citopatológico do Colo Uterino; coleta e envia ,via sisreg</li> <li>- Teste Rápido do Covid;</li> <li>- Teste Rápido (HIV, Sífilis, Hepatite B e C);</li> <li>- Eletro Cardiograma</li> </ul> |
| <b>OBJETIVO</b>                | Disponibilizar exames ambulatoriais de atenção básica e média complexidade.  |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>REQUISITOS</b></p> <p><b>DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</b></p> | <p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Possuir encaminhamento do médico clínico;</li> <li>• O paciente deve residir no município (comprovante de residência no nome do mesmo ou certidão autenticada em cartório que comprove residência no município);</li> <li>• Possuir cadastro com endereço e telefones atualizados.</li> </ul> <p><u>Documentos básicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartão SUS</li> <li>• Documento de identificação, RG ou CNH;</li> </ul> |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certidão de Nascimento do(a)s filho(a)s, caso não tenha RG.</li> </ul>   |
| <p><b>PRINCIPAIS ETAPAS DO SERVIÇO</b></p>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter encaminhado solicitação do médico clínico;</li> <li>• Dirigir-se ao Setor de marcação com os documentos básicos para agendar o atendimento/serviço e/ou receber instruções sobre disponibilidade e tempo de espera do mesmo.</li> </ul>  |
| <p><b>PREVISÃO DE PRAZO PARA REALIZAÇÃO</b></p>               | <p>Conforme agendamento na recepção.</p>  |
| <p><b>PRIORIDADE DE ATENDIMENTO</b></p>                       | <p>Conforme ordem de agendamento.</p>   |
| <p><b>FORMA DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO</b></p>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Citopatológico do Colo Uterino (pré-câncer): agendamento previo com enfermeira;</li> <li>• Eletrocardiograma: de segunda a sexta em periodo integral, é realizado conforme prescrição médica;</li> <li>• Teste rápido: conforme a demanda;</li> </ul>  |
| <p><b>MODELO PADRÃO DE DOCUMENTOS</b></p>                     | <p>Modelo padrão do Ministério da Saúde.</p>  |

| <b>ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO</b>                    |  |
|--|--|
| <b>SERVIÇO DISPONIBILIZADO</b>                     | Atendimento odontológico de segunda a sexta-feira, realizando limpeza, aplicação de fluor, raio-x periapical, raspagem, restauração, extração, ações coletivas, escovação supervisionada, prótese.   |
| <b>OBJETIVO</b>                                    | Disponibilizar serviços de atenção básica bucal em saúde através de atendimentos odontológicos   |
| <b>REQUISITOS</b><br><b>DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</b> | <p><b>Atendimento eletivo:</b> consulta agendada previamente na Unidade Básica de Saúde.</p> <p><b>Atendimento de urgência:</b> acolhimento de demanda espontânea, de acordo com a disponibilidade da agenda do setor.</p> <p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O paciente deve residir no Município</li> <li>• Possuir cadastro com endereço e telefones atualizados.</li> <li>• Ações PSE- escovação supervisionada</li> </ul> |
|  | <p><u>Documentos Básicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartão SUS</li> <li>• Documento de identificação.</li> </ul>  |
| <b>PRINCIPAIS ETAPAS DO SERVIÇO</b>                | <p>Eletivo: abertura de agenda no último dia do mês, de forma presencial, a partir das 7h.</p> <p>Urgência e emergência: Devem dirigir-se ao setor de odontologia e verificar a disponibilidade da agenda.</p> <p><b>Somente serão atendidos casos extremos, com presença de dor.</b></p>  |
| <b>PREVISÃO DE PRAZO PARA REALIZAÇÃO</b>           | Conforme disponibilidade de horário na agenda.   |
| <b>PRIORIDADE DE ATENDIMENTO</b>                   | Urgência (dor)   |
| <b>FORMA DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO</b>               | Presencial, conforme disponibilidade.  |
| <b>MODELO PADRÃO DE DOCUMENTOS</b>                 | Ficha FAA (ficha de atendimento ambulatorial via E-SUS)  |

