EDITAL DE PREGÃO ELETRÔNICO N° 172/2023 - PROCESSO n° 256/2023
REQUISITANTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
OBJETO: REGISTRO DE PREÇOS PARA EVENTUAL CONTRATAÇÃO FUTURA DE EMPRESA PARA CONFECÇÃO E FORNECIMENTO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA TODOS OS SETORES DA SAÚDE.

Os produtos deverão ser de boa qualidade

TIPO DE JULGAMENTO: MENOR PREÇO UNITÁRIO
MODO DE DISPUTA: ABERTO

RECEBIMENTO DAS PROPOSTAS: 31 de agosto de 2023 das 08:00 até 19 de setembro de 2023 às 08:00.
ABERTURA DAS PROPOSTAS: 19 de setembro de 2023 às 08h10min.
INÍCIO DA SESSÃO DE DISPUTA DE PREÇOS: 19 de setembro de 2.023 às 09 horas.

LOCAL: bllcompras.com

Para todas as referências de tempo será observado o horário de Brasília (DF).

OBS: PODERÃO PARTICIPAR DESTE PREGÃO EMPRESAS INTERESSADAS COMPATÍVEIS AO RAMO DE ATIVIDADE PERTINENTE AO OBJETO E QUE ATENDAM TODOS OS REQUISITOS CONTIDOS NESTE EDITAL.

A Senhora Pregoeira da Comissão Permanente para Julgamento de Licitações da Prefeitura da Estância Turística de Avaré, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais, torna público que se acha aberta, nesta unidade, licitação na modalidade **PREGÃO**, a ser realizada por intermédio do sistema eletrônico de contratações denominado "Bolsa de Licitações e Leilões do Brasil (bllcompras.com)", denominada **PREGÃO ELETRÔNICO,** do tipo **MENOR PREÇO UNITÁRIO** objetivando **REGISTRO DE PREÇOS PARA EVENTUAL CONTRATAÇÃO FUTURA DE EMPRESA PARA CONFECÇÃO E FORNECIMENTO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA TODOS OS SETORES DA SAÚDE,** conforme solicitação da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, que será regida pela Lei Federal nº 14.133 de 01 de abril de 2021, Decreto Municipal nº 7.210 de 02 de março de 2023 e Decreto Municipal 7.243 de 16 de março de 2023, aplicando-se subsidiariamente, no que couberem as disposições da Lei Complementar n° 123 de 2006, Lei Complementar nº 147, de 7 de agosto de 2014, Instrução Normativa nº 73 de 30 de setembro de 2022 e demais normas regulamentares aplicáveis à espécie e do disposto no presente edital. As propostas deverão obedecer as especificações deste instrumento convocatório e anexos, que dele fazem parte integrante.

FORMALIZAÇÃO DE CONSULTAS/ENCAMINHAMENTOS
Endereço: Praça Juca Novaes, 1169, Centro, Avaré/SP,
Pregoeira: Crislaine Aparecida Santos
E-mail: licitacao@avare.sp.gov.br

DO OBJETO
Tem por objeto do presente edital de Pregão Eletrônico, a constituição de **REGISTRO DE PREÇOS PARA EVENTUAL CONTRATAÇÃO FUTURA DE EMPRESA PARA CONFECÇÃO E FORNECIMENTO DE MATERIAIS GRÁFICOS PARA TODOS OS SETORES DA SAÚDE,** conforme **ANEXO 01** deste Edital.

Compõem este Edital os seguintes anexos:

ANEXO 01	Termo de Referência
ANEXO 02	Exigências para Habilitação
ANEXO 03	Modelo de Declaração Conjunta
ANEXO 04	Modelo de carta proposta
ANEXO 05	Termo de adesão ao sistema de pregão eletrônico da BLL do Brasil
ANEXO 06	Termo de indicação de operadores.
ANEXO 07	Minuta de Ata de Registro de Preços
ANEXO 08	Estudo Técnico Preliminar
ANEXO 09	Modelos

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1. O Pregão Eletrônico será realizado em sessão pública, por meio da INTERNET, mediante condições de segurança – criptografia e autenticação – em todas as suas fases através do Sistema BLL Compras (licitações) da Bolsa de Licitações e Leilões do Brasil. A utilização do sistema de pregão eletrônico da Bolsa de Licitações e Leilões do Brasil está consubstanciada no § 2º e 3º da Instrução Normativa nº 73/22.

1.2. O sistema de pregão eletrônico, BLL Compras, da Bolsa de Licitações e Leilões do Brasil é realizado por meio da internet, mediante condições de segurança, criptografia e autenticação em todas as suas fases.

1.3. Os trabalhos serão conduzidos pelo (a) pregoeiro (a) da Prefeitura do Município de Avaré – SP, mediante a inserção e monitoramento de dados gerados ou transferidos para o aplicativo "BLL Compras" constante na página da internet da Bolsa de Licitações e Leilões do Brasil (bllcompras.com).

1.4. Na presente licitação, a fase de habilitação sucederá as fases de apresentação de propostas, de lances e de julgamento.

2. RECEBIMENTO E ABERTURA DAS PROPOSTAS E DATA DO PREGÃO

O fornecedor deverá observar as datas e os horários limites previstos no presente Edital para o credenciamento junto ao provedor do sistema para participação da licitação, bem como o cadastramento e a abertura da proposta, atentando também para a data e horário para início da disputa.

3 - CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

3.1. Poderão participar deste pregão empresas interessadas do ramo de atividade **compatíveis ao objeto desta licitação**, que atenderem às exigências de habilitação em atividade compatível com o seu objeto, nos seguintes termos:

3.2. A Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte, além da apresentação da declaração constante no **ANEXO 03** para fins de habilitação, deverá, quando do cadastramento da proposta inicial, deverá informar o seu regime de tributação para fazer valer o direito de prioridade no desempate (artigos 44 e 45 da Lei Complementar 123/06).

3.3. Poderão participar deste Pregão Eletrônico as empresas que apresentarem toda a documentação exigida para o respectivo cadastramento junto a Bolsa de Licitações e Leilões do Brasil, junto com o **ANEXO 05.**

3.4 -Não poderão participar nesta licitação as empresas:
3.4.1. aquele que não atenda às condições deste Edital e seu(s) anexo(s);
3.4.2. autor do anteprojeto, do projeto básico ou do projeto executivo, pessoa física ou jurídica, quando a licitação versar sobre serviços ou fornecimento de bens a ele relacionados;
3.4.3. empresa, isoladamente ou em consórcio, responsável pela elaboração do projeto básico ou do projeto executivo, ou empresa da qual o autor do projeto seja dirigente, gerente, controlador, acionista ou detentor de mais de 5% (cinco por cento) do capital com direito a voto, responsável técnico ou subcontratado, quando a licitação versar sobre serviços ou fornecimento de bens a ela necessários;
3.4.4. pessoa física ou jurídica que se encontre, ao tempo da licitação, impossibilitada de participar da licitação em decorrência de sanção que lhe foi imposta;
3.4.5. aquele que mantenha vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade contratante ou com agente público que desempenhe função na licitação ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau;
3.4.6. empresas controladoras, controladas ou coligadas, nos termos da Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976, concorrendo entre si;
3.4.7. pessoa física ou jurídica que, nos 5 (cinco) anos anteriores à divulgação do edital, tenha sido condenada judicialmente, com trânsito em julgado, por exploração de trabalho infantil, por submissão de trabalhadores a condições análogas às de escravo ou por contratação de adolescentes nos casos vedados pela legislação trabalhista;
3.4.8. agente público do órgão ou entidade licitante;
3.4.9. Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP, atuando nessa condição;
3.4.10. Não poderá participar, direta ou indiretamente, da licitação ou da execução do contrato agente público do órgão ou entidade contratante, devendo ser observadas as situações que possam configurar conflito de interesses no exercício ou após o exercício do cargo ou emprego, nos termos da legislação que disciplina a matéria, conforme § 1º do art. 9º da Lei n.º 14.133, de 2021.
3.4.11. Consórcio de empresas. Esta vedação justifica-se considerando que, as circunstâncias do mercado ou a complexidade do objeto não dificultam a comprovação de todos os requisitos de qualificação técnica ou econômica por um único licitante.

3.5. O impedimento de que trata o item **3.4.4** será também aplicado ao licitante que atue em substituição a outra pessoa, física ou jurídica, com o intuito de burlar a efetividade da sanção a ela aplicada, inclusive a sua controladora, controlada ou coligada, desde que devidamente comprovado o ilícito ou a utilização fraudulenta da personalidade jurídica do licitante.

3.6. A critério da Administração e exclusivamente a seu serviço, o autor dos projetos e a empresa a que se referem os itens **3.4.2** e **3.4.3** poderão participar no apoio das atividades de planejamento da contratação, de execução da licitação ou de gestão do contrato, desde que sob supervisão exclusiva de agentes públicos do órgão ou entidade.

3.7. Equiparam-se aos autores do projeto as empresas integrantes do mesmo grupo econômico.

3.8. O disposto nos itens **3.4.2** e **3.4.3** não impede a licitação ou a contratação de serviço que inclua como encargo do contratado a elaboração do projeto básico e do projeto executivo, nas contratações integradas, e do projeto executivo, nos demais regimes de execução.

3.9. Em licitações e contratações realizadas no âmbito de projetos e programas parcialmente financiados por agência oficial de cooperação estrangeira ou por organismo financeiro internacional com recursos do financiamento ou da contrapartida nacional, não poderá participar pessoa física ou jurídica que integre o rol de pessoas sancionadas por essas entidades ou que seja declarada inidônea nos termos da Lei nº 14.133/2021.

3.10. A vedação de que trata o item **3.4.8** estende-se a terceiro que auxilie a condução da contratação na qualidade de integrante de equipe de apoio, profissional especializado ou funcionário ou representante de empresa que preste assessoria técnica.

3.11. O licitante deverá promover a sua inscrição e credenciamento para participar do pregão. Para isso, os interessados deverão cadastrar-se previamente na Bolsa de Licitações e Leilões do Brasil – (041) 3042-9909, de acordo com o Anexo 05.

3.12. A participação no pregão está condicionada obrigatoriamente a inscrição e credenciamento do licitante, até o limite de horário previsto no edital, e deverá ser requerido acompanhado dos seguintes documentos:
a) Termo de Credenciamento (instrumento particular de mandato), declarando cumprir as exigências do Edital, bem como outorgando poderes específicos de sua representação (direta ou indireta) no pregão, conforme modelo do ANEXO 05.
b) inserção no sistema do valor inicial do objeto licitado.

4 - REGULAMENTO OPERACIONAL DO CERTAME
4.1. O certame será conduzido pelo pregoeiro, com o auxílio da equipe de apoio, que terá, em especial, as seguintes atribuições:
a) acompanhar os trabalhos da equipe de apoio;
b) responder as questões formuladas pelos fornecedores, relativas ao certame;
c) abrir as propostas de preços;
d) analisar a aceitabilidade das propostas;
e) desclassificar propostas indicando os motivos;
f) conduzir os procedimentos relativos aos lances e à escolha da proposta do lance de menor preço;
g) verificar a habilitação do proponente classificado em primeiro lugar;
h) declarar o vencedor;
i) receber, examinar e decidir sobre a pertinência dos recursos;
j) elaborar a ata da sessão com o auxílio eletrônico;
k) encaminhar o processo à autoridade superior para homologar e autorizar a contratação;

5. CREDENCIAMENTO NO SISTEMA LICITAÇÕES DA BOLSA DE LICITAÇÕES E LEILÕES DO BRASIL
5.1. As pessoas jurídicas ou firmas individuais interessadas deverão nomear através do Termo de Credenciamento, com firma reconhecida, operador devidamente habilitado pela Bolsa de Licitações e Leilões do Brasil, atribuindo poderes para formular lances de preços e praticar todos os demais atos e operações no site: bllcompras.com.

5.2. A licitante deverá manifestar em campo próprio do sistema, pleno conhecimento, aceitação e atendimento às exigências de habilitação previstas no Edital.

5.3. O acesso do operador ao pregão, para efeito de encaminhamento de proposta de preço e lances sucessivos de preços, em nome do licitante, somente se dará mediante prévia definição de senha privativa.

5.4. A chave de identificação e a senha dos operadores poderão ser utilizadas em qualquer pregão eletrônico, salvo quando canceladas por solicitação do credenciado ou por iniciativa da Bolsa de Licitações e Leilões do Brasil;

5.5. É de exclusiva responsabilidade do usuário o sigilo da senha, bem como seu uso em qualquer transação efetuada diretamente ou por seu representante, não cabendo a Bolsa de Licitações e Leilões do Brasil a responsabilidade por eventuais danos decorrentes de uso indevido da senha, ainda que por terceiros;

5.6. O credenciamento do fornecedor e de seu representante legal junto ao sistema eletrônico implica a responsabilidade legal pelos atos praticados e a presunção de capacidade técnica para realização das transações inerentes ao pregão eletrônico.

6 - DA PARTICIPAÇÃO

6.1. A participação no Pregão Eletrônico se dará por meio da digitação da senha pessoal e intransferível do representante do licitante credenciado e subsequente cadastramento da proposta inicial de preços, exclusivamente por meio do sistema eletrônico, observados data e horário limite estabelecidos.

6.2. Caberá ao fornecedor acompanhar as operações no sistema eletrônico durante a sessão pública do pregão, ficando responsável pelo ônus decorrente da perda de negócios diante da inobservância de quaisquer mensagens emitidas pelo sistema ou da desconexão do seu representante.

6.3. Qualquer dúvida em relação ao acesso no sistema operacional poderá ser esclarecida com a Bolsa de Licitações e Leilões do Brasil pelo telefone: (41) 3097-4600 ou e-mail: contato@bll.org.br.

6.4. O licitante responsabiliza-se exclusiva e formalmente pelas transações efetuadas em seu nome, assume como firmes e verdadeiras suas propostas e seus lances, inclusive os atos praticados diretamente ou por seu representante, excluída a responsabilidade do provedor do sistema ou do órgão ou entidade promotora da licitação por eventuais danos decorrentes de uso indevido das credenciais de acesso, ainda que por terceiros.

6.5. É de responsabilidade do licitante conferir a exatidão dos seus dados cadastrais no sistema e mantê-los atualizados junto aos órgãos responsáveis pela informação, devendo proceder, imediatamente, à correção ou à alteração dos registros tão logo identifique incorreção ou aqueles se tornem desatualizados.

7 – DA APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA

7.1. Após a divulgação do edital de licitação, os licitantes encaminharão, exclusivamente por meio de sistema, a proposta com o preço ou o percentual de desconto, conforme o critério de julgamento adotado neste edital, até a data e o horário estabelecidos para abertura da sessão pública.

7.2. O licitante declarará, em campo próprio do sistema, sem prejuízo da exigência de outras declarações previstas em legislação específica e na Lei nº 14.133, de 2021, o cumprimento dos requisitos para habilitação e a conformidade de sua proposta com as exigências do edital de licitação.

7.3. A falsidade da declaração de que trata o item **7.2** sujeitará o licitante às sanções previstas na Lei nº 14.133, de 2021.

7.4. Os licitantes poderão retirar ou substituir a proposta inserida no sistema, até a abertura da sessão pública.

7.5. Serão disponibilizados para acesso público os documentos que compõem a proposta dos licitantes convocados para apresentação de proposta, após a fase de envio de lances.

7.6. Desde que disponibilizada a funcionalidade no sistema, o licitante poderá parametrizar o seu valor final mínimo ou o seu percentual de desconto máximo, conforme o critério de julgamento adotado neste edital, quando do cadastramento da proposta e obedecerá às seguintes regras:
7.6.1. A aplicação do intervalo mínimo de diferença de valores ou de percentuais entre os lances que incidirá tanto em relação aos lances intermediários quanto em relação ao lance que cobrir a melhor oferta; e
7.6.2. Os lances serão de envio automático pelo sistema, respeitado o valor final mínimo estabelecido e o intervalo de que trata o subitem acima.

7.7. O valor final mínimo ou percentual de desconto final máximo parametrizado no sistema poderá ser alterado pelo fornecedor durante a fase de disputam sendo vedado:
7.7.1. Valor superior a lance já registrado pelo fornecedor no sistema, quando adotado o critério de julgamento por menor preço; e
7.7.2. Percentual de desconto inferior a lance já registrado pelo fornecedor no sistema, quando adotado o critério de julgamento por maior desconto.

7.8. O valor final mínimo ou o percentual de desconto final máximo parametrizado na forma do item **7.6** possuirá caráter sigiloso para os demais fornecedores e para o órgão ou entidade promotora da licitação, podendo ser disponibilizado estrita e permanentemente aos órgãos de controle externo e interno.

7.9. A apresentação da proposta implica obrigatoriedade do cumprimento das disposições nelas contidas, em conformidade com o que dispõe o Termo de Referência, assumindo o proponente o compromisso de executar o objeto licitado nos seus termos, bem como de fornecer os materiais, equipamentos, ferramentas e utensílios necessários, em quantidades e qualidades adequadas à perfeita execução contratual, promovendo, quando requerido, sua substituição.

8 – DO PREENCHIMENTO DA PROPOSTA ELETRÔNICA
8.1. O licitante deverá enviar sua proposta mediante o preenchimento, no sistema eletrônico, dos seguintes campos:
8.1.1. Valor unitário, com no máximo duas casas decimais após a vírgula;
8.1.2. Marca e/ou Nome do Fabricante (vedada a identificação do licitante neste campo, sob pena de desclassificação) - (por se tratar de serviço, deverá ser colocado neste campo por exemplo “serviço”, “não

se aplica", "marca própria". Caso haja a identificação da licitante neste campo a mesma será desclassificada).

8.2. Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam o licitante.

8.3. Nos valores propostos estarão inclusos todos os custos operacionais, encargos previdenciários, trabalhistas, tributários, comerciais e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente na execução do objeto.

8.4. Os preços ofertados, tanto na proposta inicial, quanto na etapa de lances, serão de exclusiva responsabilidade do licitante, só será permitido alteração sob alegação de erro, quando este for visivelmente discrepante (por exemplo erro no lance ofertado).
8.4.1. Considerando a instabilidade da Plataforma, não será de responsabilidade da Pregoeira e Equipe de Apoio, o cancelamento do lance ofertado em tempo hábil.

8.5. São vedadas propostas para um **mesmo item/lote** formuladas por estabelecimentos distintos de uma **mesma licitante** (disputa entre matriz e filial ou entre filiais, ou sócios em comum, por exemplo). O descumprimento implicará a desclassificação de ambas proponentes.

8.6. O encaminhamento de proposta para o sistema eletrônico pressupõe o pleno conhecimento e atendimento às exigências de habilitação previstas no Edital;

8.7. O Licitante será responsável por todas as transações que forem efetuadas em seu nome no sistema eletrônico, assumindo como firmes e verdadeiras suas propostas e lances;

8.8. O objeto deverá estar totalmente dentro das especificações contidas no ANEXO 01;

8.9. A validade da proposta será de **60 (sessenta) dias,** contados a partir da data da sessão pública do Pregão;

8.10. Não será admitida cotação inferior à quantidade prevista neste Edital;

9 – DA ABERTURA DA SESSÃO E CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS
9.1. A abertura da presente licitação dar-se-à automaticamente em sessão pública, por meio de sistema eletrônico, na data, horário e local indicados neste edital.

9.2. Será desclassificada a proposta eletrônica que identifique o licitante.
9.2.1. A desclassificação será sempre fundamentada e registrada no sistema, com acompanhamento em tempo real por todos os participantes.

9.3. A não desclassificação da proposta conforme item **9.2** não impede o seu julgamento definitivo em sentido contrário, levado a efeito na fase de julgamento.

9.4. A verificação da conformidade da proposta será feita exclusivamente na fase de julgamento, em relação à proposta mais bem classificada.

9.5. O sistema disponibilizará campo próprio para troca de mensagens entre o(a) Pregoeiro(a) e os licitantes, vedada outra forma de comunicação.

9.6. Para julgamento será adotado o critério de **MENOR PREÇO UNITÁRIO.**

10 – INÍCIO DA FASE COMPETITIVA

10.1. Iniciada a fase competitiva, observado o modo de disputa adotado neste edital, os licitantes poderão encaminhar lances exclusivamente por meio do sistema eletrônico.

10.2. O licitante será imediatamente informado do recebimento do lance e do valor consignado no registro.

10.3. O licitante somente poderá oferecer valor inferior ou maior percentual de desconto ao último lance por ele ofertado e registrado pelo sistema, observado, o intervalo mínimo de diferença de valores ou de percentuais entre os lances, que incidirá tanto em relação aos lances intermediários quanto em relação ao lance que cobrir a melhor oferta.

10.4. Observado o item **10.3**, o licitante poderá, uma única vez, excluir seu último lance ofertado, no intervalo de **quinze segundos** após o registro no sistema, na hipótese de lance inconsistente ou inexequível.

10.5. A(o) Pregoeira(o) e Equipe de Apoio, poderá durante a disputa, como medida excepcional, excluir a proposta ou o lance que possa comprometer, restringir ou frustrar o caráter competitivo do processo licitatório, mediante comunicação eletrônica automática via sistema.

10.6. Eventual exclusão de proposta do licitante, de que trata o item **10.5**, implica a retirada do licitante do certame, sem prejuízo do direito de defesa.

10.7. Durante a sessão pública, os licitantes serão informados, em tempo real, do valor do melhor lance registrado, vedada a identificação do licitante.

11 – MODO DE DISPUTA

11.1. Será adotado para o envio de lances no pregão eletrônico o modo de **disputa "aberto",** em que os licitantes apresentarão lances públicos e sucessivos, com prorrogações.

11.2. Após a abertura do item colocado em disputa, a fase de lances terá duração de **10 (dez) minutos.** Após esse período, o sistema encerrará a competição caso nenhum lance seja apresentado dentro do intervalo de **2 (dois) minutos**.

11.3. A prorrogação automática da etapa de lances, de que trata o item anterior, será de **dois minutos** e ocorrerá sucessivamente sempre que houver lances enviados nesse período de prorrogação, inclusive no caso de lances intermediários.

11.4. Não havendo novos lances na forma estabelecida nos itens anteriores, o sistema encerrará automaticamente a etapa de lances,

11.5. Definida a melhor proposta, se a diferença em relação à proposta classificada em segundo lugar for de pelo menos 5% (cinco por cento), a(o) Pregoeira(o), auxiliada(o) pela Equipe de Apoio, poderá admitir o reinício da disputa aberta, nos termos estabelecidos no edital, para a definição das demais colocações.

11.6. Após o reinício previsto no item anterior, os licitantes serão convocados para apresentar lances intermediários.

11.7. Encerrada a etapa de que trata o item anterior, o sistema ordenará e divulgará os lances.

11.8. O intervalo mínimo de diferença de valores entre os lances, que incidirá tanto em relação aos lances intermediários quanto em relação ao lance que cobrir a melhor oferta deverá ser de **R$ 0,01 (um centavo), podendo ser alterado durante a sessão pública.**

11.9. O intervalo entre os lances enviados pelo mesmo licitante não poderá ser inferior a vinte (20) segundos e o intervalo entre lances não poderá ser inferior a três (3) segundos, sob pena de serem automaticamente descartados pelo sistema os respectivos lances.

11.10. Durante o transcurso da sessão pública, os licitantes serão informados, em tempo real, do valor do menor lance registrado, vedada a identificação do licitante.

11.11. Caso o licitante não apresente lances, concorrerá com o valor de sua proposta.

12 – DESCONEXÃO DO SISTEMA NA ETAPA DE LANCES

12.1. Na hipótese de o sistema eletrônico se desconectar no decorrer da etapa de envio de lances da sessão pública, e permanecer acessível aos licitantes, os lances continuarão sendo recebidos, sem prejuízo dos atos realizados.

12.2. Caso a desconexão do sistema eletrônico persistir por tempo superior a **10 (dez) minutos** para o órgão ou a entidade promotora da licitação, a sessão pública será suspensa e reiniciada somente decorridas **24 (vinte e quatro) horas** após a comunicação do fato aos participantes, no sítio eletrônico utilizado para divulgação.

13 – CRITÉRIOS DE DESEMPATE

13.1. Após a etapa de envio de lances, haverá a aplicação dos critérios de desempate previstos nos art. 44 e art. 45 da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006.

13.2. As propostas de microempresas e empresas de pequeno porte que se encontrarem na faixa de até **5% (cinco por cento)** acima da melhor proposta ou melhor lance, se esta for empresa de maior porte, serão consideradas empatadas com a primeira colocada.

13.3. A melhor classificada nos termos do item anterior terá o direito de encaminhar uma última oferta para desempate, obrigatoriamente em valor inferior ao da primeira colocada, no prazo de **05 (cinco) minutos** controlados pelo sistema, contados após a comunicação automática para tanto.

13.4. Caso a microempresa ou a empresa de pequeno porte melhor classificada desista ou não se manifeste no prazo estabelecido, serão convocadas as demais licitantes microempresa e empresa de

pequeno porte que se encontrem naquele intervalo de **5% (cinco por cento)**, na ordem de classificação, para o exercício do mesmo direito, no prazo estabelecido no item anterior.

13.5. No caso de equivalência dos valores apresentados pelas microempresas e empresas de pequeno porte que se encontrem nos intervalos estabelecidos nos itens anteriores, será realizado sorteio entre elas para que de identifique aquela que primeiro poderá apresentar melhor oferta.

13.6. Só poderá haver empate entre propostas iguais (não seguidas de lances), ou entre lances finais da fase fechada do modo de disputa aberto e fechado.

13.7. Em caso de empate entre duas ou mais propostas, serão utilizados os critérios de desempate previstos no art. 60 da Lei nº 14.133, de 2021, nesta ordem:
I - disputa final, hipótese em que os licitantes empatados poderão apresentar nova proposta em ato contínuo à classificação;
II - avaliação do desempenho contratual prévio dos licitantes, para a qual deverão preferencialmente ser utilizados registros cadastrais para efeito de atesto de cumprimento de obrigações previstos nesta Lei;
III - desenvolvimento pelo licitante de ações de equidade entre homens e mulheres no ambiente de trabalho, conforme regulamento;
IV – desenvolvimento pelo licitante de programa de integridade.

13.8. Em igualdade de condições, se não houver desempate, será assegurada preferência, sucessivamente, aos bens e serviços produzidos ou prestados por:
I – empresas estabelecidas no Município;
II – empresas estabelecidas no território do Estado de São Paulo;
III – empresas brasileiras.
IV – empresas que invistam em pesquisa e no desenvolvimento de tecnologia no País;
V – empresas que comprovem a prática de mitigação, nos termos da Lei nº 12.187, de 29 de dezembro de 2009.

13.9. Os documentos comprobatórios elencados nos itens **13.7** e **13.8**, referentes aos critérios de desempate, deverão ser enviados pelos licitantes, **no prazo de 02 (duas) horas**, contados a partir da solicitação pela(o) Pregoeira(o), sob pena de desistência do desempate.

14 – DA FASE DE JULGAMENTO DA PROPOSTA/VERIFICAÇÃO DA CONFORMIDADE DA PROPOSTA
14.1. Encerrada a etapa de envio de lances da sessão pública, a(o) Pregoeira(o), realizará a verificação da conformidade da proposta classificada em primeiro lugar quanto à adequação ao objeto estipulado e à compatibilidade do preço ou maior desconto final em relação ao estimado, conforme definido no edital.

14.2. Na hipótese da proposta do primeiro colocado permanecer acima do preço máximo ou inferior ao desconto definido, a(o) Pregoeira(o), poderá negociar condições mais vantajosas.

14.3. Quando o primeiro colocado, mesmo após a negociação, for desclassificada em razão de sua proposta permanecer acima do preço máximo ou inferior ao desconto definido, a negociação poderá ser feita com os demais licitantes classificados, exclusivamente por meio do sistema, respeitada a ordem de classificação.

14.4. A negociação será realizada por meio de sistema e poderá ser acompanhada pelos demais licitantes.

14.5. Concluída a negociação, se houver, o resultado será registrado na ata da sessão pública, devendo esta ser anexada aos autos do processo.

14.6. Após a negociação do preço, a(o) Pregoeira(o) iniciará a fase de aceitação e julgamento da proposta.

14.7. Fica estabelecido o prazo de **02 (duas) horas**, contado da solicitação da(o) Pregoeira(o) para envio, **exclusivamente por meio do sistema**, da proposta adequada ao último lance ofertado, conforme **Anexo 04** do edital, e, se necessário, dos documentos complementares a proposta, podendo esse prazo ser prorrogado por igual período, sob pena de desclassificação.

14.8. A prorrogação de que trata o item anterior, poderá ocorrer nas seguintes situações:
14.8.1. Por solicitação do licitante, mediante justificativa aceita pela(o) Pregoeira(o).
14.8.2. De ofício, a critério da(o) Pregoeira(o), quando constatado que o prazo estabelecido não é suficiente para o envio dos documentos exigidos no edital para a verificação de conformidade.

14.9. Será desclassificada a proposta vencedora que:
14.9.1. Contiver vícios insanáveis;
14.9.2. Não obedecer às especificações técnicas contidas no Termo de Referência;
14.9.3. Apresentar preços inexequíveis ou permanecerem acima do preço máximo definido no edital;
14.9.4. Não tiverem sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Administração;
14.9.5. Apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste edital ou seus anexos, desde que insanável.
14.9.6. Não conter a marca e/ou nome do fabricante (quando obrigatório).

14.10. No caso de bens e serviços em geral, é indício de inexequibilidade das propostas valores inferiores a **50% (cinquenta por cento)** do valor orçado pela Administração.

14.11. A inexequibilidade, na hipótese de que trata o item anterior, só será considerada após diligência da(o) Pregoeira(o), que comprove:
14.11.1. Que o custo do licitante ultrapassa o valor da proposta; e
14.11.2. Inexistires custos de oportunidade capazes de justificar o vulto da oferta.

14.12. Se houver indícios de inexequibilidade da proposta de preços, ou em caso da necessidade de esclarecimentos complementares, poderão ser efetuadas diligências, para que a empresa comprove a exequibilidade da proposta.

14.13. Encerrada a fase de julgamento, após a verificação de conformidade da proposta, a(o) Pregoeira(o), verificará a documentação de habilitação do licitante conforme disposições do edital.

15 – DA FASE DE HABILITAÇÃO
15.1. Para habilitação dos licitantes, serão exigidos os documentos necessários e suficientes para demonstrar a capacidade do licitante de realizar o objeto da licitação, nos termos dos arts. 62 a 70 da Lei nº 14.133, de 2021.

15.2. Quando permitida a participação de empresas estrangeiras que não funcionem no País, as exigências de habilitação serão atendidas mediante documentos equivalentes, inicialmente apresentados em tradução livre.
15.2.1. Na hipótese de o licitante vencedor ser empresa estrangeira que não funcione no País, para fins de assinatura do contrato ou da ata de registro de preços, os documentos exigidos para a habilitação serão traduzidos por tradutor juramentado no País e apostilados nos termos de dispostos no Decreto nº 8.660, de 29 de janeiro de 2016, ou de outro que venha a substituí-lo, ou consularizados pelos respectivos consulados ou embaixadas.
15.2.2. A empresa deverá ter representante legal no Brasil com poderes expressos para receber citação e responder administrativamente e judicialmente.

15.3. Será exigida a apresentação dos documentos de habilitação apenas do licitante vencedor, conforme inciso II do art.63 da Lei nº 14.133, de 2021.

15.4. Os documentos exigidos para habilitação **(ANEXO II e III)** deverão ser enviados **exclusivamente por meio do sistema**, em formato digital, no prazo de **02 (duas) horas**, após solicitação pela(o) Pregoeira(o), prorrogável por igual período, nas situações elencadas nos itens **14.8.1 e 14.8.2**, sob pena de inabilitação.

15.5. Após a apresentação dos documentos de habilitação, fica vedada a substituição ou a apresentação de novos documentos, salvo em sede de diligência, para:
15.5.1. Complementação de informações acerca dos documentos já apresentados pelos licitantes e desde que necessária para apurar fatos existentes à época da abertura do certame; e
15.5.2. Atualização de documentos cuja validade tenha expirado após a data de recebimento das propostas.

15.6. A verificação pela(o) Pregoeira(o) em sítios eletrônicos oficiais de órgãos e entidades emissores de certidões constitui meio legal de prova, para fins de habilitação.

15.7. Na análise dos documentos de habilitação, a(o) Pregoeira(o) e Equipe de Apoio poderá sanar erros ou falhas, que não alterem a substância dos documentos e sua validade jurídica, mediante decisão fundamentada, registrada em ata e acessível a todos, atribuindo-lhes eficácia para fins de habilitação e classificação.

15.8. Na hipótese de o licitante não atender às exigências para habilitação, a(o) Pregoeira(o) examinará a proposta subsequente e assim sucessivamente, na ordem de classificação, até a apuração de uma proposta que atenda ao edital, observado o prazo disposto no item **14.7.**

15.9. Somente serão disponibilizados para acesso público os documentos de habilitação do licitante cuja proposta atenda ao edital de licitação, após concluídos os procedimentos de que trata o item anterior.

15.10. Se o envio da documentação ocorrer a partir de sistema informatizado prevendo acesso por meio de chave de identificação e senha do interessado, presume-se a devida segurança quanto à autenticidade e autoria, sendo desnecessário o envio de documentos assinados digitalmente com padrão ICP-Brasil.

15.11. Os documentos para fins de habilitação deverão ser apresentados em formato digital, preferencialmente autenticados digitalmente, constando o selo digital com a indicação do sítio eletrônico para a verificação da veracidade das informações, nos termos da Lei Federal nº 8.935/94.

15.12. Quando houver dúvida em relação à integridade do documento digital, a comprovação das informações será realizada mediante a apresentação dos documentos originais não digitais.

15.13. Os documentos apresentados digitalmente são de responsabilidade do interessado, que responderá nos termos da legislação civil, penal e administrativa por eventuais inconsistências ou fraudes.

15.14. Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitação de documentos em substituição aos documentos exigidos no edital.

15.15. A não inserção dos documentos, no prazo de que trata o item **15.4** acarretará a imediata INABILITAÇÃO do licitante.

15.16. Sob pena de **INABILITAÇÃO**, todos os documentos apresentados deverão referir-se ao mesmo CNPJ constante no cadastro da plataforma da BLL, exceto aqueles documentos que, pela própria natureza, comprovadamente, forem emitidos somente em nome da matriz.

16 – DO SANEAMENTO DA PROPOSTA E DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

16.1. A(o) Pregoeira(o) e Equipe de Apoio, poderá, no julgamento das propostas, sanar erros ou falhas que não alterem a sua substância e sua validade jurídica, atribuindo-lhes eficácia para fins de classificação, observado o disposto no art. 55 da Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999.

16.2. A(o) Pregoeira e Equipe de Apoio, poderá, na análise dos documentos de habilitação, sanar erros ou falhas que não alterem a substância dos documentos e sua validade jurídica, mediante decisão fundamentada, registrada em ata e acessível a todos, atribuindo-lhes eficácia para fins de habilitação.

16.3. Na hipótese de necessidade de suspensão da sessão pública para a realização de diligências, com vistas ao saneamento de que tratam os itens **16.1 e 16.2**, o seu reinício somente poderá ocorrer mediante aviso prévio no sistema com, no mínimo, **24 (vinte e quatro) horas** de antecedência, e a ocorrência será registrada em ata.

17 – DOS RECURSOS

17.1. Qualquer licitante poderá, durante o prazo concedido na sessão pública, ou seja, de **15 (quinze) minutos**, de forma imediata após o término do julgamento das propostas e do ato de habilitação ou inabilitação, em campo próprio do sistema, manifestar sua intenção de recorrer, sob pena de preclusão, ficando a autoridade superior autorizada a adjudicar o objeto ao licitante declarado vencedor.

17.2. As razões do recurso deverão ser apresentadas em momento único, **em campo próprio no sistema**, no prazo de **03 (três) dias úteis**, contados a partir da data de intimação ou de lavratura da ata de habilitação ou inabilitação.

17.3. Os demais licitantes ficarão intimados para, se desejarem, apresentar suas contrarrazões, **em campo próprio no sistema**, no prazo de **03 (três) dias úteis**, contados da data da divulgação da

interposição do recurso, diretamente no sistema, assegurada a vista imediata dos elementos indispensáveis à defesa de seus interesses.

17.4. Os recursos interpostos fora do prazo não serão conhecidos.

17.5. O recurso e o pedido de reconsideração terão efeito suspensivo do ato ou da decisão recorrida até que sobrevenha decisão final da autoridade competente.

17.6. O acolhimento do recurso importará na invalidação apenas dos atos que não possam ser aproveitados.

18 – DA FASE DE HOMOLOGAÇÃO

Encerradas as fases de julgamento e habilitação, e exauridos os recursos administrativos, o processo licitatório será encaminhado à autoridade superior para adjudicar o objeto e homologar o procedimento, observado o disposto no art. 71 da Lei nº 14.133, de 2021.

19 – DA CONVOCAÇÃO PARA ASSINATURA DE CONTRATO OU DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

19.1. Após a homologação, o licitante vencedor será convocado para assinar o termo de contrato ou a ata de registro de preços, ou aceitar ou retirar o instrumento equivalente, no prazo de **05 (cinco) dias úteis**, sob pena de decair o direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas na Lei nº 14.133, de 2021, e em outras legislações aplicáveis.

19.2. O prazo de convocação poderá ser prorrogado 01 (uma) vez, por igual período, mediante solicitação da parte durante seu transcurso, devidamente justificada, e desde que o motivo apresentado seja aceito pela Administração.

19.3. Na hipótese de o vencedor da licitação não assinar o contrato ou a ata de registro de preços, ou não aceitar ou não retirar o instrumento equivalente no prazo e nas condições estabelecidas, outro licitante poderá ser convocado, respeitada a ordem de classificação, para celebrar a contratação ou a ata de registro de preços, ou instrumento equivalente, nas condições propostas pelo licitante vencedor, sem prejuízo da aplicação das sanções previstas na Lei nº 14.133, de 2021, e em outras legislações aplicáveis.

19.4. Caso nenhum dos licitantes aceitar a contratação nos termos do item **19.3**, a Administração, observados o valor estimado e sua eventual atualização nos termos do edital, poderá:

19.4.1. Convocar os licitantes remanescentes para negociação, na ordem de classificação, com vistas à obtenção de preço melhor, mesmo que acima do preço ou inferior ao desconto do adjudicatário.

19.4.2. Adjudicar e celebrar a contratação das condições ofertadas pelos licitantes remanescentes, atendida a ordem classificatória, quando frustrada a negociação de melhor condição.

19.5. A recusa injustificada do adjudicatário em assinar o contrato ou a ata de registro de preço, ou em aceitar ou retirar o instrumento equivalente no prazo estabelecido conforme item **19.1** caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida e o sujeitará às penalidades legalmente estabelecidas e à imediata perda da garantia de proposta em favor do órgão ou entidade promotora da licitação.

20 - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

20.1 - A contratada deverá cumprir integralmente o disposto neste edital e, ainda:

20.2 -Entregar o bem licitado em sua totalidade (conforme quantidades contidas nas Autorizações de Fornecimento), sendo que a entrega deverá ser realizada no endereço e prazo mencionados no Anexo 01 deste edital.

21 – DO CANCELAMENTO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

21.1. Assegurado o contraditório e a ampla defesa, a empresa detentora terá seu Registro de Preços cancelado quando:

21.1.1. Descumprir as condições da Ata de Registro de Preços;

21.1.2. Não retirar a nota de empenho ou instrumento equivalente no prazo estabelecido pela Administração, sem justificativa aceitável;

21.1.3 Não aceitar reduzir o preço de contrato decorrente da ata, na hipótese deste se tornar superior àqueles praticados no mercado; ou

21.1.4. Sofrer as sanções previstas nos incisos III ou IV do caput do art. 156 da Lei nº 14.133/2021.

21.2. O cancelamento do registro de preços também poderá ocorrer por fato superveniente, decorrente de caso fortuito ou força maior, que prejudique o cumprimento da ata, devidamente comprovados e justificados:

I - Por razão de interesse público; ou

II – A pedido do fornecedor.

21.3. Os fornecedores incluídos na Ata de Registro de Preços estarão obrigados a fornecer, nas condições estabelecidas no ato convocatório, respectivos anexos e na própria ata;

21.4. Os pedidos de fornecimento ocorrerão de acordo com as necessidades da **Secretaria Municipal de Saúde,** por meio da emissão de **Autorização de Fornecimento**.

22 - DO PRAZO, LOCAL DE ENTREGA E VIGÊNCIA DA ATA

22.1 - O prazo, local de entrega e vigência da Ata de Registro de Preços será conforme ANEXO 01 – TERMO DE REFERÊNCIA.

22.2 – A ata de registro de preços poderá sofrer reajuste, repactuação e revisão nas hipóteses legais.

22.3. A ata de registro de preços poderá sofrer acréscimo quantitativo em no máximo 25% (vinte e cinco por cento) durante sua vigência, desde que comprovada a vantajosidade dos preços registrados, estando em compatibilidade com os valores de mercado.

23 – DO PAGAMENTO

23.1 - O prazo para pagamento será realizado em 30 (trinta) dias após a entrega, mediante emissão de nota fiscal eletrônica.

23.2 - As notas fiscais/faturas que apresentarem incorreções serão devolvidas à Contratada e seu vencimento ocorrerá em 30 (trinta) dias após a data de sua apresentação válida.

24 – MULTAS E SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

24.1. A recusa injustificada do adjudicatário em assinar o contrato, aceitar ou retirar o instrumento equivalente, dentro do prazo estabelecido pela administração municipal, caracteriza o descumprimento total da obrigação assumida, sujeitando-o às seguintes penalidades:

I. Multa de 30% (trinta por cento) sobre o valor global da obrigação não cumprida; ou

II.o pagamento correspondente à diferença de preço decorrente de nova licitação para o mesmo fim.

24.2. O atraso injustificado na efetiva consecução do objeto contratado, sem prejuízo do disposto no §9º do artigo 156, da Lei 14.133, de 1º de abril de 2021, sujeitará o contratado à multa de mora, calculada por dia de atraso da obrigação não cumprida, na seguinte conformidade:
I. atraso de até 30 (trinta) dias, multa de 0,5% (cinco décimos por cento) ao dia, a contar da data inicial do descumprimento; e
II. atraso superior a 30 (trinta) dias, multa de 1% (um por cento) ao dia.

24.3. Pela inexecução total ou parcial do objeto contratado, poderão ser aplicadas ao contratado as seguintes penalidades:
I. multa de 30% (trinta por cento) sobre o valor total ou parcial da obrigação não cumprida; ou
II. multa correspondente à diferença de preço decorrente de nova licitação para o mesmo fim.
III. ressarcimentos de eventuais danos ocasionados face a inexecução do contrato.

§ 1º. A mora será considerada a partir do primeiro dia subsequente ao término do prazo para a execução do ajuste.

§ 2º. O valor do ajuste a servir de base de cálculo para as multas referidas nos artigos anteriores, será o global reajustado até a data de aplicação da penalidade.

§ 3º. As multas serão corrigidas monetariamente, de conformidade com a variação do IPC/FIPE, a partir do termo inicial, fixado no artigo 5º, até a data de seu efetivo recolhimento.

24.4. As sanções previstas no art. 156 da Lei 14.133, de 1º de abril de 2021, serão aplicadas pelo Secretário Municipal da pasta interessada, pelo Prefeito, ou pela autoridade administrativa indicada, após processo administrativo próprio.

Parágrafo único. O processo administrativo próprio para aplicação das sanções previstas no art. 156 da Lei 14.133, de 1º de abril de 2021, será conduzido por Comissão Permanente Processante a ser instituída por meio de Portaria editada pelo Secretário da respectiva pasta solicitante e recairá sobre servidores nomeados;

24.5. Da decisão cabe recurso no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

§ 1º. O recurso será dirigido à Autoridade que tiver proferido a decisão recorrida, que, se não a reconsiderar no prazo de 5 (cinco) dias úteis, encaminhará o recurso com sua motivação à autoridade superior, a qual deverá proferir sua decisão no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, contado do recebimento dos autos.

§ 2º. Caso a decisão tenha sido proferida pelo Prefeito, caberá apenas o pedido de reconsideração de ato no prazo previsto no caput deste artigo, a qual terá prazo de 20 (vinte) dias para proferir sua decisão.

25 - DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL E DO PEDIDO DE ESCLARECIMENTO
25.1. Qualquer pessoa é parte legítima para impugnar o edital de licitação por irregularidade ou para solicitar esclarecimento sobre os seus termos, devendo encaminhar o pedido até **03 (três) dias úteis** antes da data de abertura da sessão pública.

25.2. As impugnações e/ou pedido de esclarecimento poderão ser realizados por meio eletrônico, através de campo próprio na plataforma da Bolsa de Licitações e Leilões do Brasil ou através de envio no e-mail licitacao@avare.sp.gov.br.

25.3. A(o) Pregoeira(o) responderá aos pedidos de esclarecimento e/ou impugnação no prazo de até **03 (três) dias úteis** contado da data de recebimento do pedido, limitado ao último dia útil anterior à data da abertura do certame, e poderá requisitar subsídios formais aos responsáveis pela elaboração do edital de licitação e seus anexos.

25.4. As impugnações e/ou pedidos de esclarecimentos não possui efeito suspensivo dos prazos previstos no certame.

25.5. A concessão de efeito suspensivo às impugnação é medida excepcional e deverá ser motivada pela(o) Pregoeira(o), nos autos do processo de licitação.

25.6. Acolhida a impugnação, será definida e publicada nova data para a realização do certame.

25.7. As respostas aos pedidos de esclarecimentos e impugnações serão divulgadas em sítio eletrônico oficial o órgão ou da entidade promotora da licitação e no sistema, e vincularão os participantes e a Administração.

26 - DA REVOGAÇÃO E DA ANULAÇÃO

26.1. A autoridade superior poderá revogar o procedimento licitatório por motivo de conveniência e oportunidade, e deverá anular por ilegalidade insanável, de ofício ou por convocação de terceiros, assegurada a prévia manifestação dos interessados.

26.2. O motivo determinante para a revogação do processo licitatório deverá ser resultante de fato superveniente devidamente comprovado.

26.3. Ao pronunciar a nulidade, a autoridade indicará expressamente os atos com vícios insanáveis, tornando sem efeito todos os subsequentes que deles dependam, e dará ensejo à apuração de responsabilidade de quem lhes tenha dado causa.

26.4. Na hipótese da ilegalidade de que trata o caput ser constatada durante a execução contratual, aplica-se o disposto no art. 147 da Lei nº 14.133, de 2021.

27 - DISPOSIÇÕES GERAIS

27.1. Será divulgada ata de sessão pública no sistema eletrônico.

27.2. A homologação do resultado desta licitação não implicará direito à contratação.

27.3. Os licitantes assumem todos os custos de preparação e apresentação de suas propostas e a Administração não será, em nenhum caso, responsável por esses custos, independentemente da condução ou do resultado do processo licitatório.

27.4. Na contagem dos prazos estabelecidos neste edital e seus anexos, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento. Só se iniciam e vencem os prazos em dias de expediente na Administração.

27.5. O edital e seus anexos estão disponíveis, na íntegra, no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), no site da Municipalidade no endereço eletrônico www.avare.sp.gov.br e na plataforma da Bolsa de Licitações e Leilões do Brasil no endereço eletrônico bllcompras.com.

27.6. O proponente é responsável pela fidelidade e legitimidade das informações prestadas e dos documentos apresentados em qualquer fase da licitação. A falsidade de qualquer documento apresentado ou a inverdade das informações nele contidas implicará a imediata desclassificação do proponente que o tiver apresentado, ou, caso tenha sido o vencedor, a rescisão do contrato ou do pedido de compra, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.

27.7. Os proponentes intimados para prestar quaisquer esclarecimentos adicionais deverão fazê-lo no prazo determinado pelo (a) pregoeiro (a), sob pena de desclassificação/inabilitação.

27.8. O desatendimento de exigências formais não essenciais não importará no afastamento do proponente, desde que seja possível a aferição da sua qualificação e a exata compreensão da sua proposta, observados os princípios da isonomia e do interesse público.

27.9. As normas disciplinadoras da licitação serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, desde que resguardados os interesses da administração (princípio de ampliação da disputa e interesse público), o princípio da isonomia, a finalidade e a segurança da contratação).

27.10 As decisões referentes a este processo licitatório poderão ser comunicadas aos proponentes por qualquer meio de comunicação que comprove o recebimento.

27.11. A participação do proponente nesta licitação implica em aceitação de todos os termos deste Edital.

27.12. Não cabe à Bolsa de Licitações e Leilões do Brasil qualquer responsabilidade pelas obrigações assumidas pelo fornecedor com o licitador, em especial com relação à forma e às condições de entrega dos bens ou da prestação de serviços e quanto à quitação financeira da negociação realizada.

27.13. Foro designado para julgamento de quaisquer questões judiciais resultantes deste edital será o do Município de Avaré – SP, considerado aquele a que está vinculado o(a) pregoeiro(a).

27.14. A(o) pregoeira(o) e sua Equipe de Apoio, atenderá(ão) aos interessados no horário de 8 h às 17 h, de segunda a sexta-feira, exceto feriados, por correio eletrônico: licitacao@avare.sp.gov.br; ou ainda, pessoalmente **por escrito**, no Departamento de Licitações, localizado na Praça Juca Novaes, 1169, Centro, Avaré/SP, para maiores esclarecimentos.

27.15. A documentação apresentada para fins de habilitação da empresa vencedora fará parte dos autos licitação e não será devolvida ao proponente.

27.16. Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização do certame na data marcada, a sessão será automaticamente transferida para o primeiro dia útil

subsequente, no mesmo horário e local anteriormente estabelecidos, desde que não haja comunicação do(a) pregoeiro(a) em contrário.

27.17. Os casos omissos neste Edital serão resolvidos pelo (a) pregoeiro (a), nos termos da legislação pertinente.

27.18. Eventuais modificações no edital implicarão nova divulgação na mesma forma de sua divulgação inicial, além do cumprimento dos mesmos prazos dos atos e procedimentos originais, exceto se, inquestionavelmente, a alteração não comprometer a formulação das propostas, resguardado o tratamento isonômico aos licitantes.