| <b>EXAMES LABORATORIAIS</b>                            |  |
|--|--|
| <b>SERVIÇO DISPONIBILIZADO</b>                         | Exames laboratoriais de sangue, fezes e urina, encaminhados a laboratório conveniado;<br>Radiografias encaminhadas a serviço conveniado;   |
| <b>OBJETIVO</b>  | Disponibilizar exames de atenção básica, média e alta complexidade.  |
| <b>REQUISITOS</b><br><br><b>DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</b> | <u>Requisitos:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Possuir encaminhamento do médico clínico;</li> <li>• O paciente deve <b>residir no município</b> (comprovante de residência no nome do mesmo ou certidão autenticada em cartório que comprove residência no município);</li> <li>• Possuir cadastro com endereço e telefones atualizados.</li> </ul><br><u>Documentos básicos:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartão SUS;</li> <li>• Documento de identificação;</li> </ul> Certidão de Nascimento, caso não tenha RG. |
| <b>PRINCIPAIS ETAPAS DO SERVIÇO</b>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter a solicitação do médico;</li> <li>• Dirigir-se a recepção para agendar o dia do exame e receber as orientações necessárias dos mesmos.</li> </ul>   |
| <b>PREVISÃO DE PRAZO PARA REALIZAÇÃO</b>               | Conforme disponibilidade de exames contratados.  |
| <b>PRIORIDADE DE ATENDIMENTO</b>                       | Eletivos conforme agenda disponível, urgências realizados na hora.   |
| <b>FORMA DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO</b>                   | Presencial, conforme disponibilidade.  |
| <b>MODELO PADRÃO DE DOCUMENTOS</b>                     | Prescrição médica.   |

| <b>FARMÁCIA BÁSICA - DISPENSAÇÃO</b>     |  |
|--|--|
| <b>SERVIÇO DISPONIBILIZADO</b>           | Dispensação de medicamentos e insumos.   |
| <b>OBJETIVO</b>                          | Fornecer medicamentos e insumos da Farmácia Básica, de acordo com a Política Nacional de Medicamentos e outros.  |
| <b>REQUISITOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</b> | <p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Possuir prescrição/receita médica;</li> <li>• O paciente deve residir no município;</li> <li>• Possuir cadastro com endereço e telefones atualizados.</li> </ul> <p><u>Documentos básicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartão SUS</li> <li>• Documento de identificação;</li> </ul> <p>Certidão de Nascimento, caso não tenha RG.</p>  |
| <b>PRINCIPAIS ETAPAS DO SERVIÇO</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirigir-se ao setor de atendimento da Farmácia Municipal com os documentos básicos e receituário médico com prescrição dos medicamentos a serem utilizados;</li> <li>• No Setor da Farmácia também são entregues as medicações especiais do Estado, assim como realizado o processo de encaminhamento para solicitação de fraldas e medicamentos;</li> <li>• Renovação de receitas sempre devem ser agendadas com antecedência, antes do término das medicações.</li> </ul> |
| <b>PREVISÃO DE PRAZO PARA REALIZAÇÃO</b> | Imediato, conforme disponibilidade de estoque ou liberação de Processo.  |
| <b>PRIORIDADE DE ATENDIMENTO</b>         | Por ordem de chegada.  |
| <b>FORMA DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO</b>     | Presencial.  |
| <b>MODELO PADRÃO DE DOCUMENTOS</b>       | Prescrição médica.   |

| <b>TRANSPORTE DE PACIENTES</b>             |  |
|--|--|
| <b>SERVIÇO DISPONIBILIZADO</b>             | Transporte de pacientes para consultas e exames SUS. Urgencia e Emergência.  |
| <b>OBJETIVO</b>                            | Fornecer transporte para deslocamento de pacientes que utilizam serviços SUS nos municípios de Referência.   |
| <b>REQUISITOS / DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</b> | <p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Possuir comprovante de agendamento de consulta/exame em outro município;</li> <li>• O paciente deve residir no município (comprovante de residência no nome do mesmo ou certidão autenticada em cartório que comprove residência no município);</li> <li>• Possuir cadastro com endereço e telefones atualizados, inclusive do acompanhante;</li> <li>• Agendar sempre com antecedência (MÍNIMO 2 DIAS).</li> </ul> <p><u>Documentos básicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartão SUS</li> <li>• Documento de identificação;</li> </ul> <p>Certidão de Nascimento, caso não tenha RG.<br/>Encaminhamento e Regulação;</p> |
| <b>PRINCIPAIS ETAPAS DO SERVIÇO</b>        | Dirigir-se ao setor de marcação ou ligar para agendar o transporte e receber demais instruções sobre horários e acompanhantes.   |
| <b>PREVISÃO DE PRAZO PARA REALIZAÇÃO</b>   | Imediato, conforme disponibilidade de horários e vagas.  |
| <b>PRIORIDADE DE ATENDIMENTO</b>           | Atendimento agendado SUS.  |
| <b>FORMA DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO</b>       | Presencial ou pelo telefone: 63 3349-1044  |
| <b>MODELO PADRÃO DE DOCUMENTOS</b>         | Apresentar a solicitação da consulta agendada e encaminhamento.  |