27.19. Ficam os Licitantes devidamente cientificados de que todos os atos praticados após a sessão de abertura dos envelopes, tais como intimação para apresentação de recursos e publicação de atas estarão disponíveis no site da Bolsa de Licitações e Leilões do Brasil (Plataforma BLL) junto a todos os dados referentes ao certame, contando-se os prazos a partir da data de inserção do documento no site da Bolsa de Licitações e Leilões do Brasil (Plataforma BLL). Devendo o licitante acompanhar com atenção o andamento do certame na Bolsa de Licitações e Leilões do Brasil (Plataforma BLL) evitando-se assim prejuízos tais como perca de prazos.

27.20. Os preços cotados pela empresa vencedora não poderão ultrapassar os preços unitários estimados pela Administração.

Estância Turística de Avaré/SP, 15 de agosto de 2.023

ROSLINDO WILSON MACHADO
Secretário Municipal de Saúde da Estância Turística de Avaré

ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA

SETOR SOLICITANTE – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

OBJETO: Registro de preços para eventual contratação futura de empresa para confecção e fornecimento de materiais gráficos para todos os setores da saúde**.**

Item	Qtd.	Descrição	Custo Estimado Unitário	Custo Estimado Global
01	1.000 blo	Receituário CONTROLADO – Notificação de receita azul B2-1 Dimensões: Medida aproximada: 10,5 x 23,5 cm – Folha azul com impressão em preto Referência: Blocos/ 50 unidades. Numerados – a definir através da requisição da notificação de receita, enviada ao fornecedor.	R$ 5,78	R$ 5.780,00
02	10.000 blo	RECEITUÁRIO BRANCO Blocos, cada um contendo 50 folhas, em duas vias (totalizando 100 folhas por bloco), sendo as duas na cor branca, autocarbonadas, medindo 15 x 21 cm (tamanho A5); gramatura do papel em 90 g.	R$ 10,05	R$ 100.500,00
03	300 blo	GUIA DE ENCAMINHAMENTO Médico (GEM) Deverão conter 50 folhas numeradas em duas vias (totalizando 100 fls), sendo que a primeira na cor branca e a segunda na cor amarela papel copiativo e ambas medindo 15 x 21 cm (tamanho A5); gramatura do papel em 90 g. Numerados – a definir ATRAVÉS DA AF enviado ao fornecedor Referência: Blocos/ 100 unidades.	R$ 5,78	R$ 1.734,00
04	2.000 blo	FICHA DE REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA (SADT) - contendo 100 folhas cada bloco, sendo confeccionadas na cor branca, medindo 15 x 21 cm (tamanho A5); gramatura do papel em 90 g.	R$ 7,47	R$ 14.940,00
05	100.000 unid	ENVELOPE DE PRONTUÁRIO: Modelo: papel kraft pardo liso, com abertura superior, medidas aproximadas: 22,5 x 33,5 – 80 g, escrito em preto.	R$ 5,83	R$ 583.000,00
06	300 blo	GUIA DE REFERÊNCIA: Dimensões,	R$ 21,57	R$ 6.471,00

		medidas aproximadas, 21,0 x 29,7 cm impresso em papel A4, branco escrito em preto, frente e verso 75 g/m ² e capa. Blocos com 100 folhas.		
07	1.200 blo	MAPA DE CONSULTA (FRA): Dimensões, medidas aproximadas, 21,5 x 40 cm, impresso em folha A4, branco escrito em preto, 75 g/m² e capa. Blocos com 100 folhas.	R$ 20,93	R$ 25.116,00
08	5.000 blo	FOLHA DE ATENDIMENTO: Dimensões aproximadas 21,0 x 29,7 cm, impresso em folha A4, branco escrito em preto 75 g/m² e capa. Blocos com 100 folhas.	R$ 12,37	R$ 61.850,00
09	30 blo	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL – APAC Cor: Branco escrito em preto Dimensões: Medidas: 210x297mm, impresso em papel A4 75g/ m². Referência: bloco 100 unidades.	R$ 27,33	R$ 819,90
10	300 blo	ENCAMINHAMENTO PARA UNESP Descrição: Encaminhamento para UNESP (formulário próprio) - página 1 frente e verso Pagina 2 – somente frente Cor: Branco escrito em preto Dimensões: Medidas: 210x297mm, impresso em papel A4 75 g/m² Referência: bloco 100 unidades	R$ 20,87	R$ 6.261,00
11	500 blo	DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO Descrição: Declaração de comparecimento Cor: Branco escrito em preto Dimensões: Medidas: 210x150 mm, impresso em papel A4 75 g/m² Referência: bloco 100 unidades	R$ 13,25	R$ 6.625,00
12	500 blo	ATESTADO Descrição: Atestado médico para afastamento de atividades Cor: Branco escrito em preto Dimensões: Medidas: 210x150 mm, impresso em papel A4 75 g/m² Referência: bloco 100 unidades	R$ 13,15	R$ 6.575,00
13	250 blo	CONTROLE DE TRÁFICO DE VIAGENS – Dimensões: folhas de aproximadamente	R$ 12,50	R$ 3.125,00

		15x21 cm, cor branca, escrita em preto na frente, impresso em papel offset branco e capa com papel kraft – Numerados a definir através da AF. Referência: 50 blocos c/ 100 folhas		
14	6.000 unid	ETIQUETAS INFORMATIVA AUTO – ADESIVA: Cor VERMELHA – Escrito (MANHÃ) em branco, medidas aproximadas 38 mm x 10 mm, Modelo: papel couche, referencia: unidades informativa autoadesiva.	R$ 0,28	R$ 1.680,00
15	5.000 unid	ETIQUETAS INFORMATIVA AUTO – ADESIVA: Cor AMARELO – Escrito (TARDE) em preto, medidas aproximadas 38 mm x 10 mm, Modelo: papel couche, referencia: unidades informativa autoadesiva.	R$ 0,39	R$ 1.950,00
16	8.000 unid	ETIQUETAS INFORMATIVA AUTO – ADESIVA: Cor AZUL – Escrito (NOITE) em branco, medidas aproximadas 38 mm x 10 mm, Modelo: papel couche, referencia: unidades informativa autoadesiva.	R$ 0,29	R$ 2.320,00
17	360 blo	RELATÓRIO DE ATENDIMENTO AO ACIDENTADO DO TRABALHO – RAAT Dimensões, aproximadas 210 mm x 297 mm, impresso em folha A4 branco estrito em preto, blocos com 50 unidades.	R$ 14,21	R$ 5.115,60
18	10 tal	TERMO DE APREENSÃO, Inutilização, Interdição e Liberação – numeradas em 4 vias/cores: 1ªvia branca, 2via azul, 3ªvia amarela e 4ªvia rosa. Numeradas – a definir na solicitação da Autorização de Fornecimento (AF). Escrita em preto. Dimensão aproximada 210 mm x 297 mm. Gramatura 56 g Talões com 50 folhas, impresso na frente, nas cores branca, azul, amarela, rosa.	R$ 67,40	R$ 674,00
19	15 tal	AUTO DE INFRAÇÃO – folhas numeradas em 4 vias/cores: 1ªvia branca, 2via azul, 3ªvia amarela e 4ªvia rosa. Numeradas – a definir na solicitação da Autorização de Fornecimento (AF). Escrita em preto. Dimensão aproximada 210 mm x 297 mm. Gramatura 56 g	R$ 66,14	R$ 992,10

		Talões com 50 folhas impresso na Frente e Verso, nas cores branca, azul, amarela, rosa.		
20	10 tal	AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE – folhas numeradas em 4 vias/cores: 1ªvia branca, 2via azul, 3ªvia amarela e 4ªvia rosa. Numeradas – a definir na solicitação da Autorização de Fornecimento (AF). Escrita em preto. Dimensão aproximada 210 mm x 297 mm. Gramatura 56 g Talões com 50 folhas impresso na Frente, nas cores branca, azul, amarela, rosa.	R$ 67,67	R$ 676,70
21	05 tal	NOTIFICAÇÃO PARA RECOLHIMENTO DE MULTA - folhas numeradas em 4 vias/cores: 1ªvia branca, 2via azul, 3ªvia amarela e 4ªvia rosa. Numeradas – a definir na solicitação da Autorização de Fornecimento (AF). Escrita em preto. Dimensão aproximada 210 mm x 297 mm. Gramatura 56 g. Talões com 50 folhas impresso na Frente, nas cores branca, azul, amarela, rosa.	R$ 62,33	R$ 311,65
22	10 tal	TERMO DE COLHEITA DE AMOSTRA – folhas numeradas em 4 vias/cores:1ªvia branca, 2via azul, 3ªvia amarela e 4ªvia rosa. Numeradas - a definir na solicitação da Autorização de Empenho (AE). Escrita em preto. Dimensão aproximada 210 mm x 297 mm. Gramatura 56 g. Talões com 50 folhas impresso na Frente e Verso, nas cores branca, azul, amarela, rosa.	R$ 46,00	R$ 460,00
23	10 tal	FICHA INTERDITO – Vigilância Sanitária. Escrita em preto. Dimensão aproximada 210 mm x 150 mm. Gramatura 75 g. Talões com 50 folhas, impresso na Frente, na cor Branca.	R$ 26,10	R$ 261,00
24	100 tal	BOLETIM DE ATIVIDADES DE VIGILÂNCIA E CONTROLE – Escrita em preto. Dimensão aproximada 220 mm x 300 mm. Gramatura 75 g. Talões com 100 folhas, impresso na Frente, na cor Branca.	R$ 31,10	R$ 3.110,00
25	100.000 unid	FÔLDER DENGUE – escrita e imagens	R$ 0,39	R$ 39.000,00

		coloridas. Dimensão aproximada 290 mm x 200 mm. Gramatura 120 g. Impresso em Frente e Verso, Colorido.		
26	100 tal	PROVIDÊNCIAS EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA- Escrita em preto. Dimensão aproximada 210 mm x 297 mm. Gramatura 75 g. Talões com 50 folhas, impresso na Frente, na cor Branca.	R$ 15,50	R$ 1.550,00
27	50 tal	FORMULÁRIO ANEXO 2-PORTARIA CVS 10/2017 – Escrita em preto. Dimensão aproximada 210 mm x 297 mm. Gramatura 75 g. Talões com 50 folhas, impresso em Frente e Verso , na cor Branca.	R$ 17,03	R$ 851,50
28	100 blo	FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA – Anexo V. Uma via frente e verso e uma somente frente. Escrita em preto. Dimensão aproximada 210 mm x 297 mm. Gramatura 75 g. Bloco com 120 folhas, impresso em Frente e Verso + Frente, na cor Branca.	R$ 47,33	R$ 4.733,00
29	10 tal	FORMULÁRIO DE EQUIPAMENTOS – Subanexo V.2. Escrita em preto. Dimensão aproximada 210 mm x 297 mm. Gramatura 75 g. Talões com 50 folhas, impresso em Frente e Verso	R$ 46,00	R$ 460,00
30	50 tal	FOLHA DE RECLAMAÇÃO vigilância Sanitária. Escrita em preto. Dimensão aproximada 210 mm x 297 mm. Gramatura 75 g. Talões com 50 folhas, impresso na Frente, na cor Branca	R$ 15,00	R$ 750,00
31	5.000 unid	PASTA DE PROCESSO ADMINISTRATIVO – Cor azul. Escrita em preto. Medidas aproximadas: aberta 45 cm x 31 cm e fechada 22,5 cm x 31 cm – orelhas e dobra. Gramatura 180 g. Impresso na Frente, na cor Azul.	R$ 1,75	R$ 8.750,00
32	100 unid	CARTÃO DE AMOSTRA DE PRODUTO COLETADO – Vigilância Sanitária. Escrita em preto. Medidas aproximadas: 90 mm x 190 mm. Gramatura 180 g. Impresso na Frente.	R$ 2,43	R$ 243,00
33	30 unid	CRACHÁ PVC PERSONALIZADO FRENTE E	R$ 52,33	R$ 1.569,90

		VERSO ACOMPANHA PRESILHA JACARÉ E CORDÃO, COM ARTE GRÁFICA. Crachá de identificação em PVC laminado, arte frente e verso, colorido, furação jacaré, medida aproximada 85 mm x 54 mm, espessura aproximada de 1 mm (tipo cartão de banco),inclui presilha jacaré e cordão preto medida aproximada 10 mm (largura) x 80 cm (comprimento). Personalização: com desenvolvimento de arte inclusa, devendo constar nome do funcionário, nome da empresa, nome do departamento, documentos de identificação, cargo/função, com descrição sumária de autorização de entrada.		
34	30 blo	SOLICITAÇÃO DE CITOPATOLÓGICO Descrição: Solicitação de exame citopatológico – colo do útero Cor: Branco escrito em rosa Dimensões: Medidas: 210x297mm, impresso em papel A4 75 g/m² Referência: bloco 100 unidades	R$ 31,00	R$ 930,00
35	35 blo	SOLICITAÇÃO DE MAMOGRAFIA Descrição: Solicitação de exame de mamografia Cor: Branco escrito em verde Dimensões: Medidas: 210x297mm, impresso em papel A4 75 g/m² Referência: bloco 100 unidades	R$ 27,22	R$ 952,70
36	10 blo	SOLICITAÇÃO DE HISTOPATOLÓGICO Descrição: Solicitação de exame histopatológico (biópsia) Cor: Branco escrito em azul Dimensões: Medidas: 210x297mm, impresso em papel A4 75 g/m² Referência: bloco 100 unidades	R$ 46,00	R$ 460,00
37	10 blo	Laudo para solicitação de autorização de internação hospitalar Cor: Branco escrito em preto Dimensões: Medidas: 210x297mm, impresso em papel A4 75 g/m² Referência: bloco 100 unidades	R$ 46,00	R$ 460,00
38	10 blo	LICENÇA MATERNIDADE Descrição: Licença maternidade Cor: Branco escrito em preto	R$ 32,00	R$ 320,00

		Dimensões: Medidas: 210x150 mm, impresso em papel A4 75 g/m² Referência: bloco 100 unidades		
39	3.000 unid	CARTÃO GESTANTE Descrição: Carteira de gestante para acompanhamento de pré natal Modelo papel cartão 180 g dobra em 3 partes Cor: colorido conforme modelo anexo Dimensões: Medidas fechada 210x100mm – aberta 210x297mm Referência: Unidade	R$ 1,49	R$ 4.470,00
40	10 blo	FOLHA PRONTUARIO GESTANTE Descrição: Folha prontuário gestante Cor: azul escrito em preto Dimensões: Medidas 210x297mm, impresso em papel A4 75 g/m² Referência: bloco 100 unidades	R$ 46,00	R$ 460,00
41	36 blo	RECEITUÁRIO OFTALMOLOGIA Dimensões (medida aproximada): 15,0 x 20,0 cm. Impresso em papel A4 75 g/m² e capa. Bloco com 100 folhas, na cor Branco escrito em preto	R$ 20,67	R$ 744,12
42	36 blo	ANEXO II – UNESP Dimensões (medida aproximada): 21,0 x 29,7 cm. Impresso em papel A4 75 g/m² e capa. Bloco com 100 folhas, impresso na frente, na cor Branco escrito em preto.	R$ 28,50	R$ 1.026,00
43	06 blo	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES / RESSONÂNCIA Dimensões (medida aproximada): 21,0 x 29,7 cm. Impresso em papel A4 75 g/m² e capa. Bloco com 100 folhas, impresso na frente na cor branco, escrita em preto.	R$ 55,33	R$ 331,98
44	12 blo	MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO / CINTILOGRAFIA Dimensões (medida aproximada): 21,0 x 29,7 cm. Impresso em papel A4 75 g/m² e capa. Bloco com 100 folhas, impresso na frente, na cor branco, escrito em preto.	R$ 183,53	R$ 2.202,36
45	04 blo	FORMULÁRIO CIRURGIA BARIÁTRICA Dimensões (medida aproximada): 21,0 x 29,7 cm. Impresso em papel A4 75 g/m²	R$ 64,17	R$ 256,68

		e capa. Bloco com 100 folhas, impresso na frente, na cor branco, escrito em preto.		
46	240 blo	PROTOCOLO REQUISIÇÕES Dimensões (medida aproximada): 10,0 x 9,0 cm. Impresso em papel A4 75 g/m² e capa. Bloco com 100 folhas, impresso na frente, na cor branco, escrito em preto.	R$ 5,73	R$ 1.375,20
47	156 tal	AGENDAMENTO RETORNO Dimensões (medida aproximada): 20,0 x 7,0 cm, sendo 02 por folha (10,0 x 7,0 cm), picotado para destacar. Impresso em papel A4 75 g/m² e capa. Talão com 100 folhas, impresso na frente, na cor branco escrito em preto.	R$ 10,00	R$ 1.560,00
48	06 blo	SOLICITAÇÃO DE ELETRONEUROMIOGRAFIA Dimensões (medida aproximada): 21,0 x 29,7 cm. Impresso em papel A4 75 g/m² e capa. Bloco com 100 folhas, impresso na frente, na cor branco, escrito em preto.	R$ 37,33	R$ 223,98
49	6.000 unid	CARTELA PROGRAMA VIVA LEITE Dimensões (medida aproximada): 14,0 x 10,0 cm. Impresso em papel cartão 240 g/m² Referência: Unidade, nas cores e quantidades abaixo: 2.000 – rosa 2.000 – azul 2.000 – amarelo Escrita em preto	R$ 0,50	R$ 3.000,00
50	1.200 unid	CONTROLE PROGRAMA NUTRIÇÃO Dimensões (medida aproximada): 10,0 x 22,0 cm. Impresso em papel cartão 240 g/m² Referência: Unidade, impresso em frente e verso, na cor branco escrito em preto.	R$ 0,80	R$ 960,00
51	1.200 unid	CONTROLE PROGRAMA INSULINO DEPENDENTE Dimensões (medida aproximada): 10,0 x 22,0 cm. Impresso em papel cartão 240 g/m² Referência: Unidade, impresso em frente e verso, na cor branco escrito em preto.	R$ 0,80	R$ 960,00

52	1.500 unid	CONTROLE PROGRAMA HIPERTENSO DIABÉTICO Dimensões (medida aproximada): 14,0 x 10,0 cm. Impresso em papel cartão 240 g/m² Referência: Unidade, impresso em frente e verso, na cor branco escrito em preto.	R$ 0,43	R$ 645,00
53	1.000 unid	CARTEIRA DE VACINA – tamanho aproximado: aberta: 29,7 x21 cm – fechada: 10,2 x 21 cm, modelos: cores, branca verde e preto, Dobra em 3 partes, papel cartão 180 g.	R$ 0,94	R$ 940,00
54	150 blo	RECEITUÁRIO INTERNO CONTROLE ESPECIAL: Blocos, cada um contendo 100 folhas, medindo 16 x 20 cm (tamanho A5); gramatura do papel em 90 g. Folha simples sem carbono.	R$ 16,23	R$ 2.434,50

DA GARANTIA E VALIDADE DO OBJETO: De no Mínimo 12 meses ou conforme indicação do fabricante, a CONSTAR APÓS O RECEBIMENTO DO PRODUTO no Almoxarifado da Saúde.

PRAZO DE VIGÊNCIA CONTRATUAL: 12 meses. Podendo ser prorrogado conforme a Lei 14.133/21.

PRAZO E FORMA DE ENTREGA: 10 dias úteis a contar do recebimento da Autorização fornecimento (AF) enviado através do e-mail almoxarifa.saude@avare.sp.gov.br.

LOCAL DE ENTREGA: Almoxarifado da Saúde - Rua Minas Gerais, nº1742 – Vila Isabel, CEP: 18706-010 – Fone: 3732 4597 Avaré – SP. Horário de Entrega: das 07:30 as 16:00 h, de segunda a sexta-feira.

FORMA DE PAGAMENTO: O produto e/ou serviço só poderá ser solicitado pela Prefeitura mediante envio da Autorização de Fornecimento. O pagamento ao fornecedor/prestador de serviço será realizado 30 dias após a entrega, mediante emissão de nota fiscal. Na Nota Fiscal, deverão constar:
• Os dados bancários da empresa;
• O CNPJ da Nota Fiscal deverá ser o mesmo da Autorização de Fornecimento.

DA FISCALIZAÇÃO (Portaria nº 47 de 05 de junho de 2023)
FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO SECRETARIADA SAÚDE:
Contato: 3711-1430
Nome: Bruna de Fátima Nogueira Coelho
Cargo: Coordenação da Atenção Básica
CPF: 341722378-43
E-mail: bruna.coelho@avare.sp.gov.br

FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO VIGILÂNCIA SANITÁRIA:
Contato: 3732-7144
Nome: Viviane Hakiko Hata Pagnoni

Cargo: Assistente técnico de departamento
CPF: 170.523.778-27
E-mail: viviane.hata@avare.sp.gov.br

FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO CAISMA (CASA DA MULHER)
Contato: 3732-9330
Nome: Mariana Capelin Kagawa
Cargo: Enfermeira
CPF: 398.972.698-60
E-mail: mariana.capelin@avare.sp.gov.br

FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO:
Contato: 3711-2400
Nome: Vanda Corina do Carmo Lvison Nassif Avellar
Cargo: Enfermeira
CPF: 099.728.278-95
E-mail: vanda.nassif@avare.sp.gov.br

FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO FARMÁCIA CAPS:
Contato: 3732-0970
Nome: Alessandra Fernandes Braz
Cargo: Farmacêutica
CPF: nº 248.977.998-21
e-mail: alessandra.braz@avare.sp.gov.br

FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO SETOR AMBULÂNCIA:
Contato: 3732-5999
Nome: Normando Edgar Martins
Cargo: Chefe geral da frota da saúde – setor de ambulância
CPF: 110.689.898-23
E-mail: narmando.martins@avare.sp.gov.br

FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO CEREST:
Contato: 3732-7811
Nome: Luzia Adriana Chica
Cargo: Enfermeira do trabalho
CPF: 191.599.318-09
E-mail: adriana.chica@avare.sp.gov.br

FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:
Contato: 3711-2402
Nome: Grasiele Viviane Henrique Vollet
Cargo: Enfermeira
CPF: 276.123.198-88
e-mail: grasiele.vollet@avare.sp.gov.br

FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO PRONTO SOCORRO:

Nome: Vanessa Ribeiro
Cargo: Farmacêutica substituta
CPF: nº 311.316.788-42
e-mail: vanessa.rebeiro@avare.sp.gov.br

OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA: padrões da municipalidade conforme lei vigente.

OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE: padrões da municipalidade conforme lei vigente.

RESERVA ORÇAMENTÁRIA: Não há a previsão orçamentária por tratar se de registro de preços.

CRITÉRIOS DA AQUISIÇÃO: menor preço por item.

JUSTIFICATIVA: A aquisição de materiais gráficos faz-se necessária devido à alta demanda das unidades básicas de saúde, Pronto Socorro Municipal, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e demais setores que compõem a Secretaria Municipal da Saúde.
Trata-se de material indispensável para o adequado funcionamento dos setores que prestam atendimento à população e garantir que esse atendimento não seja interrompido, uma vez que esses materiais são de fundamental importância para informação dos atendimentos, emissão de laudos, emissão de receitas, informes ao público entre outras ações que necessitam de registro físico.
A aquisição dos produtos gráficos garante e assegura a continuidade dos atendimentos prestados pela Secretaria Municipal da Saúde e deve ser garantido por meio de política que assegure o acesso da população ao objeto citado, oferecendo segurança, eficácia, qualidade e menor custo possível e permitindo a organização do serviço de saúde.
A aquisição de material gráfico é imprescindível para que os serviços prestados não sejam interrompidos, uma vez que todo atendimento prestado à população dentro dos setores da saúde, precisam ser registrados e documentados.

Obs.: por força da legislação vigente é vedada a identificação do licitante.

Obs. As empresas deverão especificar em sua proposta a especificação, marca e/ou nome do fabricante e valor, a sua falta acarretará a desclassificação.

ANEXO 02 – DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA HABILITAÇÃO E PARA ASSINATURA DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

Os documentos exigidos para habilitação **(ANEXO II e III)** deverão ser enviados **exclusivamente por meio do sistema**, em formato digital, no prazo de **02 (duas) horas**, após solicitação pela(o) Pregoeira(o), prorrogável por igual período, nas situações elencadas nos itens **14.8.1 e 14.8.2** do edital, sob pena de inabilitação.

A não inserção dos documentos de habilitação, na plataforma, acarretará a imediata INABILITAÇÃO do licitante.

1 – HABILITAÇÃO JURÍDICA

a) Registro empresarial na Junta Comercial, no caso de empresário individual.

b) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado na Junta Comercial, em se tratando de sociedade empresária;

c) Documentos de eleição ou designação dos atuais administradores, tratando-se de sociedades empresárias;

d) Ato constitutivo devidamente registrado no Registro Civil de Pessoas Jurídicas tratando-se de sociedade não empresária, acompanhado de prova da diretoria em exercício.

e) Decreto de autorização em se tratando de sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir.

1.1. Os documentos descritos no item anterior deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva, conforme legislação em vigor.

2 – PARA COMPROVAÇÃO DA REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA

a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ);

b) Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual e/ou Municipal, relativo à sede da licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto do certame.

c) Certidão Conjunta Negativa de Débitos ou Positiva com efeitos de Negativa, relativa a tributos federais e dívida ativa da União.

d) Prova de Regularidade de Débitos Tributários Estaduais expedida pela Procuradoria Geral do Estado.

e) Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal do domicílio ou sede do licitante, ou outra equivalente, na forma da lei.

f) Certidão de Regularidade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), por meio da apresentação do CRF – Certificado de Regularidade do FGTS.

g) Certidão negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT ou positiva de Débitos Trabalhistas com efeitos de Negativa, em cumprimento à Lei n° 12.440/2011 e à Resolução Administrativa TST n° 1470/2011.

3 – QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

a) Certidão negativa de falência, concordata, recuperação judicial e extrajudicial, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica.

a.1) Havendo registro de processo de recuperação judicial, deverá a licitante que nesta hipótese incorrer, apresentar o Plano de Recuperação já homologado pelo juízo competente e em pleno vigor, para fins de sua habilitação neste item, de acordo com a Súmula nº 50 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

4- DECLARAÇÕES EXIGIDAS

a) Declaramos que estamos sob o regime de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte ou Microempreendedor Individual, para efeito do disposto na Lei Complementar nº 123/06, observado o disposto nos §§ 1º ao 3º do art. 4º, da Lei n.º 14.133, de 2021.

b) Declaramos que atendemos aos requisitos de habilitação, e que o declarante responderá pela veracidade das informações prestadas, na forma da lei.
c) Declaramos que cumprimos as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas.
d) Declaramos que a proposta econômica compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de entrega da proposta.
e) Declaramos que a empresa não está impossibilitada de participar da licitação em decorrência de sanção que lhe foi imposta, conforme Inciso III do art. 14 da Lei 14.133/21.
f) Declaramos não possui qualquer dos impedimentos previstos nos §§ 4° e seguintes, todos do artigo 3° da Lei Complementar n° 123, de 14 de dezembro de 2.006, alterada pela Lei Complementar n/ 147, de 7 de agosto de 2.014, cujos termos declara conhecer na íntegra.
g) A empresa declara ainda que tem ciência que "a falsidade de declaração prestada objetivando benefícios na presente licitação, caracterizará o crime de que trata o Art. 299 do Código Penal, sem prejuízo do enquadramento em outras figuras penais e das sanções administrativas previstas na Lei n˚14.133/21.
h) A empresa, no uso de suas atribuições legais, vem declarar, para fins de participação de processo licitatório, sob as penas da Lei, de que atende ao Inciso IV do art. 14 da Lei nº 14.133/21 no que infere ao vínculo de eventuais servidores públicos desta Municipalidade à empresa.
i) Declaramos que a empresa encontra-se em situação regular perante o Ministério do Trabalho, no que se refere à observância do disposto no inciso XXXIII do artigo 7° da Constituição Federal, não utiliza menores de 18 (dezoito) anos para trabalho noturno, perigoso ou insalubre; nem menores de 16 (dezesseis) anos para qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos. Nos termos do artigo 1º, do Decreto Federal nº 4.358/02;

6) DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA NO ATO DA ASSINATURA DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS/CONTRATO
6.1. No ato da assinatura contratual, para atendimento da atualização das Instruções 1/2020 do TCESP, fica a empresa obrigada a apresentar a Declaração de Atualização Cadastral do proprietário da empresa (ou proponente habilitado para assinar a ata de registro/contrato) junto ao CadTCESP (link: https://www.tce.sp.gov.br/cadtcesp/#!/pessoa/cadastro).
6.2. A recusa injustificada do concorrente vencedor em assinar a Ata de Registro/Contrato dentro do prazo estabelecido no presente instrumento, ou da apresentação do documento constante no item 5.1, o sujeitará à aplicação das penalidades previstas no item 14, deste Edital, podendo a CONTRATANTE convidar, sucessivamente por ordem de classificação as demais licitantes, após comprovação da sua compatibilidade de proposta e habilitação, com esta licitação, para celebração da Ata de Registro/Contrato.

Disposições Gerais
A verificação pela(o) Pregoeira(o) em sítios eletrônicos oficiais de órgãos e entidades emissores de certidões constitui meio legal de prova, para fins de habilitação.
Na análise dos documentos de habilitação, a(o) Pregoeira(o) e Equipe de Apoio poderá sanar erros ou falhas, que não alterem a substância dos documentos e sua validade jurídica, mediante decisão fundamentada, registrada em ata e acessível a todos, atribuindo-lhes eficácia para fins de habilitação e classificação.
Se o envio da documentação ocorrer a partir de sistema informatizado prevendo acesso por meio de chave de identificação e senha do interessado, presume-se a devida segurança quanto à autenticidade e autoria, sendo desnecessário o envio de documentos assinados digitalmente com padrão ICP-Brasil.
Os documentos para fins de habilitação deverão ser apresentados em formato digital, preferencialmente autenticados digitalmente, constando o selo digital com a indicação do sítio eletrônico para a verificação da veracidade das informações, nos termos da Lei Federal nº 8.935/94.

Quando houver dúvida em relação à integridade do documento digital, a comprovação das informações será realizada mediante a apresentação dos documentos originais não digitais.
Os documentos apresentados digitalmente são de responsabilidade do interessado, que responderá nos termos da legislação civil, penal e administrativa por eventuais inconsistências ou fraudes.
Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitação de documentos em substituição aos documentos exigidos no edital.
Na hipótese de não constar prazo de validade nas certidões apresentadas, a Administração aceitará como válidas as expedidas até 180 (cento e oitenta) dias imediatamente anteriores à data de apresentação das propostas.
Os documentos obtidos via sítios eletrônicos deverão ser apresentados em formato digital, sendo verificada sua autenticidade nos sítios eletrônicos oficiais de órgãos e entidades emissores de certidões.
Os documentos deverão estar em plena vigência, ficando, porém, a critério da Equipe de Apoio ao Pregoeiro solicitar as vias originais de quaisquer dos documentos, caso haja constatação de fatos supervenientes.
O (a) pregoeiro(a) reserva-se o direito de solicitar das licitantes, em qualquer tempo, no curso da licitação, quaisquer esclarecimentos sobre documentos já entregues, fixando-lhes prazo para atendimento.
Em se tratando de empresas licitantes com sede em outro município ou Unidade da Federação, tal procedimento será realizado no site pertinente expresso na Certidão apresentada pela empresa.
Considerando o princípio da economicidade, caso falte informações/assinaturas quanto as declarações exigidas, esta poderá ser sanada pelo licitante ainda na sessão pública, assegurando-lhe um prazo de 30 (trinta) minutos.

Disposições finais

1 - A comprovação de regularidade fiscal das microempresas e empresas de pequeno porte somente será exigida para efeito de assinatura do contrato.

2 - As microempresas e empresas de pequeno porte, deverão apresentar toda a documentação exigida para efeito de comprovação de regularidade fiscal, mesmo que esta apresente alguma restrição. (Conforme art. 43 da L.C. nº 123/06)

2.1 - Havendo alguma restrição na comprovação da regularidade fiscal, **será assegurado o prazo de 5 (cinco) dias úteis**, cujo termo inicial corresponderá ao momento em que o proponente for declarado o vencedor do certame, prorrogável por igual período, a critério da Administração Pública, para a regularização da documentação, pagamento ou parcelamento do débito, e emissão de eventuais certidões negativas ou positivas com efeito de certidão negativa.

2.2 - A não regularização da documentação, no prazo previsto no § 1o deste artigo, implicará decadência do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas no artigo 155 da Lei nº 14.133, de 01 de abril de 2021, sendo facultado à Administração convocar os licitantes remanescentes, na ordem de classificação, para a assinatura do contrato, ou revogar a licitação.

ANEXO 03 – MODELO DE DECLARAÇÃO CONJUNTA

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 172/2023 – MUNICÍPIO DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ – SP

(Nome da Empresa), CNPJ/MF Nº ....., sediada, (endereço completo) DECLARAMOS para todos os fins de direito, especificamente para participação de licitação na modalidade de pregão, o que se segue:

a) Declaramos que estamos sob o regime de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte ou Microempreendedor Individual, para efeito do disposto na Lei Complementar nº 123/06, observado o disposto nos §§ 1º ao 3º do art. 4º, da Lei n.º 14.133, de 2021 (quando for o caso).

b) Declaramos que atendemos aos requisitos de habilitação, e que o declarante responderá pela veracidade das informações prestadas, na forma da lei.

c) Declaramos que cumprimos as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas.

d) Declaramos que a proposta econômica compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de entrega da proposta.

e) Declaramos que a empresa não está impossibilitada de participar da licitação em decorrência de sanção que lhe foi imposta, conforme Inciso III do art. 14 da Lei 14.133/21.

f) Declaramos não possui qualquer dos impedimentos previstos nos §§ 4° e seguintes, todos do artigo 3° da Lei Complementar n° 123, de 14 de dezembro de 2.006, alterada pela Lei Complementar n/ 147, de 7 de agosto de 2.014, cujos termos declara conhecer na íntegra.

g) A empresa declara ainda que tem ciência que "a falsidade de declaração prestada objetivando benefícios na presente licitação, caracterizará o crime de que trata o Art. 299 do Código Penal, sem prejuízo do enquadramento em outras figuras penais e das sanções administrativas previstas na Lei n° 14.133/21.

h) A empresa, no uso de suas atribuições legais, vem declarar, para fins de participação de processo licitatório, sob as penas da Lei, de que atende ao Inciso IV do art. 14 da Lei nº 14.133/21 no que infere ao vínculo de eventuais servidores públicos desta Municipalidade à empresa.

i) Declaramos que a empresa encontra-se em situação regular perante o Ministério do Trabalho, no que se refere à observância do disposto no inciso XXXIII do artigo 7° da Constituição Federal, não utiliza menores de 18 (dezoito) anos para trabalho noturno, perigoso ou insalubre; nem menores de 16 (dezesseis) anos para qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos. Nos termos do artigo 1º, do Decreto Federal nº 4.358/02;

(Local e Data) - (Responsável legal e assinatura)

ANEXO 04 – CARTA PROPOSTA

Obs: Este modelo poderá ser utilizado pelo vencedor da fase de lances, para efeito da fase de julgamento da proposta

À Prefeitura da Estância Turística de Avaré

Prezados Senhores,

Ref.: PREGÃO ELETRÔNICO N° 172/2023 – Comissão de Licitação – Carta Proposta de Fornecimento.

Apresentamos nossa proposta para fornecimento dos Itens abaixo discriminados **(descrever o item que a empresa ganhou)**, conforme Anexo 01, que integra o instrumento convocatório da licitação em epígrafe.

Item	Qtd.	Descrição	Valor Unit.	Valor Global

1. IDENTIFICAÇÃO DO CONCORRENTE:

RAZÃO SOCIAL:
CNPJ e INSCRIÇÃO ESTADUAL:
REPRESENTANTE (responsável pela assinatura do contrato) E CARGO:
CARTEIRA DE IDENTIDADE:
CPF:
DATA DE NASCIMENTO:
ENDEREÇO COMERCIAL:
ENDEREÇO RESIDENCIAL:
TELEFONE:
E-MAIL PESSOAL:
E-MAIL INSTITUCIONAL:
AGENCIA e Nº DA CONTA BANCARIA:

2.CONDIÇÕES GERAIS

2.1 - A proponente declara conhecer os termos do instrumento convocatório que rege a presente licitação.

PREÇO (READEQUADO AO LANCE VENCEDOR)

Deverá ser cotado preço unitário e total da proposta, de acordo com o Anexo 01 do Edital.

Os preços cotados pela empresa vencedora não poderão ultrapassar os preços unitários estimados pela Administração.

Será rejeitada a proposta que contenha mais de 02 (duas) casas decimais em seus valores unitários.

A proposta terá validade de 60 (sessenta) dias, a partir da data de abertura do pregão.

O Prazo de Entrega: conforme edital.

2.2 - O preço proposto acima contempla todas as despesas necessárias ao pleno fornecimento, tais como os encargos (obrigações sociais, impostos, taxas etc.) cotados separados e incidentes sobre o fornecimento.

LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO PROPONENTE

(Obs: Rubricada em todas as folhas e assinada pelo Representante Legal da Empresa)

ANEXO 05 – TERMO DE ADESÃO AO SISTEMA DE PREGÃO ELETRÔNICO DA BOLSA DE LICITAÇÕES E LEILÕES DO BRASIL

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 172/2023 – MUNICÍPIO DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ – SP
TERMO DE ADESÃO AO SISTEMA DE PREGÃO ELETRÔNICO DA BOLSA DE LICITAÇÕES E LEILÕES DO BRASIL (licitante)
AUTORIZAÇÃO PARA REPRESENTAÇÃO EM PREGÕES
Autorização para Representação em Licitações
Nome:
Endereço:
Bairro: Cidade:
CNPJ/CPF:
Inscrição estadual:
Telefone comercial:
E-mail:
Representante legal:
CPF: RG: Telefone:

Por meio do presente Termo de Adesão, o Licitante acima qualificado manifesta sua adesão ao Regulamento do Sistema Eletrônico de Licitações da Bolsa de Licitações e Leilões do Brasil, do qual declara ter pleno conhecimento, em conformidade com as disposições que seguem.
São responsabilidades do Licitante:

I. tomar conhecimento de e cumprir todos os dispositivos constantes dos editais de negócios dos quais venha a participar;
II. observar e cumprir a regularidade fiscal, apresentando a documentação exigida nos editais para fins de habilitação nas licitações em que for vencedor; e
III. observar a legislação pertinente, bem como o disposto nos Estatutos Sociais e nas demais normas e regulamentos expedidos pela Bolsa de Licitações e Leilões do Brasil, dos quais declara ter pleno conhecimento.

O Licitante reconhece que a utilização do sistema eletrônico de negociação poderá implicar o pagamento de taxas de utilização, conforme previsto nos normativos expedidos pela Bolsa de Licitações e Leilões do Brasil e/ou nos editais de licitação dos quais venha a participar. O Licitante autoriza a Bolsa de Licitações e Leilões do Brasil a expedir boleto de cobrança bancária referente às taxas de utilização ora referidas.
Sem prejuízo do disposto acima, o Fornecedor/Comprador outorga plenos poderes à sociedade corretora abaixo qualificada, nos termos dos artigos 653 e seguintes do Código Civil Brasileiro, para o fim específico de representá-lo nos negócios de seu interesse realizados por meio do Sistema BLL Compras da Bolsa de Licitações e Leilões do Brasil, podendo a sociedade corretora, para tanto:

I. declarar que conhece e atende as condições de habilitação previstas no Edital;
II. apresentar lance de preço;
III. apresentar manifestação sobre os procedimentos adotados pelo (a) pregoeiro (a);
IV. solicitar informações via sistema eletrônico;
V. interpor recursos contra atos do(a) pregoeiro(a);
VI. apresentar e retirar documentos;
VII. solicitar e prestar declarações e esclarecimentos;
VIII. assinar documentos relativos às propostas;
IX. emitir e firmar o fechamento da operação; e

X. praticar todos os atos em direito admitidos para o bom e fiel cumprimento do presente mandato, que não poderá ser substabelecido.

Corretora:

Endereço:

CNPJ:

O presente Termo de Adesão é válido até __/__/____, podendo ser rescindido ou revogado, a qualquer tempo, pelo Licitante, mediante comunicação expressa, sem prejuízo das responsabilidades assumidas durante o prazo de vigência ou decorrentes de negócios em andamento.

Local e data

(assinaturas autorizadas com firma reconhecida em cartório)

ANEXO 06 –TERMO DE ADESÃO AO SISTEMA BLL COMPRAS DA BOLSA DE LICITAÇÕES E LEILÕES DO BRASIL (LICITANTE)

Indicação de Operadores (licitante direto)
Licitante:
CNPJ:
Operadores
1 Nome:
CPF: Função:
Telefone: Celular:
Fax: E-mail:
2 Nome:
CPF: Função:
Telefone: Celular:
Fax: E-mail:
O Licitante reconhece que:

I. a Senha e a Chave Eletrônica de identificação do usuário para acesso ao sistema são de uso exclusivo de seu titular, não cabendo à Bolsa nenhuma responsabilidade por eventuais danos ou prejuízos decorrentes de seu uso indevido;

II. o cancelamento de Senha ou de Chave Eletrônica poderá ser feito pela Bolsa, mediante solicitação escrita de seu titular ou do Licitante;

III. a perda de Senha ou de Chave Eletrônica ou a quebra de seu sigilo deverá ser comunicada imediatamente à Bolsa, para o necessário bloqueio de acesso; e

IV. o Licitante será responsável por todas as propostas, lances de preços e transações efetuadas no sistema, por seu usuário, por sua conta e ordem, assumindo-os como firmes e verdadeiros. Local e data:

_____

(assinaturas autorizadas com firma reconhecida em cartório)

ANEXO 07 – MINUTA DE ATA DE REGISTRO
ATA DE REGISTRO N° ___/2.023
ATA DE REGISTRO QUE FAZEM ENTRE SI A PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ E A EMPRESA _____.

Aos ____ dias do mês de ____de dois mil e vinte e três, nesta cidade de Avaré, Estado de São Paulo, de um lado a **PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ**, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ sob o número 46.634.168/0001-50, situada na Praça Juca Novaes, 1.169, representada pelo Secretário Municipal de Saúde, **ROSLINDO WILSON MACHADO**, brasileiro, casado, portador do RG nº 17.574.987-5 SSP/SP e do CPF/MF nº 231.136.779-04, residente e domiciliado na cidade de Avaré/SP – de ora em diante denominado **ÓRGÃO GERENCIADOR** e de outro lado a empresa **_____,** cadastrada no CNPJ sob o número ____/____-__, com sede na _____, ___ – _____ – CEP _____ - _____/__, representada pelo Senhor **_____**, _____, _____,____, portador da Cédula de Identidade RG nº_____/__ e inscrito no CPF/MF sob nº _____-__, residente e domiciliado na cidade de _____/__ – de ora em diante denominada **DETENTORA**, resolvem firmar o presente ajuste para Registro de Preços nos termos da Lei Federal nº 14.133 de 01 de abril de 2021 e Decreto Municipal nº 7.179 de 08 de fevereiro de 2023:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO
Nos termos do **Pregão Eletrônico n° 172/2023 – Processo n° 256/2023**, de 19 de setembro de 2.023 fica(m) a(s) empresa(s) _____, responsável pela confecção e fornecimento futuro de materiais gráficos para todos os setores da saúde, conforme abaixo:

Item	Qtd.	Descrição	Valor Unitário	Valor Global
01	1.000 blo	Receituário CONTROLADO – Notificação de receita azul B2-1 Dimensões: Medida aproximada: 10,5 x 23,5 cm – Folha azul com impressão em preto Referência: Blocos/ 50 unidades. Numerados – a definir através da requisição da notificação de receita, enviada ao fornecedor.		
02	10.000 blo	RECEITUÁRIO BRANCO Blocos, cada um contendo 50 folhas, em duas vias (totalizando 100 folhas por bloco), sendo as duas na cor branca, autocarbonadas, medindo 15 x 21 cm (tamanho A5); gramatura do papel em 90 g.		
03	300 blo	GUIA DE ENCAMINHAMENTO Médico (GEM) Deverão conter 50 folhas numeradas em duas vias (totalizando 100 fls), sendo que a primeira na cor branca e a segunda na cor amarela papel copiativo e ambas medindo 15 x 21 cm (tamanho A5); gramatura do papel em 90 g. Numerados – a definir ATRAVÉS DA AF enviado ao fornecedor Referência: Blocos/ 100 unidades.		

04	2.000 blo	FICHA DE REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA (SADT) - contendo 100 folhas cada bloco, sendo confeccionadas na cor branca, medindo 15 x 21 cm (tamanho A5); gramatura do papel em 90 g.		
05	100.000 unid	ENVELOPE DE PRONTUÁRIO: Modelo: papel kraft pardo liso, com abertura superior, medidas aproximadas: 22,5 x 33,5 – 80 g, escrito em preto.		
06	300 blo	GUIA DE REFERÊNCIA: Dimensões, medidas aproximadas, 21,0 x 29,7 cm impresso em papel A4, branco escrito em preto, frente e verso 75 g/m ² e capa. Blocos com 100 folhas.		
07	1.200 blo	MAPA DE CONSULTA (FRA): Dimensões, medidas aproximadas, 21,5 x 40 cm, impresso em folha A4, branco escrito em preto, 75 g/m² e capa. Blocos com 100 folhas.		
08	5.000 blo	FOLHA DE ATENDIMENTO: Dimensões aproximadas 21,0 x 29,7 cm, impresso em folha A4, branco escrito em preto 75 g/m² e capa. Blocos com 100 folhas.		
09	30 blo	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL – APAC Cor: Branco escrito em preto Dimensões: Medidas: 210x297mm, impresso em papel A4 75g/ m². Referência: bloco 100 unidades.		
10	300 blo	ENCAMINHAMENTO PARA UNESP Descrição: Encaminhamento para UNESP (formulário próprio) - página 1 frente e verso Pagina 2 – somente frente Cor: Branco escrito em preto Dimensões: Medidas: 210x297mm, impresso em papel A4 75 g/m² Referência: bloco 100 unidades		
11	500 blo	DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO Descrição: Declaração de comparecimento Cor: Branco escrito em preto Dimensões: Medidas: 210x150 mm, impresso em papel A4 75 g/m² Referência: bloco 100 unidades		
12	500 blo	ATESTADO Descrição: Atestado médico para afastamento de atividades		

		Cor: Branco escrito em preto Dimensões: Medidas: 210x150 mm, impresso em papel A4 75 g/m² Referência: bloco 100 unidades		
13	250 blo	CONTROLE DE TRÁFICO DE VIAGENS – Dimensões: folhas de aproximadamente 15x21 cm, cor branca, escrita em preto na frente, impresso em papel offset branco e capa com papel kraft – Numerados a definir através da AF. Referência: 50 blocos c/ 100 folhas		
14	6.000 unid	ETIQUETAS INFORMATIVA AUTO – ADESIVA: Cor VERMELHA – Escrito (MANHÃ) em branco, medidas aproximadas 38 mm x 10 mm, Modelo: papel couche, referencia: unidades informativa autoadesiva.		
15	5.000 unid	ETIQUETAS INFORMATIVA AUTO – ADESIVA: Cor AMARELO – Escrito (TARDE) em preto, medidas aproximadas 38 mm x 10 mm, Modelo: papel couche, referencia: unidades informativa autoadesiva.		
16	8.000 unid	ETIQUETAS INFORMATIVA AUTO – ADESIVA: Cor AZUL – Escrito (NOITE) em branco, medidas aproximadas 38 mm x 10 mm, Modelo: papel couche, referencia: unidades informativa autoadesiva.		
17	360 blo	RELATÓRIO DE ATENDIMENTO AO ACIDENTADO DO TRABALHO – RAAT Dimensões, aproximadas 210 mm x 297 mm, impresso em folha A4 branco estrito em preto, blocos com 50 unidades.		
18	10 tal	TERMO DE APREENSÃO, Inutilização, Interdição e Liberação – numeradas em 4 vias/cores: 1ªvia branca, 2via azul, 3ªvia amarela e 4ªvia rosa. Numeradas – a definir na solicitação da Autorização de Fornecimento (AF). Escrita em preto. Dimensão aproximada 210 mm x 297 mm. Gramatura 56 g Talões com 50 folhas, impresso na frente, nas cores branca, azul, amarela, rosa.		
19	15 tal	AUTO DE INFRAÇÃO – folhas numeradas em 4 vias/cores: 1ªvia branca, 2via azul, 3ªvia amarela e 4ªvia rosa. Numeradas – a definir na solicitação da Autorização de		

		Fornecimento (AF). Escrita em preto. Dimensão aproximada 210 mm x 297 mm. Gramatura 56 g Talões com 50 folhas impresso na Frente e Verso, nas cores branca, azul, amarela, rosa.		
20	10 tal	AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE – folhas numeradas em 4 vias/cores: 1ªvia branca, 2via azul, 3ªvia amarela e 4ªvia rosa. Numeradas – a definir na solicitação da Autorização de Fornecimento (AF). Escrita em preto. Dimensão aproximada 210 mm x 297 mm. Gramatura 56 g Talões com 50 folhas impresso na Frente, nas cores branca, azul, amarela, rosa.		
21	05 tal	NOTIFICAÇÃO PARA RECOLHIMENTO DE MULTA - folhas numeradas em 4 vias/cores: 1ªvia branca, 2via azul, 3ªvia amarela e 4ªvia rosa. Numeradas – a definir na solicitação da Autorização de Fornecimento (AF). Escrita em preto. Dimensão aproximada 210 mm x 297 mm. Gramatura 56 g. Talões com 50 folhas impresso na Frente, nas cores branca, azul, amarela, rosa.		
22	10 tal	TERMO DE COLHEITA DE AMOSTRA – folhas numeradas em 4 vias/cores:1ªvia branca, 2via azul, 3ªvia amarela e 4ªvia rosa. Numeradas - a definir na solicitação da Autorização de Empenho (AE). Escrita em preto. Dimensão aproximada 210 mm x 297 mm. Gramatura 56 g. Talões com 50 folhas impresso na Frente e Verso, nas cores branca, azul, amarela, rosa.		
23	10 tal	FICHA INTERDITO – Vigilância Sanitária. Escrita em preto. Dimensão aproximada 210 mm x 150 mm. Gramatura 75 g. Talões com 50 folhas, impresso na Frente, na cor Branca.		
24	100 tal	BOLETIM DE ATIVIDADES DE VIGILÂNCIA E CONTROLE – Escrita em preto. Dimensão aproximada 220 mm x 300 mm. Gramatura 75 g. Talões com 100 folhas, impresso na Frente, na cor Branca.		
25	100.000 unid	FÔLDER DENGUE – escrita e imagens coloridas. Dimensão aproximada 290 mm x 200 mm. Gramatura 120 g.		