| <b>VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E VIGILANCIA EM SAÚDE-<br/>VACINAÇÃO</b> |  |
|---|--|
| <b>SERVIÇO<br/>DISPONIBILIZADO</b>                                    | <p>Vacinação da população conforme Calendário Nacional de Vacinação, campanha de vacinação.</p> <p>Busca ativa de faltosos.</p> <p>Adaptação: Núcleo de Imunizações DVE / CEVS / SES</p> <p><b>-VIGILANCIA EM SAÚDE:</b></p> <p>Controle de leishmaniose (caramujo)</p> <p>Vacinação canina,</p> <p>Controle de leishmaniose;</p> <p>Controle de dengue;</p> <p>Controle de Chagas;</p> <p>Teste rápido para detecção de leishmaniose;</p> <p>Pesquisa de chagas,</p> <p>Controle de chagas;</p> <p>Arrastão contra dengue;</p>          |
| <b>OBJETIVO</b>   | Prevenção, controle, eliminação e erradicação de doenças imunopreveníveis, bem como a redução da morbimortalidade por certos agravos.  |
| <b>REQUISITOS<br/><br/>DOCUMENTOS<br/>NECESSÁRIOS</b>                 | <p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Possuir cadastro com endereço e telefones atualizados.</li> <li>• Em alguns casos específicos, necessita encaminhamento/solicitação/exames, conforme protocolos do CRIE (Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais).</li> </ul> <p><u>Documentos básicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caderneta de Vacinação;</li> <li>• Cartão SUS;</li> <li>• Documento de Identificação;</li> </ul> <p>Certidão de Nascimento, caso não tenha RG.</p> |

|  |   |
|--|---|
| <b>PRINCIPAIS ETAPAS DO SERVIÇO</b>      | <p>Dirigir-se à sala de vacinação das Unidades Básicas de Saúde do Município, com os documentos básicos para registro no E-Sus ou SIPNI WEB e receber a dose necessária e/ou receber instruções sobre disponibilidade e tempo de espera do mesmo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Segundas a sextas-feiras no período integral, das 7h às 11h e 13h às 17h;</li> <li>• Vacinas Triplice Viral e Febre Amarela todas as quartas feiras, devido a baixa disponibilidade de insumos e curta validade de frasco após a abertura;</li> <li>• Vacinas BCG e VOP mediante agendamento, devido a baixa disponibilidade de insumos e curta validade de frasco após a abertura;</li> <li>• Vacinação COVID-19 segue à sexta das 07:00 as 17:00, ou conforme demanda e solicitação do Ministério da Saúde;</li> </ul> |
| <b>PREVISÃO DE PRAZO PARA REALIZAÇÃO</b> | Livre demanda, conforme disponibilidade de doses fornecidas pelo Estado (Núcleo de Imunizações / DVE / CEVS / SES).   |
| <b>PRIORIDADE DE ATENDIMENTO</b>         | Conforme ordem de chegada.  |
| <b>FORMA DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO</b>     | Presencial, conforme disponibilidade e campanhas nacionais. Atendimento domiciliar para pessoas com impossibilidade de comparecimento presencial na sala de vacinas (acamados e/ou com necessidades especiais), conforme a disponibilidade da equipe de vacinação;  |
| <b>MODELO PADRÃO DE DOCUMENTOS</b>       | Sempre, trazer a carteira de vacinação e documento.   |

### VIGILÂNCIA SANITÁRIA

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <b>SERVIÇO DISPONIBILIZADO</b> | Verificação de denúncias de estabelecimentos relacionados com a área da saúde, públicos e privados, como supermercados, farmácias, escolas, restaurantes, salão de beleza, etc. |
|--------------------------------|---|

|   |   |
|---|---|
| <b>OBJETIVO</b>   | Identificar possíveis irregularidades sanitárias na execução das atividades do estabelecimento, ou junto ao Setor de Fiscalização.  |
| <b>REQUISITOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</b>                    | Efetuar a solicitação no Protocolo da Prefeitura.<br><u>Documentos básicos:</u><br>Documento de Identificação com número do Registro Geral(RG) e número do Cadastro de Pessoa Física (CPF).   |
| <b>PRINCIPAIS ETAPAS DO SERVIÇO</b>                         | Dirigir-se ao Setor de Protocolo da Prefeitura, para registrar a solicitação, identificando qual a irregularidade e o estabelecimento.  |
| <b>PREVISÃO DE PRAZO PARA REALIZAÇÃO</b>                    | Prazo de até 15 dias para verificação.  |
| <b>PRIORIDADE DE ATENDIMENTO</b>                            | Denúncias.<br>Presencialmente ou através do telefone 63 3349-1044   |
| <b>FORMA DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO</b>                        | Presencial, com base nas informações protocoladas.  |
| <b>MODELO PADRÃO DE DOCUMENTOS</b>                          | Requerimento Padrão.  |
| <b>AÇÃO PARA O SETOR REGULADO E AÇÕES PARA A COMUNIDADE</b> | Desenvolve ações voltadas para orientação e prevenção e cuidados para a população , onde é feito palestras , visitas nos comercios , entrega de panfletos informativos ,apresenta relatorio para a secretária e para o setor regulado informando que as ações foram executadas com relatorio detalhado e registros fotograficos . |

SECRETÁRIA DE SAÚDE

MARIA ELIENE GOMES DE SOUZA MARINHO