		Impresso em Frente e Verso, Colorido.		
26	100 tal	PROVIDÊNCIAS EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA- Escrita em preto. Dimensão aproximada 210 mm x 297 mm. Gramatura 75 g. Talões com 50 folhas, impresso na Frente, na cor Branca.		
27	50 tal	FORMULÁRIO ANEXO 2-PORTARIA CVS 10/2017 – Escrita em preto. Dimensão aproximada 210 mm x 297 mm. Gramatura 75 g. Talões com 50 folhas, impresso em Frente e Verso , na cor Branca.		
28	100 blo	FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA – Anexo V. Uma via frente e verso e uma somente frente. Escrita em preto. Dimensão aproximada 210 mm x 297 mm. Gramatura 75 g. Bloco com 120 folhas, impresso em Frente e Verso + Frente, na cor Branca.		
29	10 tal	FORMULÁRIO DE EQUIPAMENTOS – Subanexo V.2. Escrita em preto. Dimensão aproximada 210 mm x 297 mm. Gramatura 75 g. Talões com 50 folhas, impresso em Frente e Verso		
30	50 tal	FOLHA DE RECLAMAÇÃO vigilância Sanitária. Escrita em preto. Dimensão aproximada 210 mm x 297 mm. Gramatura 75 g. Talões com 50 folhas, impresso na Frente, na cor Branca		
31	5.000 unid	PASTA DE PROCESSO ADMINISTRATIVO – Cor azul. Escrita em preto. Medidas aproximadas: aberta 45 cm x 31 cm e fechada 22,5 cm x 31 cm – orelhas e dobra. Gramatura 180 g. Impresso na Frente, na cor Azul.		
32	100 unid	CARTÃO DE AMOSTRA DE PRODUTO COLETADO – Vigilância Sanitária. Escrita em preto. Medidas aproximadas: 90 mm x 190 mm. Gramatura 180 g. Impresso na Frente.		
33	30 unid	CRACHÁ PVC PERSONALIZADO FRENTE E VERSO ACOMPANHA PRESILHA JACARÉ E CORDÃO, COM ARTE GRÁFICA. Crachá de identificação em PVC laminado, arte frente e verso, colorido, furação jacaré, medida aproximada 85 mm x 54 mm, espessura aproximada de 1 mm (tipo cartão de		

		banco),inclui presilha jacaré e cordão preto medida aproximada 10 mm (largura) x 80 cm (comprimento). Personalização: com desenvolvimento de arte inclusa, devendo constar nome do funcionário, nome da empresa, nome do departamento, documentos de identificação, cargo/função, com descrição sumária de autorização de entrada.		
34	30 blo	SOLICITAÇÃO DE CITOPATOLÓGICO Descrição: Solicitação de exame citopatológico – colo do útero Cor: Branco escrito em rosa Dimensões: Medidas: 210x297mm, impresso em papel A4 75 g/m² Referência: bloco 100 unidades		
35	35 blo	SOLICITAÇÃO DE MAMOGRAFIA Descrição: Solicitação de exame de mamografia Cor: Branco escrito em verde Dimensões: Medidas: 210x297mm, impresso em papel A4 75 g/m² Referência: bloco 100 unidades		
36	10 blo	SOLICITAÇÃO DE HISTOPATOLÓGICO Descrição: Solicitação de exame histopatológico (biópsia) Cor: Branco escrito em azul Dimensões: Medidas: 210x297mm, impresso em papel A4 75 g/m² Referência: bloco 100 unidades		
37	10 blo	Laudo para solicitação de autorização de internação hospitalar Cor: Branco escrito em preto Dimensões: Medidas: 210x297mm, impresso em papel A4 75 g/m² Referência: bloco 100 unidades		
38	10 blo	LICENÇA MATERNIDADE Descrição: Licença maternidade Cor: Branco escrito em preto Dimensões: Medidas: 210x150 mm, impresso em papel A4 75 g/m² Referência: bloco 100 unidades		
39	3.000 unid	CARTÃO GESTANTE Descrição: Carteira de gestante para acompanhamento de pré natal		

		Modelo papel cartão 180 g dobra em 3 partes Cor: colorido conforme modelo anexo Dimensões: Medidas fechada 210x100mm – aberta 210x297mm Referência: Unidade		
40	10 blo	FOLHA PRONTUARIO GESTANTE Descrição: Folha prontuário gestante Cor: azul escrito em preto Dimensões: Medidas 210x297mm, impresso em papel A4 75 g/m² Referência: bloco 100 unidades		
41	36 blo	RECEITUÁRIO OFTALMOLOGIA Dimensões (medida aproximada): 15,0 x 20,0 cm. Impresso em papel A4 75 g/m² e capa. Bloco com 100 folhas, na cor Branco escrito em preto		
42	36 blo	ANEXO II – UNESP Dimensões (medida aproximada): 21,0 x 29,7 cm. Impresso em papel A4 75 g/m² e capa. Bloco com 100 folhas, impresso na frente, na cor Branco escrito em preto.		
43	06 blo	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES / RESSONÂNCIA Dimensões (medida aproximada): 21,0 x 29,7 cm. Impresso em papel A4 75 g/m² e capa. Bloco com 100 folhas, impresso na frente na cor branco, escrita em preto.		
44	12 blo	MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO / CINTILOGRAFIA Dimensões (medida aproximada): 21,0 x 29,7 cm. Impresso em papel A4 75 g/m² e capa. Bloco com 100 folhas, impresso na frente, na cor branco, escrito em preto.		
45	04 blo	FORMULÁRIO CIRURGIA BARIÁTRICA Dimensões (medida aproximada): 21,0 x 29,7 cm. Impresso em papel A4 75 g/m² e capa. Bloco com 100 folhas, impresso na frente, na cor branco, escrito em preto.		
46	240 blo	PROTOCOLO REQUISIÇÕES Dimensões (medida aproximada): 10,0 x 9,0 cm. Impresso em papel A4 75 g/m² e capa. Bloco com 100 folhas, impresso na frente, na cor branco, escrito em preto.		
47	156 tal	AGENDAMENTO RETORNO Dimensões (medida aproximada): 20,0 x 7,0		

		cm, sendo 02 por folha (10,0 x 7,0 cm), picotado para destacar. Impresso em papel A4 75 g/m² e capa. Talão com 100 folhas, impresso na frente, na cor branco escrito em preto.		
48	06 blo	SOLICITAÇÃO DE ELETRONEUROMIOGRAFIA Dimensões (medida aproximada): 21,0 x 29,7 cm. Impresso em papel A4 75 g/m² e capa. Bloco com 100 folhas, impresso na frente, na cor branco, escrito em preto.		
49	6.000 unid	CARTELA PROGRAMA VIVA LEITE Dimensões (medida aproximada): 14,0 x 10,0 cm. Impresso em papel cartão 240 g/m² Referência: Unidade, nas cores e quantidades abaixo: 2.000 – rosa 2.000 – azul 2.000 – amarelo Escrita em preto		
50	1.200 unid	CONTROLE PROGRAMA NUTRIÇÃO Dimensões (medida aproximada): 10,0 x 22,0 cm. Impresso em papel cartão 240 g/m² Referência: Unidade, impresso em frente e verso, na cor branco escrito em preto.		
51	1.200 unid	CONTROLE PROGRAMA INSULINO DEPENDENTE Dimensões (medida aproximada): 10,0 x 22,0 cm. Impresso em papel cartão 240 g/m² Referência: Unidade, impresso em frente e verso, na cor branco escrito em preto.		
52	1.500 unid	CONTROLE PROGRAMA HIPERTENSO DIABÉTICO Dimensões (medida aproximada): 14,0 x 10,0 cm. Impresso em papel cartão 240 g/m² Referência: Unidade, impresso em frente e verso, na cor branco escrito em preto.		
53	1.000 unid	CARTEIRA DE VACINA – tamanho aproximado: aberta: 29,7 x21 cm – fechada: 10,2 x 21 cm, modelos: cores, branca verde e preto, Dobra em 3 partes, papel cartão 180 g.		
54	150 blo	RECEITUÁRIO INTERNO CONTROLE ESPECIAL: Blocos, cada um contendo 100 folhas, medindo 16 x 20 cm (tamanho A5); gramatura do papel em 90 g. Folha simples sem carbono.		

Os objetos deverão ser de boa qualidade

CLÁUSULA SEGUNDA – DA SUJEIÇÃO AO EDITAL E SEUS ANEXOS

2.1. A contratada ratifica sua sujeição a todas as exigências do Edital de **Pregão Eletrônico nº 172/2023,** que constitui parte integrante desta ata de registro de preços, juntamente com a proposta vencedora, exceto no que esta última vier a contrariar as normas especificadas nos instrumentos da contratante.

2.2. A existência de preços registrados não obriga o Município de Avaré a firmar contratações que deles poderão advir.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO PREÇO

3.1. Os preços registrados, de acordo com as especificações do produto, bem como, quantidades estimadas de cada item registrado para a Fornecedora são os relacionados na cláusula primeira e segunda.

3.2. O valor global da ata de registro de preços é de **R$ _____ (_____).**

3.3. A ata de registro de preços poderá sofrer reajuste, repactuação e revisão nas hipóteses legais.

CLÁUSULA QUARTA – DO PAGAMENTO E EMPENHO

4.1. O pagamento será efetuado em 30 (trinta) dias após a entrega, mediante emissão da nota fiscal eletrônica. **É obrigatória a inscrição da declaração, no corpo da nota fiscal eletrônica: Referente ao Pregão Eletrônico n° 172/2023 – Processo n° 256/2023 – Ata de Registro nº ____/2.023 – Autorização de Fornecimento nº.**

4.2. As aquisições decorrentes desta Ata de Registro de Preços serão formalizados por intermédio de autorização de fornecimento, com base nas condições estabelecidas no Edital do **Pregão Eletrônico n.º 172/2023** e cláusulas complementares acordadas entre as partes.

CLÁUSULA QUINTA – DO PRAZO E LOCAL DE ENTREGA E VIGÊNCIA CONTRATUAL

5.1. Prazo e forma de entrega: em até 10 (dez) dias úteis, a contar do recebimento da Autorização de Fornecimento (AF) enviado através do e-mail almoxarifado.saude@avare.sp.gov.br.

5.2. Local de Entrega: Almoxarifado da Saúde, localizado na Rua Minas Gerais nº 1.742, Bairro Vila Isabel, CEP 18706-010, Avaré/SP, telefone (14) 3732-4597, horário de entrega das 07h30 às 16h, de segunda a sexta-feira.

5.3. Vigência: A Ata de Registro de Preços vigorará por **12 (doze) meses**, prorrogáveis nos termos da Lei 14.133/21.

5.4. Toda Autorização de Fornecimento emitida dentro da vigência desta Ata de Registro de Preços substituirá a formalização de contrato e terá vigência de 12 (doze) meses.

CLÁUSULA SEXTA – DAS PENALIDADES E SANÇÕES PELO INADIMPLEMENTO

6.1. A recusa injustificada do adjudicatário em assinar o contrato, aceitar ou retirar o instrumento equivalente, dentro do prazo estabelecido pela administração municipal, caracteriza o descumprimento total da obrigação assumida, sujeitando-o às seguintes penalidades:

I. Multa de 30% (trinta por cento) sobre o valor global da obrigação não cumprida; ou

II.o pagamento correspondente à diferença de preço decorrente de nova licitação para o mesmo fim.

6.2. O atraso injustificado na efetiva consecução do objeto contratado, sem prejuízo do disposto no §9º do artigo 156, da Lei 14.133, de 1º de abril de 2021, sujeitará o contratado à multa de mora, calculada por dia de atraso da obrigação não cumprida, na seguinte conformidade:

I. atraso de até 30 (trinta) dias, multa de 0,5% (cinco décimos por cento) ao dia, a contar da data inicial do descumprimento; e
II. atraso superior a 30 (trinta) dias, multa de 1% (um por cento) ao dia.

6.3. Pela inexecução total ou parcial do objeto contratado, poderão ser aplicadas ao contratado as seguintes penalidades:
I. multa de 30% (trinta por cento) sobre o valor total ou parcial da obrigação não cumprida; ou
II. multa correspondente à diferença de preço decorrente de nova licitação para o mesmo fim.
III. ressarcimentos de eventuais danos ocasionados face a inexecução do contrato.

§ 1º. A mora será considerada a partir do primeiro dia subsequente ao término do prazo para a execução do ajuste.

§ 2º. O valor do ajuste a servir de base de cálculo para as multas referidas nos artigos anteriores, será o global reajustado até a data de aplicação da penalidade.

§ 3º. As multas serão corrigidas monetariamente, de conformidade com a variação do IPC/FIPE, a partir do termo inicial, fixado no artigo 5º, até a data de seu efetivo recolhimento.

6.4. As sanções previstas no art. 156 da Lei 14.133, de 1º de abril de 2021, serão aplicadas pelo Secretário Municipal da pasta interessada, pelo Prefeito, ou pela autoridade administrativa indicada, após processo administrativo próprio.

Parágrafo único. O processo administrativo próprio para aplicação das sanções previstas no art. 156 da Lei 14.133, de 1º de abril de 2021, será conduzido por Comissão Permanente Processante a ser instituída por meio de Portaria editada pelo Secretário da respectiva pasta solicitante e recairá sobre servidores nomeados;

6.5. Da decisão cabe recurso no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

§ 1º. O recurso será dirigido à Autoridade que tiver proferido a decisão recorrida, que, se não a reconsiderar no prazo de 5 (cinco) dias úteis, encaminhará o recurso com sua motivação à autoridade superior, a qual deverá proferir sua decisão no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, contado do recebimento dos autos.

§ 2º. Caso a decisão tenha sido proferida pelo Prefeito, caberá apenas o pedido de reconsideração de ato no prazo previsto no caput deste artigo, a qual terá prazo de 20 (vinte) dias para proferir sua decisão.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA RESCISÃO
Em caso de rescisão da ata de registro de preços poderá ser feita amigável ou judicialmente, nos expressos termos da legislação aplicável à espécie.

CLÁUSULA OITAVA – DA TRANSFERÊNCIA DA RESPONSABILIDADE
8.1. Com a assinatura desta Ata de Registro de Preços, a empresa _____, que teve o seu preço registrado assume o compromisso de atender durante o prazo de sua vigência, os pedidos realizados.

8.2. Os pedidos de fornecimento ocorrerão de acordo com a necessidade da **Secretaria Municipal de Saúde,** por meio da emissão de **Autorização de Fornecimento.**
8.3. A Ata de Registro de Preços é um compromisso de fornecimento firmado pelo licitante vencedor e tem características de compromisso para futura contratação, que será formalizada por meio de Autorização de Fornecimento.
8.4. Fica expressamente vedada à empresa contratada a transferência de responsabilidade do fornecimento do objeto contratual do **Pregão Eletrônico n° 172/2023 – Processo n° 256/2023** a qualquer outra empresa, no seu todo ou em parte.

CLÁUSULA NONA – DO GESTOR E FISCALIZADOR DA ATA DE REGISTRO
9. È obrigação da CONTRATANTE fiscalizar a presente ata de registro de preços.
9.1. DOS PROCEDIMENTOS DE FISCALIZAÇÃO: Nos termos do art. 117 da Lei nº 14.133, de 2021, serão designados representantes da Secretaria Requisitante para acompanhar e fiscalizar a execução da ata de registro, anotando em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução e determinando o que for necessário à regularização de faltas ou defeitos observados, informará seus superiores, em tempo hábil para a adoção das medidas convenientes, a situação que demandar decisão ou providência que ultrapasse sua competência, o fiscal será auxiliado pelos órgãos de assessoramento jurídico e de controle interno da Administração, que deverão dirimir dúvidas e subsidiá-lo com informações relevantes para prevenir riscos na execução contratual.
9.2. A responsabilidade pela fiscalização desta ata de registro **(Portaria nº 47 de 05 de junho de 2023)**:
9.2.1. FISCALIZAÇÃO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS SECRETARIADA SAÚDE
Contato: 3711-1430
Nome: Bruna de Fátima Nogueira Coelho
Cargo: Coordenação da Atenção Básica
CPF: 341722378-43
E-mail: bruna.coelho@avare.sp.gov.br
9.2.2. FISCALIZAÇÃO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Contato: 3732-7144
Nome: Viviane Hakiko Hata Pagnoni
Cargo: Assistente técnico de departamento
CPF: 170.523.778-27
E-mail: viviane.hata@avare.sp.gov.br
9.2.3. FISCALIZAÇÃO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS CAISMA (CASA DA MULHER)
Contato: 3732-9330
Nome: Mariana Capelin Kagawa
Cargo: Enfermeira
CPF: 398.972.698-60
E-mail: mariana.capelin@avare.sp.gov.br
9.2.4. FISCALIZAÇÃO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS
Contato: 3711-2400
Nome: Vanda Corina do Carmo Lvison Nassif Avellar
Cargo: Enfermeira
CPF: 099.728.278-95
E-mail: vanda.nassif@avare.sp.gov.br
9.2.5. FISCALIZAÇÃO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS FARMÁCIA CAPS
Contato: 3732-0970
Nome: Alessandra Fernandes Braz

Cargo: Farmacêutica
CPF: nº 248.977.998-21
e-mail: alessandra.braz@avare.sp.gov.br

9.2.6. FISCALIZAÇÃO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS SETOR AMBULÂNCIA

Contato: 3732-5999
Nome: Normando Edgar Martins
Cargo: Chefe geral da frota da saúde – setor de ambulância
CPF: 110.689.898-23
E-mail: narmando.martins@avare.sp.gov.br

9.2.7. FISCALIZAÇÃO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS CEREST

Contato: 3732-7811
Nome: Luzia Adriana Chica
Cargo: Enfermeira do trabalho
CPF: 191.599.318-09
E-mail: adriana.chica@avare.sp.gov.br

9.2.8. FISCALIZAÇÃO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Contato: 3711-2402
Nome: Grasiele Viviane Henrique Vollet
Cargo: Enfermeira
CPF: 276.123.198-88
e-mail: grasiele.vollet@avare.sp.gov.br

9.2.9. FISCALIZAÇÃO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS PRONTO SOCORRO

Nome: Vanessa Ribeiro
Cargo: Farmacêutica substituta
CPF: nº 311.316.788-42
e-mail: vanessa.rebeiro@avare.sp.gov.br

9.3. Ao tomar conhecimento de qualquer irregularidade ou inadimplência por parte da CONTRATADA, a fiscalização deverá, de imediato, comunicar por escrito ao Gestor do órgão de administração da CONTRATANTE, que tomará as devidas providências, podendo acarretar a aplicação das sanções previstas em lei e no contrato.

9.5. A omissão, total ou parcial, da fiscalização não eximirá a CONTRATADA da integral responsabilidade pelos encargos ou serviços que são de sua competência .

9.6. Em caso de registrar inconformidades, a Secretaria Requisitante entrará em contato com o fornecedor para os ajustes ou correções dos produtos entregues e aguardar a resposta da Empresa no prazo máximo de 48 horas.

9.7. Não havendo retorno e/ou efetuação da correção por parte da Contratada, será encaminhado a Secretaria Requisitante, que encaminhará a documentação ao departamento de Licitação, que tomará as devidas providências.

9.8. A responsabilidade pela gestão desta ata de registro de preços será o Secretário Municipal de Saúde o Sr. Roslindo Wilson Machado, solicitante do objeto referente a esta licitação.

CLÁUSULA DÉCIMA – CANCELAMENTO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

10.1. Assegurado o contraditório e a ampla defesa, a empresa detentora terá seu Registro de Preços cancelado quando:

10.1.1. Descumprir as condições da Ata de Registro de Preços;

10.1.2. Não retirar a nota de empenho ou instrumento equivalente no prazo estabelecido pela Administração, sem justificativa aceitável;

10.1.3. Não aceitar reduzir o preço de contrato decorrente da ata, na hipótese deste se tornar superior àqueles praticados no mercado; ou
10.1.4. Sofrer as sanções previstas nos incisos III ou IV do caput do art. 156 da Lei nº 14.133/2021.
10.1.5. O cancelamento do registro de preços também poderá ocorrer por fato superveniente, decorrente de caso fortuito ou força maior, que prejudique o cumprimento da ata, devidamente comprovados e justificados:
I - Por razão de interesse público; ou
II – A pedido do fornecedor.
10.1.6. Os fornecedores incluídos na Ata de Registro de Preços estarão obrigados a fornecer, nas condições estabelecidas no ato convocatório, respectivos anexos e na própria ata;
10.1.7. Os pedidos de fornecimento ocorrerão de acordo com as necessidades da **Secretaria Municipal de Saúde,** por meio da emissão de **Autorização de Fornecimento**.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA VINCULAÇÃO AO EDITAL
Este termo contratual fica vinculado ao edital de licitações referente ao **Pregão Eletrônico n° 172/2023 – Processo n° 256/2023.**

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA GARANTIA E/OU VALIDADE DO OBJETO
De no mínimo 12 (doze) meses ou conforme indicação do fabricante, a constar após o recebimento do produto no Almoxarifado da Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - OBRIGAÇÕES DA DETENTORA
13.1. Manter durante toda a vigência da ata compatibilidade com as obrigações por elas assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.
13.2. Arcar com as despesas de carga e descarga e de fretes referentes a entrega dos produtos, inclusive as decorrentes da devolução e reposição das mercadorias recusadas por não atenderem ao edital.
13.3. Responder por quaisquer danos causados ao Município ou a terceiros, oriundos de sua culpa ou dolo durante o fornecimento do objeto.
13.4. Atender a toda a legislação vigente (no âmbito federal, estadual e municipal), durante o fornecimento do objeto deste instrumento.
13.5. A Detentora obriga-se a fornecer objeto desta licitação, conforme especificações e condições estabelecidas neste Edital, em seus anexos e na proposta apresentada, prevalecendo, no caso de divergência, as especificações e condições estabelecidas neste Edital, principalmente no tocante à unidade de fornecimento e à marca indicada durante o certame licitatório, conforme condições estabelecidas neste Edital.
13.6. Em caso de descontinuidade, parada de produção, falta de insumos/matéria prima ou outra razão, a empresa deverá comunicar ao gestor da Ata, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, e encaminhar documento do fabricante confirmando a ausência do material no mercado.
13.7. A contratada deverá suprir a demanda substituindo os referidos materiais por outros de igual ou superior qualidade e manter todas as condições da proposta, inclusive quanto ao preço.
13.8. E em caso de eventuais defeitos nos produtos fornecidos, os mesmos deverão ser prontamente corrigidos pela Contratada e deverão ser substituídos por novos, sem ônus para a Contratante.
13.9. Demais obrigações conforme consta no Anexo I – Termo de Referência.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA COBRANÇA DA BOLSA DE LICITAÇÕES E LEILÕES DO BRASIL
A **BOLSA DE LICITAÇÕES E LEILÕES DO BRASIL** enviará o pedido de empenho para o Almoxarifado da respectiva Secretaria, que se compromete a encaminhar o relatório de empenho após o término do

contrato de Registro de Preços, com prazo de 30 (trinta) dias para o endereço de e-mail: **contasareceber@bll.org.br** Não havendo o envio da declaração sem comunicado breve, a BLL efetuará a cobrança de acordo com o valor adjudicado ou homologado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA UTILIZAÇÃO DA ATA

A Ata de Registro de Preços, durante sua vigência, poderá ser utilizada por qualquer Secretaria, Almoxarifado ou Departamentos da Administração que não tenha participado do certame licitatório, mediante prévia consulta ao órgão participante, desde que devidamente comprovada a vantagem.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DO CUMPRIMENTO DA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS - LEI 13.709/2018.

16.1. É vedado às partes a utilização de todo e qualquer dado pessoal repassado em decorrência da execução contratual para finalidade distinta daquela do objeto da contratação, sob pena de responsabilização administrativa, civil e criminal.

16.2. As partes se comprometem a manter sigilo e confidencialidade de todas as informações -em especiais os dados pessoais e os dados pessoais sensíveis - repassados em decorrência da execução contratual, em consonância com o disposto na Lei n°13.709/2018, sendo vedado o repasse das informações a outras empresas ou pessoas, salvo aquelas decorrentes de obrigações legais ou para viabilizar o cumprimento do instrumento contratual.

16.3. As partes responderão administrativa e judicialmente, em caso de causarem danos patrimoniais, morais, individual ou coletivo, aos titulares de dados pessoais, repassados em decorrência da execução contratual, por inobservância à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD.

16.4. Em atendimento ao disposto na Lei n°13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD, o CONTRATANTE, para execução de serviço objeto deste contrato, tem acesso aos dados pessoais dos representantes da CONTRATADA, tais como: número do CPF e do RG, endereço eletrônico, e cópia do documento de identificação.

16.5. A CONTRATADA declara que tem ciência da existência da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD, e, se comprometem a adequar todos os procedimentos internos ao disposto na legislação, com intuito de proteção de dados pessoais repassados pelo CONTRATANTE.

16.6. A CONTRATADA fica obrigada a comunicar ao CONTRATANTE, em até 24(vinte e quatro) horas, qualquer incidente de acessos não autorizados aos dados pessoais, situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito, bem como adotar as providências dispostas no art. 48 da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – CLÁUSULA DA ANTICORRUPÇÃO

Para a execução deste contrato nenhuma das partes poderá oferecer, dar ou se comprometer a dar, a quem quer que seja, ou aceitar, ou se comprometer a aceitar, de quem quer que seja, tanto por conta própria, quanto por intermédio de outrem, qualquer pagamento, doação, compensação, vantagens financeiras ou não financeiras ou ainda, benefícios de qualquer natureza que constitua prática ilegal ou de corrupção, seja de forma direta ou indireta quanto ao objeto deste contrato, ou de outra forma a ele não relacionado, conforme a Lei n° 2.216, de 22 de junho de 2.018, publicado em 22 de junho de 2.018.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DO FORO DE ELEIÇÃO

Fica eleito o Foro da Comarca de Avaré, para solução de qualquer pendência oriunda deste contrato, com renúncia a qualquer outra por mais privilegiada que seja.

E, por estarem certos e combinados, assinam o presente contrato em três vias de igual teor, para o mesmo fim junto com duas testemunhas no presente ato.

Prefeitura da Estância Turística de Avaré, aos __ de _____ de 2.023

ROSLINDO WILSON MACHADO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ

Testemunhas:

Nome_____ **Nome_____**
RG _____ **RG _____**

ANEXO 08 – ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR

Considerando que estudo técnico preliminar trata-se de documento constitutivo da primeira etapa do Planejamento de uma contratação que caracteriza o interesse público envolvido e a sua melhor solução e dá
Base ao anteprojeto, ao termo de referência ou ao projeto básico a serem elaborados caso se conclua pela
Viabilidade da contratação;

Considerando jurisprudência do Tribunal de Contas da União (Acórdão 1134/2017 – TCU – Segunda Câmara) e resposta em Parecer Consulta do Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo (Consulta n° 19/2020);

Sirvo-me do presente para apresentar Estudo Técnico Preliminar:

Descrição Sumária do Item:

1 – Descrição da necessidade da contratação, considerado o problema a ser resolvido sob a Perspectiva do interesse público:

A aquisição de materiais gráficos faz-se necessária devido à alta demanda das unidades básicas de saúde, Pronto Socorro Municipal, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e demais setores que compõem a Secretaria Municipal da Saúde.
Trata-se de material indispensável para o adequado funcionamento dos setores que prestam atendimento à população e garantir que esse atendimento não seja interrompido, uma vez que esses materiais são de fundamental importância para informação dos atendimentos, emissão de laudos, emissão de receitas, informes ao público entre outras ações que necessitam de registro físico.
A aquisição dos produtos gráficos garante e assegura a continuidade dos atendimentos prestados pela Secretaria Municipal da Saúde e deve ser garantido por meio de política que assegure o acesso da população ao objeto citado, oferecendo segurança, eficácia, qualidade e menor custo possível e permitindo a organização do serviço de saúde.
A aquisição de material gráfico é imprescindível para que os serviços prestados não sejam interrompidos, uma vez que todo atendimento prestado à população dentro dos setores da saúde, precisam ser registrados e documentados.

2 – Descrição dos requisitos necessários e suficientes à escolha da solução, prevendo critérios e Práticas de sustentabilidade;
(x) não aplica
() aplica, justifique:
Quais os requisitos necessários ao atendimento da necessidade?
Quais os padrões mínimos de qualidade, de forma a permitir a seleção da proposta mais vantajosa?
Esta contratação tem caráter continuado? Justifique.
Qual deverá ser a duração inicial do contrato? Justifique.

3 – Levantamento de mercado, que consiste na prospecção e análise das alternativas possíveis de

Soluções;
() não aplica
(x) aplica, justifique:
Planilha em anexo

4 – Descrição da solução como um todo;

Com a aquisição de materiais gráficos, o atendimento à população e garantia do correto funcionamento dos setores da saúde não será prejudicado e interrompido, uma vez que as ações da saúde demandam registro, sendo os materiais gráficos essenciais para execução com qualidade do atendimento prestado.

5 – Justificativas para o parcelamento ou não da solução, se aplicável;

O parcelamento da solução é a regra, devendo a licitação ser realizada por item, sempre que o Objeto for divisível, desde que se verifique não haver prejuízo para o conjunto da solução ou perda De economia de escala, visando propiciar a ampla participação de licitantes, que embora não Disponham de capacidade para execução da totalidade do objeto, possam fazê-lo com relação a Itens ou unidades autônomas.
A definição e o método para avaliar se o objeto é divisível, deve levar em consideração o mercado Fornecedor, podendo ser parcelado caso a contratação nesses moldes assegure, Concomitantemente:
Ser técnica e economicamente viável; Que não haverá perda de escala; e Que haverá melhor Aproveitamento do mercado e ampliação da competitividade.
Com base nos estudos acima, a licitação será dividida em lotes ou em itens separados? Justifique.

6 – Contratações correlatas e/ou interdependentes;
() não aplica
(x) aplica, justifique:
Ultima ata registrada em 2022 – Pregão Eletrônico nº 048/22 – Processo nº 075/22.

7 – Demonstração do alinhamento entre a contratação e o planejamento;
Não se aplica, no pressente momento não estamos usando o PAC.

8 – Resultados pretendidos;
() não aplica
(x) aplica, justifique:
Adquirir material gráfico para garantia do correto funcionamento dos fluxos de atendimentos estabelecidos nos setores da saúde.

9 – Providências a serem adotadas;
(x) não aplica
() aplica, justifique:
Inclusive quanto à capacitação de servidores ou de empregados para fiscalização e gestão Contratual ou adequação do ambiente da organização;

10-Possíveis impactos ambientais e respectivas medidas de tratamento;
(x) não aplica
() aplica, justifique:

11 – Posicionamento conclusivo sobre a viabilidade e razoabilidade da contratação;

Declaro para todos os fins que com base no Estudo Técnico Preliminar que esta contratação encontra-se:
Viável

Avaré, 05 de Junho de 2023

_____
Bruna de Fátima Nogueira Coelho
Responsável pela elaboração do Estudo Técnico Preliminar

_____
Assinatura do Prefeito/Secretário

_____
Assinatura do Emissor

RAAT - RELATÓRIO DE ATENDIMENTO AO ACIDENTADO DO TRABALHO

CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Rua Rio de Janeiro 911 - CEP 18700-130 - Avaré / SP
TELEFONE: (14) 3732.7811 / E-mail: cerest@avare.sp.gov.br

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: _____

PORTADOR DE CAT ☐ SIM ☐ NÃO

ACIDENTADO:

NOME:_____ OCUPAÇÃO_____

IDADE:____ anos SEXO: ☐ M ☐ F ESCOLARIDADE: ☐ analfabeto ☐ fundamental ☐ médio ☐ superior

ENDEREÇO:_____ Nº:_____ CIDADE:_____

FONE:_____ OBSERVAÇÃO:_____

RELAÇÃO DE TRABALHO:

☐ Proprietário ☐ Empregada(o) doméstica(o) ☐ Trabalhador rural registrado

☐ Empregado registrado (CLT) ☐ Autônomo ☐ Trabalhador rural sem registro

☐ Empregado sem registro ☐ Profissional liberal ☐ Meeiro - arrendatário

☐ Funcionário público estatutário ☐ Cooperado ☐ Trabalhador rural cooperado

☐ Outros (especificar)_____

EMPRESA:_____ PRODUTO OU SERVIÇO:_____

END. EMPRESA:_____ FONE:_____

ACIDENTE: **DATA**____/____/____ **HORA:**____:____

TIPO DE ACIDENTE:

☐ TÍPICO ☐ DE TRAJETO ☐ DOENÇA OCUPACIONAL

LOCAL DO ACIDENTE:

☐ Empresa ☐ Via pública urbana ☐ Rodovia ☐ Área rural

☐ Outro (especificar)_____

LESÃO PROVOCADA POR:

☐ VEÍCULO DE TRANSPORTE ☐ EXPLOSÃO/INCÊNDIO/FOGO ☐ AGENTES QUÍMICOS/BIOLÓGICOS ☐ SUBSTÂNCIAS QUENTES

☐ QUEDA DE ALTURA ☐ MÁQUINAS/EQUIPAMENTOS ☐ AG. FÍSICOS (CALOR, RUÍDO, RADIAÇÃO) ☐ ESFORÇO FÍSICO / PESO

☐ QUEDA NO MESMO NÍVEL ☐ FERRAMENTAS MANUAIS ☐ ANIMAIS PEÇONHENTOS ☐ FATORES PSICOSSOCIAIS

☐ IMPACTO COM OBJETOS ☐ ELETRICIDADE ☐ OUTRO ANIMAIS (CAVALOS, PORCOS, ETC.) ☐ OUTROS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE _____

_____

_____

PARTES DO CORPO ATINGIDAS:

☐ CABEÇA ☐ OLHO ☐ PESCOÇO ☐ COLUNA ☐ TÓRAX ☐ COSTAS ☐ ABDÔMEM

☐ MEMBRO SUPERIOR ☐ MÃO ☐ MEMBRO INFERIOR ☐ PÉ ☐ POLITRAUMATISMO

ATESTADO MÉDICO

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO: _____ DATA: ___/___/___ HORA ____:____

Internação? 1. SIM☐ 2. NÃO ☐	**Duração provável do tratamento em dias** _____	**Afastamento SIM☐ NÃO ☐**

Descrição da natureza da lesão:

Diagnóstico provável	**CID - 10**

Observações

LOCAL_____ **DATA:**____/____/____

Assinatura e carimbo do médico➡ _____

ACIDENTE GRAVE OU FATAL: LIGAR OU ENVIAR POR FAX PARA: (14) 3732.7811

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
-Vigilância Sanitária Municipal-

652

TERMO	TRM
☐ APREENSÃO DE PRODUTO	☐ LIBERAÇÃO DE PRODUTO
☐ APREENSÃO DE EQUIPAMENTO	☐ LIBERAÇÃO DE EQUIPAMENTO
☐ INTERDIÇÃO DE PRODUTO	☐ LIBERAÇÃO DE ESTABELECIMENTO
☐ INTERDIÇÃO DE EQUIPAMENTO	☐ INUTILIZAÇÃO DE PRODUTO
☐ DEPÓSITO DO PRODUTO	

Aos_____dias do mês de_____de_____, às_____hs, eu _____, autoridade sanitária, credencial n° _____, **LAVRO ESTE TERMO** para a empresa (razão social) _____, CEVS n.°_____, CNPJ n.°_____ nome fantasia _____ estabelecida na (rua, av., etc.)_____, n.°_____, complemento_____, CEP _____, Município_____, fone (__)_____, fax (__)_____, e-mail:_____, com atividade(s) de_____, representada por/na pessoa de (nome e função)_____, _____ CPF n.°_____, residente na (rua, av., etc.) _____ n.°_____, complemento_____, Município _____, _____ tel. (__)_____, e-mail _____, conforme consta do(a) _____

Data ____/____/____	Ciente ____/____/____	_____
		Assinatura da 1.ª testemunha
_____	_____	RG_____
Assinatura da Autoridade Sanitária	**Assinatura do Autuado**	_____
	CPF_____	**Assinatura da 2.ª testemunha**
		RG_____

1.ª Via Branca Autuado - 2.ª Via Azul Processo - 3.ª Via Amarela Arquivo - 4.ª Via Rosa Outros Fins

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- Vigilância Sanitária Municipal -

883

AUTO DE INFRAÇÃO

AIF

Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ hs,
eu _____,
autoridade sanitária, credencial nº _____, verifiquei que a empresa (razão social)
_____,
CEVS nº _____ CNPJ nº _____,
nome de fantasia _____ estabelecida na
(rua, av., etc.) _____,
nº _____, complemento _____, CEP _____, Município _____,
fone ( ) _____, fax ( ) _____, e-mail _____,
com atividade(s) de _____,
representada por/na pessoa de (nome e função) _____,
CPF _____, incorreu em infração sanitária considerada de risco à saúde
(descreva detalhadamente no verso) _____

considerando o disposto no (s): _____

estando sujeito às penas capituladas no art. _____

1.ª Via Branca: Autuado - 2.ª Via Azul: Processo - 3.ª Via Amarela: Arquivo - 4.ª Via Rosa: Outros Fins

O infrator poderá oferecer defesa ou impugnação do auto de infração no prazo de 10 dias, contados a partir de sua ciência, conforme a Legislação Sanitária em vigor, Na ausência de defesa será lavrado o auto de imposição de penalidade.

_____/_____/_____	Ciente _____/_____/_____	_____
		Assinatura da 1ª testemunha
		RG _____
_____	_____	_____
Assinatura da Autoridade Sanitária	Assinatura do Autuado	Assinatura da 2ª testemunha
	CPF_____	RG _____

Rubricar a frente e inutilizar o espaço em branco.

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
-Vigilância Sanitária Municipal-

AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE		AIP 758
☐ ADVERTÊNCIA ☐ MULTA ☐ CANCELAMENTO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO ☐ APREENSÃO DE PRODUTO/EQUIPAMENTO ☐ SUSPENSÃO DE VENDA/FABRICAÇÃO DE PRODUTO/ATIVIDADE ☐ INUTILIZAÇÃO	☐ INTERDIÇÃO ☐ ESTABELECIMENTO ☐ PRODUTO ☐ EQUIPAMENTO	☐ TOTAL ☐ PARCIAL ☐ CAUTELAR ☐ TEMPORÁRIA ☐ DEFINITIVA

Aos_____dias do mês de_____de_____, às_____hs, eu _____, autoridade sanitária, credencial n° _____, verifiquei pelo AUTO DE INFRAÇÃO n.° _____, lavrado em_____/_____/_____, que a empresa (razão social)_____, _____, CNPJ n.°_____ nome fantasia _____ estabelecida na (rua, av., etc.)_____, n.°_____, complemento_____, CEP_____, Município_____, fone (__)_____, fax (__)_____, e-mail:_____, com atividade(s) de_____, representada por/na pessoa de (nome e função)_____, _____ CPF_____, residente na (rua, av., etc.) _____n.°_____, complemento_____, Município _____, _____tel. (__)_____, e-mail _____, incorreu em infração sanitária considerada de risco à saúde, conforme descrito no auto de infração acima citado.

Em caso de multa, anexar cópia do AIF (para o autuado)

Descrição da penalidade:_____

conforme o disposto no(s)_____

O infrator poderá apresentar recurso do auto de imposição de penalidade no prazo de 10 dias. A não apresentação de recurso implica a necessidade de pagamento de multa no mesmo prazo citado.

Data _____/_____/_____ _____ **Assinatura da Autoridade Sanitária**	Ciente _____/_____/_____ _____ **Assinatura do Autuado** CPF_____	_____ **Assinatura da 1.ª testemunha** RG_____ _____ **Assinatura da 2.ª testemunha** RG_____

1.ª Via Branca Autuado - 2.ª Via Azul Processo - 3.ª Via Amarela Arquivo - 4.ª Via Rosa Outros Fins

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- Vigilância Sanitária Municipal -

NOTIFICAÇÃO PARA RECOLHIMENTO DE MULTA	**AIF** Nº 405

Aos _____ dias do mês de _____ de _____, às _____ h, eu _____, autoridade sanitária, credencial n° _____, **NOTIFICO** a empresa (razão social) _____, CEVS n° _____, CNPJ n.° _____, nome fantasia _____, estabelecida na (rua, av., etc.) _____, n.° _____, complemento _____, CEP _____, Município _____, fone (__) _____, fax (__) _____, e-mail: _____, com atividade(s) de _____, representada por/na pessoa de (nome e função) _____, CPF _____, residente na (rua, av., etc.) _____, n.° _____, complemento _____, Município _____, tel. _____, e-mail _____, que lhe é concedido o prazo de 30 (trinta) dias, a partir da data do recebimento deste termo, para recolher ao órgão arrecadador competente, a importância de R$ _____ (_____), correspondente à multa que lhe foi imposta mediante **AUTO DE IMPOSIÇÃO DE PENALIDADE DE MULTA/AIP** n.° _____, lavrado em _____, por incorrer em infração sanitária considerada de risco à saúde, considerando o disposto no(s) _____, conforme consta do processo iniciado pelo AUTO DE INFRAÇÃO/AIF N.° _____ lavrado em _____

De acordo com a legislação vigente, a multa não recolhida dentro do prazo previsto será encaminhada para cobrança executiva.

Data ____/____/____	Ciente ____/____/____	_____
_____	_____	**Assinatura da 1.ª testemunha**
Assinatura da Autoridade Sanitária	**Assinatura do Autuado**	RG _____
	CPF _____	_____
		Assinatura da 2.ª testemunha
		RG _____

1.ª Via Branca: Autuado - 2.ª Via Azul: Processo - 3.ª Via Amarela: Arquivo - 4.ª Via Rosa: Outros Fins

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
-Vigilância Sanitária Municipal-

TERMO DE COLHEITA DE AMOSTRA	TCA 052

Aos _____dias do mês de _____ de _____, às _____h, eu _____, autoridade sanitária, credencial nº_____, COLHI AMOSTRA DO PRODUTO _____ _____ marca _____, lote _____, fabricado em ____/____/____ com validade até _____/_____/_____, registro no MS/MA/SAA_____, fabricado por (razão social do fabricante) _____, nome fantasia _____, CPF / CNPJ nº _____, estabelecida na (rua, av., etc.)_____, nº_____, complemento _____, CEP_____, município_____, detentor (razão social) _____ CPF / CNPJ nº_____, nome fantasia _____, estabelecida na (rua, av., etc.)_____, nº_____, complemento _____, CEP_____, município_____, representada por/na pessoa de (nome, função) _____, CPF_____

AMOSTRA COLHIDA : ☐ EM TRIPLICATA ☐ ÚNICA
Conforme o disposto no(s) _____

PARA: ☐ ANÁLISE FISCAL ☐ ANÁLISE PRÉVIA ☐ CONTROLE DE PRODUTO IMPORTADO
☐ CONTROLE ☐ OUTRA _____

COM O OBJETIVO DE :
☐ ATENDER PROGRAMA ☐ ATENDER DENÚNCIA ☐ INVESTIGAR SUSPEITA POR OCASIÃO DE INSPEÇÃO
☐ INVESTIGAR SURTO ☐ OUTRA _____

EXAME SOLICITADO:
☐ MICROSCÓPICO ☐ MICROBIOLÓGICO ☐ COMPOSIÇÃO DE PRODUTO
☐ FÍSICO-QUÍMICO ☐ OUTRO(S)_____

TEMPERATURA NO MOMENTO DA COLHEITA DE ____ºC (_____)
E PESO DA AMOSTRA _____

Descrever as condições de higiene do local: _____

As amostras foram colhidas, autenticadas e lacradas, como segue:

Amostra nº 1 - lacre nº _____

Amostra nº 2 - lacre nº _____

Amostra nº 3 - lacre nº _____

Uma amostra fica em poder do detentor, conforme disposto no (s) _____

Data _____/_____/_____	Ciente _____/_____/_____
_____ **Assinatura da Autoridade Sanitária**	_____ **Assinatura oo Autuado**
	CPF _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE AVARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

DEPENDÊNCIA: _____

UNIDADE: _____

INTERDITO

< ESTABELECIMENTO
SEÇÃO
PRODUTO
UTENSÍLIOS E OUTROS

De acordo com o _____

_____

_____

este(a) _____

_____

_____

está INTERDITADO(A).

_____, _____ de _____ de _____

_____
Assinatura da Autoridade Sanitária

_____
Nome Legível

NOTA — Este interdito só pode ser levantado mediante Têrmo de Liberação lavrado pela autoridade sanitária competente, sendo passível de multa e mais penas da lei quem o violar.

GrafilAr

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUCEN
SUPERINTENDÊNCIA DE CONTROLE DE ENDEMIAS

BOLETIM DE ATIVIDADES DE VIGILÂNCIA E CONTROLE

ATIVIDADES

- ☐ 1 - PONTO ESTRATÉGICO
- ☐ 2 - PESQ. DE ARMADILHAS
- ☐ 3 - DELIMITAÇÃO DE FOCO (CAD:_________)
- ☐ 4 - BLOQUEIO - CONTR. CRIAD.
- ☐ 5 - BLOQUEIO - NEBULIZAÇÃO
- ☐ 6 - ARRASTÃO
- ☐ 7 - IMÓVEIS ESPECIAIS
- ☐ 8 - CRIAD. ESPECÍFICOS__________
- ☐ 9 - CASA A CASA - ROTINA
- ☐ 10 - CASA A CASA - INTENSIFICAÇÃO
- ☐ 11 - OUTROS
- ☐ 12 - ADL

☐ ROTINA ☐ PENDÊNCIA ☐ DEMANDA FOLHA:__________/__________

MUNICÍPIO:______________________________CÓDIGO:____________________

ÁREA:______________SETOR:________________SETOR CENSITÁRIO:____________________

QUART:__________________EXECUÇÃO:__________________________DATA:______/______/__________

CAD OU Nº ORDEM	ENDEREÇO RUA, AVENIDA	NÚMERO COMPLEM.	SITUAÇÃO DO IMÓVEL TRAB.	PEND. F	D	T	P	R	RECIPIENTES TIPO	EXIST	COM ÁGUA	COM LARVA	CONTROLE MECÂNICO	TRATAMENTO QUÍMICO PROD. ALT.	FOCAL	PERI FOCAL	NEBULIZAÇÃO	AMOSTRA	LARVAS Exam	Ae aeg	Ae alb	PROGRAMA	RETORNO
TOTAL																							

TIPO DE RECIPIENTE

A - DEPÓSITO ELEVADO
1 - LIGADO À REDE
2 - NÃO LIGADO À REDE
B - DEPÓSITO NÃO ELEVADO
3 - LIGADO À REDE
4 - NÃO LIGADO À REDE
C - MÓVEIS
5 - VASO DE PLANTA NA ÁGUA
6 - VASOS DE PLANTA (DIVERSOS)
7 - PRATO / PINGADEIRA
8 - CONSUMO ANIMAL
9 - DEPÓSITO P/ CONSTRUÇÃO
10 - DEPÓSITO P/ HORTICULTURA
11 - PISCINA DESMONTÁVEL
12 - LATA, FRASCO, PLÁSTICO UTILIZÁVEIS
13 - GARRAFAS RETORNÁVEIS
14 - BALDE / REGADOR
15 - BANDEJA GELADEIRA / AR COND.
16 - MATERIAL DE CONSTRUÇÃO
17 - OUTROS
D - FIXOS
18 - RALO INTERNO
19 - RALO EXTERNO
20 - LAJE
21 - CALHA
22 - VASO SANITÁRIO / CX. DESCARGA
23 - PISCINA
24 - DEPÓSITO P/ CONSTRUÇÃO
25 - DEPÓSITO P/ HORTICULTURA
26 - CONSUMO ANIMAL
27 - OUTROS
E - PNEUS
28 - PNEU
29 - OUTROS CORRELATOS
F - PASSÍVEIS REMOÇÃO / ALTERAÇÃO
30 - LATA, FRASCO, PLÁSTICO
31 - GARRAFA DESCARTÁVEL
32 - LONA, ENCERADO, PLÁSTICO
33 - ENTULHO DE CONSTRUÇÃO
34 - PEÇAS / SUCATAS
35 - MASSEIRA
36 - BARCO
37 - OUTROS
G - NATURAIS
38 - OCO DE ÁRVORE E BAMBU
39 - BROMÉLIAS
40 - OUTROS

PENDÊNCIA
F - FECHADO
D - DESOCUPADO
T - TEMPORADA
P - PARCIAL
R - RECUSA

CAMPO

____
RESPONSÁVEL

____
VISTO

LABORATÓRIO

________/________/________
DATA

____
RESPONSÁVEL

NÚMEROS DE IMÓVEIS POSITIVOS

aegypti:____________________

albopictus:____________________

ambos:____________________

PRINCIPAIS

SINAIS E SINTOMAS

DENGUE

- FEBRE ALTA
- DOR ATRÁS DOS OLHOS
- DOR MUSCULAR INTENSA

CHIKUNGUNYA

- FEBRE ALTA
- DOR INTENSA NAS ARTICULAÇÕES QUE PODE CAUSAR LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS

ZIKA

- FEBRE BAIXA
- MANCHAS AVERMELHADAS PELO CORPO COM COCEIRA (EXANTEMA)
- INCHAÇO NAS ARTICULAÇÕES

QUEM APRESENTAR ESSES SINAIS E SINTOMAS, DEVE TOMAR MUITA ÁGUA, NÃO SE AUTOMEDICAR E PROCURAR UMA UNIDADE DE SAÚDE.

VOCÊ SABIA?

ELIMINAR OS CRIADOUROS POTENCIAIS DO MOSQUITO É A PRINCIPAL MEDIDA CONTRA AS TRÊS DOENÇAS

É IMPORTANTE PERMITIR E ACOMPANHAR A VISITA DO AGENTE NA SUA CASA

OS OVOS PODEM DURAR UM ANO E MEIO FORA DA ÁGUA

SÓ AS FÊMEAS PICAM AS PESSOAS. ELAS PRECISAM DE SANGUE PARA AMADURECER OS OVOS

Vigilância Sanitária de Avaré

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ

Secretaria Municipal da Saúde

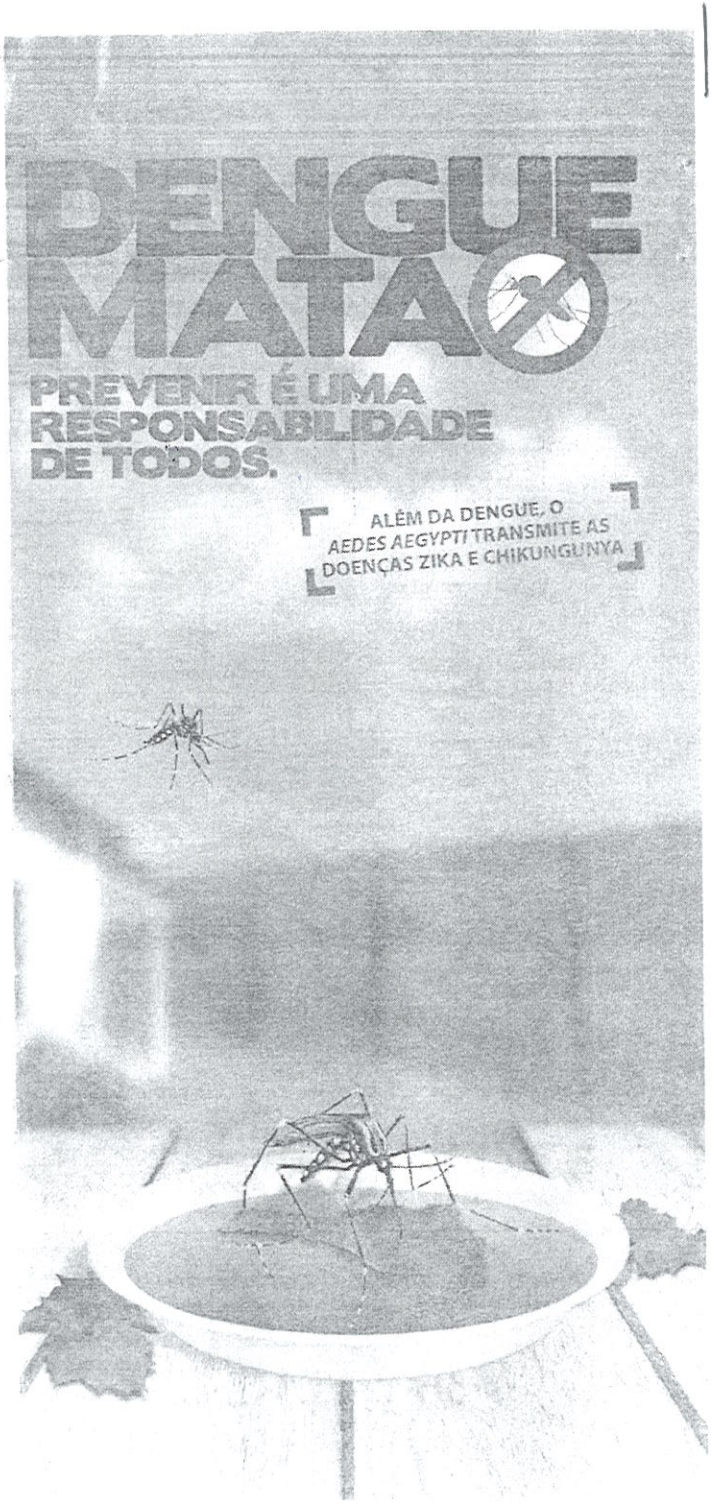
Vigilância Sanitária

Rua Paraíba, nº 1079 - Fone: (14) 3732-7144

DENGUE MATA

PREVENIR É UMA RESPONSABILIDADE DE TODOS.

ALÉM DA DENGUE, O *AEDES AEGYPTI* TRANSMITE AS DOENÇAS ZIKA E CHIKUNGUNYA



PERIGO TRIPLO

O mosquito *Aedes aegypti* é transmissor de vírus que provocam três importantes doenças. A mais conhecida é a dengue, que atinge milhares de pessoas no país todos os anos.

Além da dengue, o mesmo mosquito pode transmitir a febre de chikungunya e a zika. Essas doenças foram introduzidas recentemente no Brasil, e já apresentam transmissão em diversos estados.

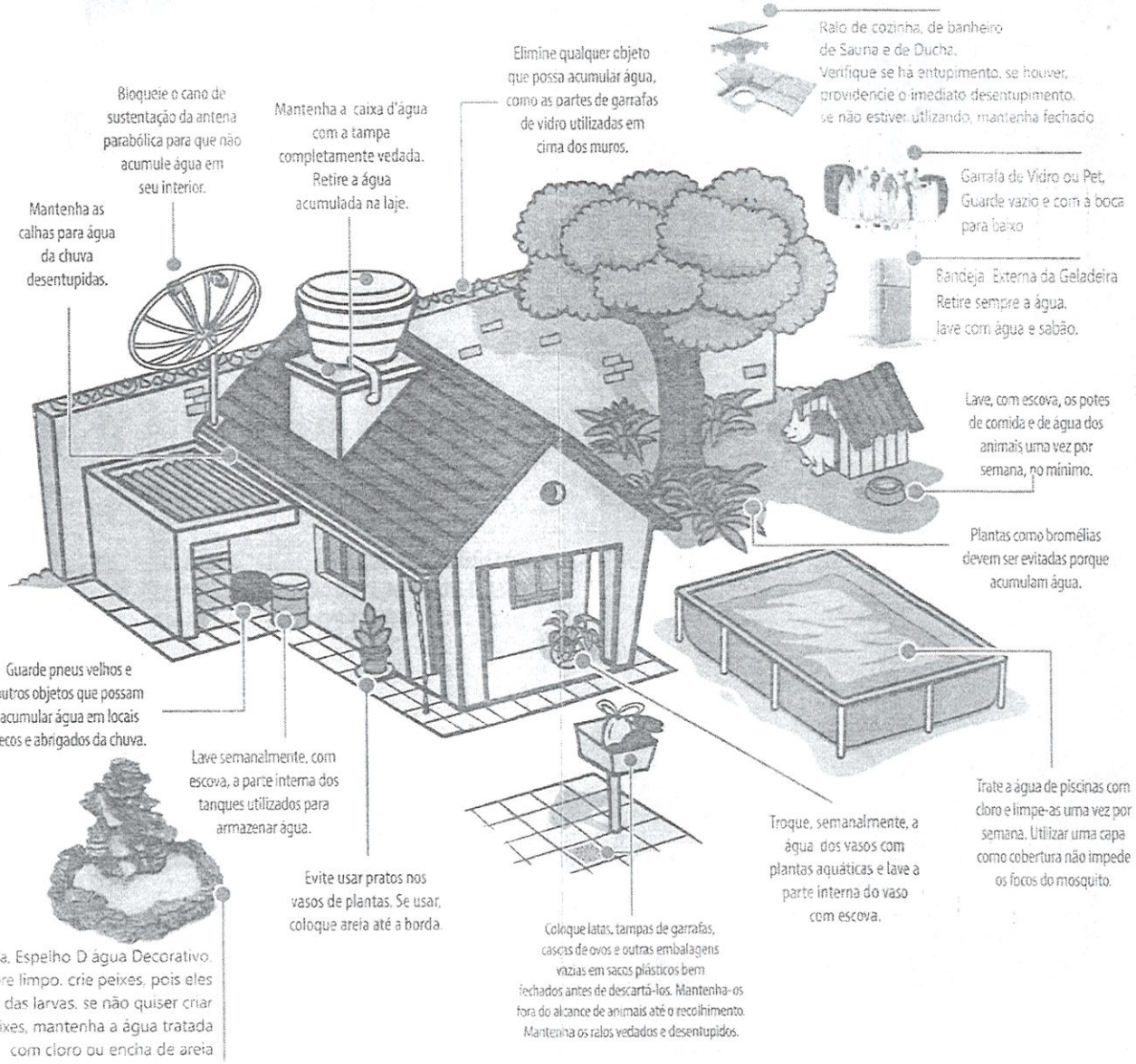
FIQUE ALERTA

A quantidade de criadouros com larvas de **Aedes aegypti** vem crescendo nos últimos anos, assim como o número de municípios infestados por esse mosquito.

A fêmea do mosquito **Aeds aegypti** deposita seus ovos nas paredes internas de recipientes que tenham água parada. Em contato com água, os ovos evoluem até se transformarem em mosquitos adultos. Quanto mais quente e úmido o clima, maior será a população de mosquitos.

OBSERVE O AMBIENTE QUE VOCÊ VIVE. ELIMINAR OS CRIADOUROS DO MOSQUITO AINDA É A MELHOR ESTRATÉGIA PARA EVITAR ESSAS DOENÇAS.

COMO ELIMINAR OS CRIADOUROS DO MOSQUITO



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
— Vigilância Sanitária Municipal —
(14) 3732-7144

PROVIDÊNCIAS

Razão Social: _____

Endereço: _____

Avaré, ____ de _____ de 20____.

_____
Autoridade Sanitária

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sivisa – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

AVALIAÇÃO FÍSICO FUNCIONAL DE PROJETO DE EDIFICAÇÃO DE ESTABELECIMENTO DE INTERESSSE DA SAÚDE
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE LAUDO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO - LTA

ANEXO 2 – PORTARIA CVS 10/2017

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS
PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. Nº PROTOCOLO
2. DATA PROTOCOLO
3. Nº PROCESSO DE ORIGEM

II – SOLICITAÇÃO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO - TIPO DE PROJETO DE EDIFICAÇÃO A SER AVALIADO:
   - ○ CONSTRUÇÃO NOVA
   - ○ AMPLIAÇÃO, REFORMA E OU ADAPTAÇÃO
5. Nº CEVS – Registre o número do Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária, no caso de ampliação, reforma ou adaptação:

III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

6. CNPJ / CPF
7. RAZÃO SOCIAL / NOME
8. NOME FANTASIA

IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

9. CEP
10. TIPO LOGRADOURO
11. LOGRADOURO
12. Nº
13. COMPLEMENTO
14. BAIRRO
15. MUNICÍPIO

UF: SP

16. DISTRITO
17. COORDENADAS GEOGRÁFICAS: LONGITUDE: ° ' . " O LATITUDE: ° ' . " S
18. DDD / TELEFONE
19. DDD / FAX
20. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail)
21. ENDEREÇO PÁGINA WEB

V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

22. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA (CNAE)

CÓDIGO CNAE:

DESCRIÇÃO CNAE:

VI DOCUMENTOS
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

23. DOCUMENTOS ANEXADOS AO PROJETO – Assinale as opções abaixo e informe a respectiva solicitação:

JOGOS DE PLANTAS – Nº Folhas

MEMORIAL DE PROJETO – Nº Folhas

MEMORIAL DE ATIVIDADE – Nº Folhas

ART Nº RRT Nº

OUTROS – Especifique:

VII IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

24. RESPONSÁVEL LEGAL

CPF LOGRADOURO

Nº COMPLEMENTO BAIRRO CEP

UF: SP

MUNICÍPIO

DISTRITO ENDEREÇO ELETRÔNICO

DDD / TELEFONE DDD / FAX

25. RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO PROJETO

○ CREA ○ CAU Nº INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE UF:

CPF LOGRADOURO

Nº COMPLEMENTO BAIRRO CEP

UF: SP

MUNICÍPIO

DISTRITO ENDEREÇO ELETRÔNICO

DDD / TELEFONE DDD / FAX

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE
PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

DECLARAMOS QUE A EDIFICAÇÃO, OBJETO DESSA SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO, SERÁ CONSTRUÍDA, REFORMADA, AMPLIADA OU ADAPTADA DE ACORDO COM O DEFINIDO NO PRESENTE PROJETO, DE FORMA A GARANTIR AS CONDIÇÕES DE SALUBRIDADE EM TODOS OS AMBIENTES INTERNOS E SEU ENTORNO, CONFORME A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E DEMAIS NORMAS LEGAIS PERTINENTES.

ESTAMOS CIENTES DE QUE O NÃO CUMPRIMENTO DO ACIMA DECLARADO ACARRETARÁ NO INDEFERIMENTO DA SOLICITAÇÃO DO LICENCIAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE INTERESSE DA SAÚDE NO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMPETENTE.

POR SER VERDADE, FIRMAMOS A PRESENTE DECLARAÇÃO.

LOCAL DATA

ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL

ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS
PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. Nº PROTOCOLO
2. DATA PROTOCOLO
3. Nº PROCESSO DE ORIGEM

II – SOLICITAÇÃO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

4. OBJETO DA SOLICITAÇÃO
☐ ESTABELECIMENTO ☐ EQUIPAMENTO ☐ ESTABELECIMENTO COM EQUIPAMENTO

5. IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA — CÓDIGO DA ATIVIDADE: __ __ __ __ - __ / __ __
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: _____

6. ATRIBUTO DA ATIVIDADE ECONÔMICA – Assinale uma das alternativas abaixo e informe o solicitado:
☐ ALBERGANTE - Cód.: __ __ __
☐ ALBERGADO PRÓPRIO – CEVS PRÓPRIO - Cód.: __ __ __
☐ ALBERGADO TERCEIRIZADO - CNPJ Albergante: __ __ . __ __ __ . __ __ __ / __ __ __ __ - __ __

7. Nº CEVS __ __ __ __ __ __ __ __ __ - __ __ __ - __ __ __ __ __ __ - __ - __

8. TIPO DE SOLICITAÇÃO – Assinale uma das opções abaixo:
☐ LICENÇA SANITÁRIA INICIAL
☐ RENOVAÇÃO DE LICENÇA SANITÁRIA
☐ CANCELAMENTO DE LICENÇA SANITÁRIA
☐ ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale no item 9, as alterações correspondentes à esta solicitação.

9. TIPO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS – Assinale uma das opções abaixo:
☐ a. ENDEREÇO
☐ b. ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
☐ c. BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
☐ d. RESPONSABILIDADE LEGAL
☐ e. RAZÃO SOCIAL
☐ f.1. FUSÃO ou ☐ f.2. INCORPORAÇÃO ou ☐ f.3. CISÃO ou ☐ f.4. SUCESSÃO
REGISTRE O CNPJ ANTERIOR: __ __ . __ __ __ . __ __ __ / __ __ __ __ - __ __
☐ g. Nº E OU TIPO DE EQUIPAMENTO
☐ h. Nº DE LEITOS
☐ i. AMPLIAÇÃO/REDUÇÃO DE ATIVIDADE, CLASSE E OU CATEGORIA DE PRODUTO

III – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

10. NATUREZA JURÍDICA – Assinale uma das opções: ☐ PESSOA JURÍDICA ☐ PESSOA FÍSICA
11. CNPJ / CPF
12. RAZÃO SOCIAL / NOME
13. NOME FANTASIA
14. INSCRIÇÃO MUNICIPAL
15. INSCRIÇÃO ESTADUAL

IV – LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

16. CEP

17. TIPO LOGRADOURO

18. LOGRADOURO

19. Nº

20. COMPLEMENTO

21. BAIRRO

22. MUNICÍPIO

UF: SP

23. DISTRITO

24. COORDENADAS GEOGRÁFICAS: LONGITUDE: __ º __ ' __ . __ " N __ º __ ' __ . __ " S

25. TELEFONE

26. CELULAR

27. ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail)

28. ENDEREÇO PÁGINA WEB

V – CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

29. TIPO – Assinale uma das opções abaixo:
☐ MATRIZ / MANTENEDORA ☐ FILIAL / MANTIDO – Informe CNPJ da Matriz/Mantenedora: _____

30. ESFERA ADMINISTRATIVA – Assinale uma das opções abaixo:
☐ PRIVADO ☐ FEDERAL ☐ ESTADUAL ☐ MUNICIPAL

31. NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO – Assinale uma das opções:
☐ PESSOA FÍSICA ☐ EMPRESA PRIVADA ☐ EMPRESA DE ECONOMIA MISTA
☐ COOPERATIVA ☐ SINDICATO ☐ FUNDAÇÃO PRIVADA
☐ ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS ☐ SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO
☐ ADMINISTRAÇÃO DIRETA – SAÚDE ☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGAN. SOCIAL PÚBLICA
☐ ADMINISTRAÇÃO DIRETA – OUTRO ÓRGÃO ☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA
☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIA ☐ ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA

32. UNIDADE DE ENSINO E PESQUISA – Assinale uma das opções:
☐ UNIVERSITÁRIA ☐ ESCOLA SUPERIOR ISOLADA ☐ AUXILIAR DE ENSINO ☐ NÃO SE APLICA

33. TOTAL DE FUNCIONÁRIOS OU PROFISSIONAIS - Registre o número total de funcionários com formação superior, técnico, médio e elementar, segundo as condições apresentadas:
PRÓPRIOS COM VÍNCULO: _____ PRÓPRIOS AUTÔNOMOS: _____ TERCEIRIZADOS: _____

34. SERVIÇO DE RADIOMETRIA / TESTE DE QUALIDADE – Refere-se somente ao CNAE **8640-2/99**.
- Assinale uma das opções ao lado, conforme prestação do serviço: ☐ NÃO ☐ SIM para **Classe 1** ☐ SIM para **Classe 2**

- Para resposta **SIM**, assinale uma ou mais alternativas referentes ao tipo de equipamento, conforme classe assinalada:
☐ ODONTOLÓGICO INTRAORAL ☐ MÉDICO CONVENCIONAL SEM FLUOROSCOPIA ☐ MAMÓGRAFO
☐ ODONTOLÓGICO EXTRAORAL ☐ MÉDICO CONVENCIONAL COM FLUOROSCOPIA ☐ TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO

35. TRANSPORTE DE ÁGUA – Refere-se somente ao CNAE **3600-6/02**: ☐ CONSUMO HUMANO ☐ REUSO

36. TRANSPORTADORA – Refere-se somente aos CNAE **4930-2/01** e **4930-2/02** do Agrupamento 50, Subgrupo D, Grupo I.
– Assinale uma ou mais alternativas referentes ao tipo de produto objeto de transporte
☐ ALIMENTO E ÁGUA PARA TRABALHADORES ☐ MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO
☐ SANGUE E HEMOCOMPONENTES - AMOSTRA DE SANGUE DE DOADORES, BOLSAS DE SANGUE E HEMOCMPONENTES
☐ PRODUTOS RELACIONADOS À SAÚDE - Assinale um ou mais códigos das Classes de Produtos referentes aos tipos de produtos transportados (Quadro 3).
☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 12 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 20

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO V – PORTARIA CVS 01/2020

SOLICITAÇÃO DE ATOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

VI – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS: LEGAL E TÉCNICOS
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

37. RESPONSÁVEL LEGAL: _____
_____ CPF: ___.___.___-__
CBO – Registre código e descrição: _____ - _____

38. RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL: _____
_____ CPF: ___.___.___-__
CONSELHO PROFISSIONAL: _____ UF: ___ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO – Registre código e descrição: _____ - _____

39. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 01: _____
_____ CPF: ___.___.___-__
CONSELHO PROFISSIONAL: _____ UF: ___ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO – Registre código e descrição: _____ - _____

40. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 02: _____
_____ CPF: ___.___.___-__
CONSELHO PROFISSIONAL: _____ UF: ___ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO – Registre código e descrição: _____ - _____

41. RESPONSÁVEL TÉCNICO SUBSTITUTO 03: _____
_____ CPF: ___.___.___-__
CONSELHO PROFISSIONAL: _____ UF: ___ Nº INSCRIÇÃO: _____
CBO – Registre código e descrição: _____ - _____

VII – ANEXOS
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

42. TOTAL DE PÁGINAS – Registre o número total de páginas dos Subanexos utilizados para complementação deste formulário:

Subanexo V.1. ATIVIDADES RELACIONADAS A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: ___ ___	Subanexo V.2. FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE: ___ ___	Subanexo V.3. ATIVIDADES RELACIONADAS A PRODUTOS DE INTERESSE DA SAÚDE: ___ ___

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE
PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

DECLARAMOS CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIMOS, CIVIL E CRIMINALMENTE, INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO E SEUS ANEXOS.

LOCAL	DATA	ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL
_____	__/__/__	_____

ASSIN. RESP. TÉCNICO PRINCIPAL	ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 01	ASSIN. RESP. TÉCNICO SUBSTITUTO 02
_____	_____	_____

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBANEXO V.2 – PORTARIA CVS 01/2020

FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E EQUIPAMENTOS DE INTERESSE DA SAÚDE

I - INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS
PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. Nº PROTOCOLO
2. DATA PROTOCOLO
3. Nº PROCESSO DE ORIGEM

II – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE
CONFORME REGISTRADO NO ANEXO V QUE ACOMPANHA ESTE FORMULÁRIO

4. Nº CEVS
5. CNPJ / CPF
6. RAZÃO SOCIAL / NOME
7. NOME FANTASIA

III – CARACTERIZAÇÃO DAS FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E DOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE
PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE
CONSULTAR ANEXO II "FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE" E INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

EQ.1. CÓD.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

EQ.2. CÓD.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

EQ.3. CÓD.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

EQ.4. CÓD.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

EQ.5. CÓD.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

EQ.6. CÓD.: _____ Nº CEVS: _____
CARACTERÍSTICAS: A: _____ C: _____
B: _____ D: _____

IV – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO POR EQUIPAMENTO

PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

RT.A. NOME.: _____

CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: ____ Nº INSCRIÇÃO: _____

CBO: _____

RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | SUBSTITUTO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

RT.B. NOME.: _____

CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: ____ Nº INSCRIÇÃO: _____

CBO: _____

RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | SUBSTITUTO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

RT.C. NOME.: _____

CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: ____ Nº INSCRIÇÃO: _____

CBO: _____

RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | SUBSTITUTO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

RT.D. NOME.: _____

CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: ____ Nº INSCRIÇÃO: _____

CBO: _____

RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | SUBSTITUTO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

RT.E. NOME.: _____

CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: ____ Nº INSCRIÇÃO: _____

CBO: _____

RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | SUBSTITUTO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

RT.F. NOME.: _____

CPF: _____ CONS. PROFISSIONAL: _____ UF: ____ Nº INSCRIÇÃO: _____

CBO: _____

RT x EQUIPAMENTO: PRINCIPAL | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | SUBSTITUTO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

V – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

PREENCHIMENTO PELOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS

DECLARAMOS CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIMOS, CIVIL E CRIMINALMENTE, INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS.

_____ Local

__/__/__ Data

_____ Assin. RESP. LEGAL

_____ Assin. RESP. TÉCN. ESTAB.

_____ Assinatura RESP. TECN. A

_____ Assinatura RESP. TECN. B

_____ Assinatura RESP. TECN. C

_____ Assinatura RESP. TECN. D

_____ Assinatura RESP. TECN. E

_____ Assinatura RESP. TECN. F

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

FOLHA DE RECLAMAÇÃO

NOME:

RUA:

BAIRRO:

ASSINATURA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE AVARÉ

VISA - VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL

Nome:.....

.....

Atividade:.....

.....

Endereço:.....

.....

Data:.....

.....

PROTOCOLO

Proc. N.º _____

Repartição	Número

PREFEITURA MUNICIPAL DE AVARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

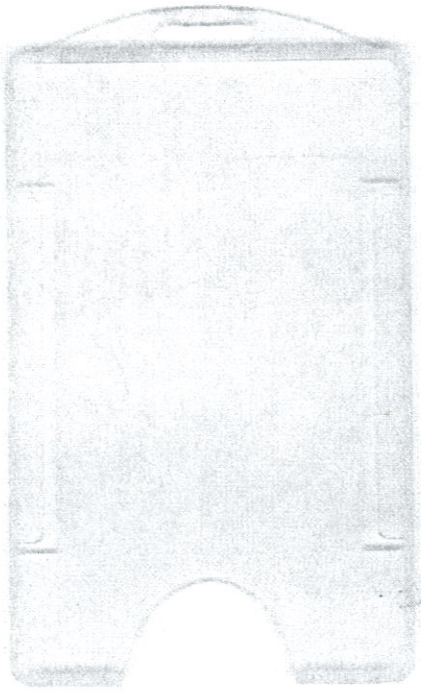
VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Amostra n.º_____

Termo de Colheita:_____
Lacre:_____
_____
Obs.:_____
_____
_____
_____
_____
_____

Produto:_____
_____
Apresentação:_____ Lote:_____
Apreendido para:_____
Dia_____de_____de 20_____às_____horas
Detentor:_____ Autoridade Sanitária:_____
Local da Colheita:_____
Fabricante do Produto:_____
Endereço:_____

Prefeitura Municipal
de Avaré
Vigilância Sanitária
Viviane
Agente de Saneamento e Vetores
5661



Nome completo:
Viviane Akiko Hata Pagnoni

RG:
19.309.948-2

CPF:
170.523.728-27

Os/as agentes / autoridades sanitárias, observados os preceitos constitucionais, tem livre acesso a todas as dependências dos estabelecimentos conforme legislações vigentes.
Lei Estadual nº 10.083/98
Lei Municipal nº 1.072/2008

5661

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

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

UF | CNES da Unidade de Saúde

Unidade de Saúde

Município | 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

Código do Município | Município

CEP | DDD | Telefone

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE: ☐ Analfabeto ☐ 1º Grau Incompleto ☐ 1º Grau Completo ☐ 2º Grau Completo ☐ 3º Grau Completo

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe do paciente preenchidos

DADOS DA ANAMNESE

1. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) 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 lembro

8. Teve ou teve algum sangramento após relações sexuais?
   (não considerar o primeira relação sexual na vida)
   ☐ Sim
   ☐ Não / Não sabe / Não lembro

9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?
   (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)
   ☐ Sim
   ☐ Não / Não sabe / Não lembro / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

10. Inspeção do colo
   ☐ Normal
   ☐ Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)
   ☐ Alterado
   ☐ Colo não visualizado

11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
   ☐ Sim
   ☐ Não

Data da coleta ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Coletor

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ do Laboratório

Nome do Laboratório

Número do Exame

Recebido em

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AVALIAÇÃO PRÉ ANALÍTICA

AMOSTRA REJEITADA POR:

- ☐ Ausência ou erro na identificação do lâmina, frasco ou formulário
- ☐ Lâmina danificada ou ausente
- ☐ Causas alheias ao laboratório; especificar: _____
- ☐ Outras causas, especificar: _____

TECIDOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:

- ☐ Escamoso
- ☐ Glandular
- ☐ Metaplásico

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL

- ☐ Satisfatório

Insatisfatório para avaliação oncótica devido a:

- ☐ Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
- ☐ Sangue em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Piócitos em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Artefatos de dessecamento em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Contaminantes exteriores em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
- ☐ Outros

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO

☐ DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE, NO MATERIAL EXAMINADO

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

- ☐ Inflamação
- ☐ Metaplasia escamosa imatura
- ☐ Reparação
- ☐ Atrofia com inflamação
- ☐ Radiação
- ☐ Outros; especificar: _____

MICROBIOLOGIA

- ☐ *Lactobacillus sp*
- ☐ *Cocos*
- ☐ *Sugestivo de Chlamydia sp*
- ☐ *Actinomyces sp*
- ☐ *Candida sp*
- ☐ *Trichomonas vaginalis*
- ☐ *Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes*
- ☐ *Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)*
- ☐ *Outros bacilos*
- ☐ *Outros; especificar:* _____

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

Escamosas:
- ☐ Possivelmente não neoplásicas
- ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

Glandulares
- ☐ Possivelmente não neoplásicas
- ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

De origem indefinida:
- ☐ Possivelmente não neoplásicas
- ☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

- ☐ Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo: displasia leve, efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
- ☐ Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo: displasia moderada, displasia severa, neoplasia intra-epitelial cervical graus II e III)
- ☐ Lesão intra epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
- ☐ Carcinoma epidermóide invasor

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

- ☐ Adenocarcinoma "in situ"
- Adenocarcinoma invasor:
  - ☐ Cervical
  - ☐ Endometrial
  - ☐ Sem outras especificações

- ☐ OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____
- ☐ PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: _____

Responsável pelo resultado

Data da liberação

CNPF (CPF)

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama

UF | Código da Unidade de Saúde (CNES)

Unidade de Saúde

Código Município | Município | Prontuário

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe do(a) paciente preenchidos

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS | Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

Nome Completo do(a) Paciente

Apelido do(a) Paciente

Nome Completo da Mãe

Identidade | Órgão Emissor | UF | CNPF (CPF)

Data de Nascimento / / | Idade | Cor/Raça ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena

Dados Residenciais

Logradouro

Número | Complemento

Bairro | UF

Código Município | Município

CEP | DDD | Telefone

Ponto de Referência

Escolaridade

☐ Analfabeta ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?

☐ Sim, mama direita
☐ Sim, mama esquerda
☐ Não

2 - Apresenta risco elevado* para câncer de mama?

☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?

☐ Sim
☐ Nunca foram examinadas anteriormente

4 - Fez mamografia alguma vez?

☐ Sim. Quando fez a última mamografia?
☐ Não
☐ Não sabe

* Risco elevado são:
Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:
- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
- câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;

Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*.

nº

INDICAÇÃO CLÍNICA

5 - Mamografia diagnóstica ☐ Mama esquerda ☐ Mama direita ☐ Ambas

☐ 5a. Achados no exame clínico

Mama direita

☐ Lesão papilar — Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica

Nódulo:

Localização

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat ☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:

Localização

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat ☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

Mama esquerda

☐ Lesão papilar — Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica

Nódulo:

Localização

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat ☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:

Localização

☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat ☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

☐ 5b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐

☐ 5c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐

☐ 5d. Avaliação da resposta de QT neo-adjuvante

6 - ☐ Mamografia de rastreamento

Data de solicitação __/__/____

Examinador _____

Número do Exame: _____ Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

5 - Mamografia Diagnóstica

5a - Achados no exame clínico

Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supraclavicular)

5b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS®)

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna

5c - Lesão com diagnóstico de câncer

Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, mas antes do tratamento

5d - Avaliação de resposta à quimioterapia neo-adjuvante

Mamografia realizada após a quimioterapia neo-adjuvante, para avaliação da resposta

6 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos ou maiores de 35 anos com histórico familiar de câncer de mama. Atenção: mastalgia não é sinal de câncer de mama

Localiação

QSL - *Quadrante superior lateral*
QIL - *Quadrante inferior lateral*
QSM - *Quadrante superior medial*
QIM - *Quadrante inferior medial*
UQlat - *União dos quadrantes laterais*
UQsup - *União dos quadrantes superiores*
Uqint - *União dos quadrantes internos*
UQmed - *União dos quadrantes mediais*
RRA - *Região retroareolar*
RC - *região central (união de todos os quadrantes)*
PA - *Prolongamento axilar*
NR - *Não realizado*

REQUISIÇÃO DE EXAME HISTOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

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

UF

CNES da Unidade de Saúde

Unidade de Saúde

Município

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

Município

CEP

DDD

Telefone

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE: ☐ Analfabeto ☐ 1º Grau Incompleto ☐ 1º Grau Completo ☐ 2º Grau Completo ☐ 3º Grau Completo

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO DE ENCAMINHAMENTO

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

Escamosas: ☐ Possivelmente não neoplásicas
☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

Glandulares: ☐ Possivelmente não neoplásicas
☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

De origem indefinida: ☐ Possivelmente não neoplásicas
☐ Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS

☐ Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
☐ Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)
☐ Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
☐ Carcinoma epidermóide invasor

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES

☐ Adenocarcinoma "in situ"
Adenocarcinoma invasor: ☐ Cervical
☐ Endometrial
☐ Sem outras especificações

☐ Outros diagnósticos citopatológicos. Quais?

INFORMAÇÕES DA COLPOSCOPIA DO COLO DO ÚTERO

1. COLPOSCOPIA

☐ NORMAL
☐ ANORMAL ☐ Sugestiva de NIC
☐ Sugestiva de invasão
☐ INSATISFATÓRIA

2. PROCEDIMENTO

☐ Biópsia a frio
☐ Curetagem endocervical
☐ CAF ☐ Exérese alargada da zona de transformação
☐ Retirada de canal
☐ Biópsia

Informações adicionais para o patologista

Data do exame

Médico responsável

ATENÇÃO - Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe do paciente preenchidos

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ do Laboratório

Número do Exame

Nome do Laboratório

Recebido em: / /

RESULTADO DO EXAME HISTOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Tipo de procedimento cirúrgico

☐ Biópsia ☐ Conização ☐ Histerectomia Simples ☐ Pan-histerectomia ☐ Outros

MACROSCOPIA

Tipo de material recebido:

☐ Biópsia, número de fragmentos

☐ Peça cirúrgica, tamanho do tumor x cm

distância da margem mais próxima

localização do tumor: ☐ Ectocérvice ☐ Endocérvice ☐ Junção escamo-colunar

MICROSCOPIA

Lesões de caráter benigno

☐ Metaplasia Escamosa ☐ Cervicite crônica inespecífica

☐ Pólipo Endocervical ☐ Alterações citoarquiteturais compatíveis com ação viral (HPV)

Lesões de caráter neoplásico ou pré-neoplásico

☐ NIC I (displasia leve)

☐ NIC II (displasia moderada)

☐ NIC III (displasia acentuada / carcinoma in situ)

☐ Carcinoma epidermóide microinvasivo

☐ Carcinoma epidermóide invasivo

☐ Carcinoma epidermóide, impossível avaliar presença de nível de invasão

☐ Carcinoma verrucoso

☐ Carcinoma epidermóide não-ceratinizante

☐ Adenocarcinoma in situ

☐ Adenocarcinoma mucinoso

☐ Adenocarcinoma viloglandular

☐ Outros neoplasias malignas

Grau de diferenciação

☐ Não se aplica ☐ Bem diferenciado (Grau I) ☐ Moderadamente diferenciado (Grau II)

☐ Pouco diferenciado (Grau III) ☐ Indiferenciado (Grau IV)

Dados em relação à extensão do tumor:

Infiltração

Profundidade da invasão mm

Vascular ☐ Sim ☐ Não Corpo uterino ☐ Sim ☐ Não

Peri-neural ☐ Sim ☐ Não Vagina ☐ Sim ☐ Não

Parametrial ☐ Sim ☐ Não

Linfonodos regionais examinados e comprometidos

Margens cirúrgicas

☐ Livres ☐ Comprometidas ☐ Impossível de serem avaliados

Diagnóstico Descritivo

Controle de representação histológica ☐☐ Fragmentos ☐☐ Blocos

☐ Material insatisfatório por

Data da liberação do resultado / /

Médico responsável pelo resultado CRM CNPF (CPF)

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: CAISMA - CNES 6031657

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE:

6 - Nº DO PRONTUÁRIO:

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO: / /

9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [3]

10 - RAÇA/COR:

10.1 - ETNIA:

11 - NOME DA MÃE:

12 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL:

14 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:

19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

24 - CID 10 PRINCIPAL:

25 - CID 10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

29 - CLÍNICA:

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

31 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: / /

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - Nº DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

42 - CNPJ EMPRESA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

48 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

ATESTO que a segurada _____

_____,portadora da Carteira Profissional Nº_____, Série_____, deverá afastar-se do trabalho por um periodo de _____ semanas, a partir de _____/_____/_____. de conformidade com o que dispõe o parágrado 1º do Art. 392 da Consolidação das Leis do Trabalho e o Art. 3º do Decreto Nº 75207/75.

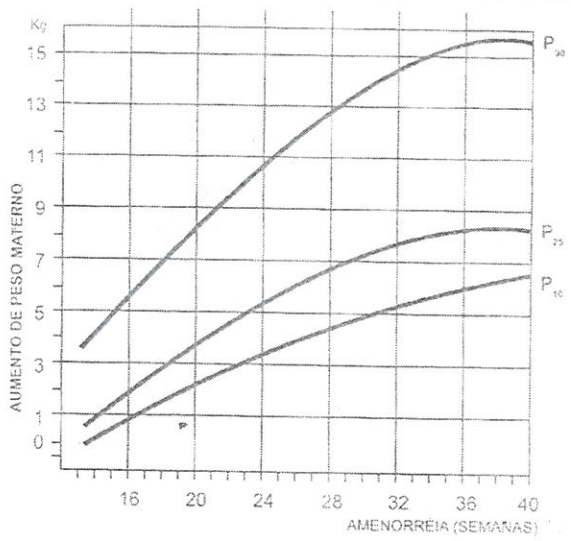
_____ Hospital PAM

_____ Local - Data

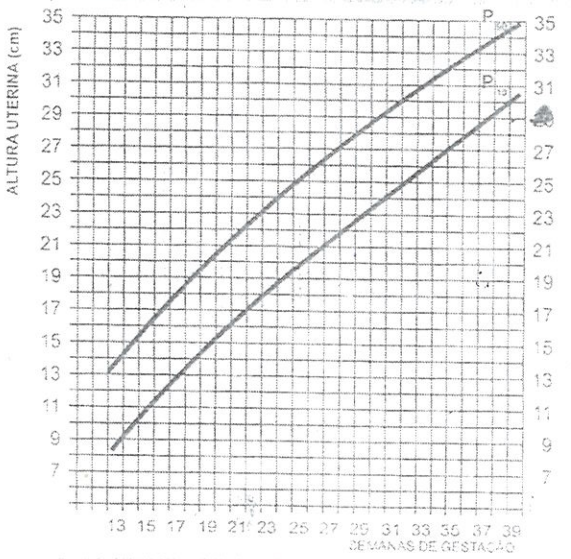
_____ Ass. Médico - Nº CRM

ATESTADO MÉDICO PARA GESTANTE

Curva de peso / idade gestacional



Curva altura uterina / idade gestacional



Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Orientação / Conduta
Hb-Ht					
ABO-RH					
Glicemia em Jejum					
TTGO 75g					
VDRL					
Anti HBC					
Anti HCV					
Hbsag					
Toxo IgG IgM					
Anti HIV					
Coombs Indireto					
Urina I					
Urocultura + ATG					
PPF					
Streptococo B					

Ultrassonografia				
Data	IG DUM	IG USG	Peso Fetal	Placenta	Líquido

CARTÃO DA GESTANTE

Nome: _____

Endereço: _____

_____

Município: _____ UF: _____

Nº do SISPRENATAL: _____

Prontuário: _____ Nº Cartão SUS: _____

AGENDAMENTO

Data	Hora	Nome do Profissional	Sala

Você precisa fazer no mínimo 6 consultas. É um direito seu!
Ande sempre com esta caderneta, cartão SUS e RG.
Em caso de emergência, vá para a Maternidade da Santa Casa de Avaré.

IDADE ANOS | Nº DE PRONTUÁRIO | ALFABETIZADA: SIM / NÃO | ESTUDOS: NENHUM / PRIMÁRIO / SECUNDÁRIO / UNIVERSITÁRIO | ANOS COMPLETOS | ESTADO CIVIL / UNIÃO: CASADA / ESTÁVEL / SOLTEIRA / OUTRO

MENOR DE 15 / MAIOR DE 35

ANTECEDENTES

FAMILIARES (SIM / NÃO): TUBERCULOSE, DIABETES, HIPERT. ART., MÁ FORMAÇÃO, OUTROS

PESSOAIS (SIM / NÃO): INFECÇÃO URINÁRIA, INFERTILIDADE, CARDIOPATIA, DIABETES, HIPERT. ART., CIRURG. PÉLV. UTERINA, MÁ FORMAÇÃO, OUTROS

OBSTÉTRICOS (Anotar o número de): GESTAÇÕES, ABORTOS, PARTOS, VAGINAIS, CESÁREAS, NASC. VIVOS, NASC. MORTOS, VIVEM, MORRERAM NA 1ª SEMANA, MORRERAM APÓS 1ª SEMANA, NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS

FIM DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO: MÊS / ANO — NÃO / SIM

AMAMENTAÇÃO: SIM / NÃO

GRAVIDEZ ATUAL

PESO ANTERIOR kg | ESTATURA | DUM / DPP: DIA / MÊS / ANO | DÚVIDAS: SIM / NÃO | ANTITETÂNICA PRÉVIA: SIM / NÃO — ATUAL: 1ª 2ª 3ª REFORÇO — MÊS GESTAÇÃO | HEPATITE B: 1ª 2ª 3ª | HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ: SIM / NÃO — DIAS | GRUPO: Rh, SENSIB.: SIM / NÃO

EX. CLÍNICO NORMAL: SIM / NÃO | EX. DAS MAMAS NORMAL: SIM / NÃO | EX. ODONTOLÓGICO NORMAL: SIM / NÃO | PÉLVIS NORMAL: SIM / NÃO | PAPANICOLAU NORMAL: SIM / NÃO | COLPOSCOPIA NORMAL: SIM / NÃO | EX. CLÍNICO CERVIX: SIM / NÃO | VDRL: – / + DIA / MÊS | FERRO: SIM / NÃO

CONSULTA Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DATA										

IG SEMANAS										
PESO (kg)										
IMC										
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg) / EDEMA (+ a 4+)										
ALTURA UTERINA (cm) / APRESENTAÇÃO										
BCF / MOV. FETAL	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ASS. DO PROFISSIONAL										

PARTO

HOSPITAL | IDADE GESTACIONAL — MENOR DE 17 OU MAIOR DE 42 | TAMANHO FETAL CORRESPONDE: SIM / NÃO | INÍCIO TP: ESP / IND | MEMBRANAS: INT / ROT | DATA RUPTURA: HORA / DIA / MÊS | CEF / PELV / TRAN

EXP / CES / FORC / OUT | HORA / MINUTO / DIA / MÊS / ANO | NÍVEL DE ATENÇÃO: 3º 2º 1º DOMIC OUTRO

EPISIOTOMIA: SIM / NÃO | DEQUIT. EXP: SIM / NÃO | MORTE FETAL: NÃO / SIM | ATENDIDA POR: MÉDIC / ENF. / PAR. AUX. / EMPIR. / OUTROS — PARTO / NEONATO

LACERAÇÃO: SIM / NÃO | PLACENTA COMPL: SIM / NÃO | MOMENTO: PARTO / GRAV / IGNOT

MEDICAÇÃO NO PARTO: ANALGÉSICO / ANESTESIA LOCAL / TRANQÜILIZANTE / ANESTESIA REGIONAL / ANTIBIÓTICO / ANESTESIA GERAL / OUTROS / OUTRO / NENHUM

PATOLOGIA NA GESTAÇÃO / PARTO / PUERPÉRIO: GRAVIDEZ MÚLTIPLA, HIPERTENSÃO PRÉVIA, PRÉ-ECLAMPSIA, ECLÂMPSIA, CARDIOPATIA, DIABETES, INFECÇÃO URINÁRIA, OUTRAS INFECÇÕES, PARASITOSE, AMEAÇA DE PARTO PREMATURO, DESPROPORÇÃO, HEMORRAGIA 1º TRIMESTRE, HEMORRAGIA 2º TRIMESTRE, HEMORRAGIA 3º TRIMESTRE, ANEMIA CRÔNICA, RUPTURA PREMAT. MEMBR., INFECÇÃO PUERPERAL, HEMORRAGIA PUERPERAL, OUTRAS, NENHUMA

RECÉM-NASCIDO

SEXO: F / M | VDRL: – / + | APGAR MINUTO: 1º 5º — 6 OU MENOS | REANIMAÇÃO: SIM / NÃO | PESO AO NASCER g — MENOS DE 2.500 g | IDADE POR EXAME FÍSICO Sem — MENOR DE 37 SEMANAS | PESO / IG: ADEQ / PEQUENO / GRANDE | EX. FÍSICO IMEDIATO: NORMAL / ANORMAL

ESTATURA cm | PER. CEF. cm | EXAME FÍSICO PRÉ-ALTA: NORMAL / ANORMAL | EXAME NEUROL.: NORMAL / ANORMAL / DUVIDOSO | PATOLOGIAS: M. HIALINA, S. ASPIRAT., OUTROS SDR, APNÉIAS, HEMORRAGIA, INFECÇÃO, NEUROL., HIPERBILI, A. CONG., OUTRA, NENHUMA

RN ALOJ. CONJ.: SIM / NÃO | ALTA DO RN: SADIO / C/ PATOL. / TRANSF. / ÓBITO | IDADE NA ALTA/TRANSFERÊNCIA: DIAS / HORAS | IDADE AO FALECER: DIAS / HORAS | ALIMENTAÇÃO: PEITO / MISTO / ARTIFIC.

PUERPÉRIO IMEDIATO

HORAS OU DIAS PÓS-PARTO OU ABORTO			
TEMPERATURA			
PULSO (BATIMENTOS / MINUTO)			
PRESSÃO ARTERIAL MÁX. / MIN. mmHg			
INVOL. UTERINA			
CARACTERÍSTICAS DOS LÓQUIOS			
VITAMINA A			

ALTA MATERNA: SADIA / TRANSFERIDA / C/ PATOLOGIA | MORTE MATERNA: GRAVIDEZ / PARTO / PUERPÉRIO | ORIENT. / CONTRACEPÇÃO: CONDOM, DIU, PÍLULA, OUTRO, LIGADURA, NENHUM

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ
ESTADO DE SÃO PAULO
CENTRO DE INTEGRAÇÃO À SAÚDE DA MULHER DE AVARÉ

Secretaria Municipal da Saúde

Curva de altura uterina / idade gestacional

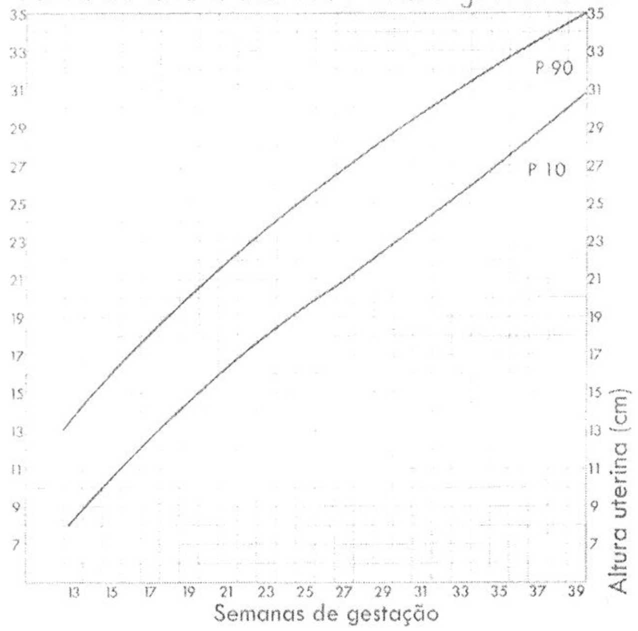
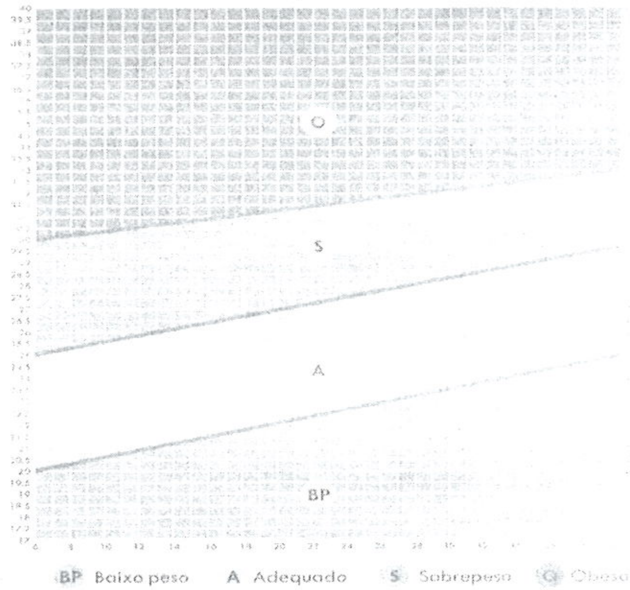


Gráfico de acompanhamento nutricional



Data

Queixa

IG - DUM/USG

Peso (kg) / IMC

Edema

Pressão arterial (mmHg)

Altura uterina (cm)

Apresentação fetal

BCF / Mov. fetal

Toque, se indicado

Exantema (presença ou relato)

Realizou visita à maternidade

SIM NÃO

Data

Participou de atividades educativas

SIM NÃO

Data

Data

Data

Parto e nascimento

Idade gest.
Semanas

Início trab. parto
Espontâneo
Induzido
Cesárea sem trab. parto

Terminação
Espontâneo
Cesárea
Fórceps/vácuo
Outros

Parto
NÃO SIM
Episiotomia
Laceração
Dequit. espont.

Medicação no parto
Anestesia local
Anestesia reg.
Tranq.
Ocitocina
Antibiótico

Recém-nascido

Semanas
Sexo Fem. Masc.
VDLR Neg. Posit.
Apgar 1° min. 5° min.
Reanimação NÃO SIM
Ex. físico imediato Normal Anormal
Peso Menor 2.500g Estatura

Alta materna
Sadia
Transf.
Com patol.
Gravidez

Alta recém-nascido
Sadio
Transf.
Com patol.
Fetal
Intraparto
Pós-parto

Patologias R.N.
Nenhuma
M. hial.
Apneias
Infecção
S. asp.
Hemorr.
Neurol.
Hiperb.

SUS

FICHA PERINATAL – Ambulatório

Unidade

Nome

Como quer ser chamada

Endereço

Cidade

Idade anos <15 anos >35 anos

Estado civil/união: Casada, Solteira, Estável, Outro

Instrução: Nenhuma, Fundamental, Médio, Superior

Peso anterior

Altura cm

Gravidez

Risco habitual / Alto risco

Gravidez planejada: SIM NÃO

DUM / /

DPP / /

DPP eco / /

Tipo de gravidez: Única, Gemelar, Tripla ou mais, Ignorada

Grupo: Rh + / Rh –

Sensibilizada: NÃO SIM

Dias

Transferida: NÃO SIM

Local

Data

Outros

Antecedentes familiares

NÃO SIM

Diabetes

Hipertensão arterial

Gemelar

Gestações

Gestas prévias

Abortos

3 ou + abortos

Ectópica

Bebê <2.500g

Bebê >4.500g

Pré-eclâmpsia

Eclâmpsia

Parto vaginal

Cesárea

2 cesáreas prévias

Nascidos vivos

Vivem

Morreram na 1ª semana

Nascidos mortos

Morreram depois da 1ª semana

Parto

Final da gestação anterior há 1 ano: NÃO SIM

Antecedentes clínicos

NÃO SIM

Diabetes

Infecção urinária

Infertilidade

Dific. amament.

Outros

NÃO SIM

Cardiopatia

Tromboembolismo

Hipertensão arterial

Outros

NÃO SIM

Cir. pélv. uterina

Cirurgia

Outros

NÃO SIM

Fumo (nº de cigarros)

Álcool

Outras drogas

Violência doméstica

HIV/Aids

Sífilis

Toxoplasmose

Infecção urinária

NÃO SIM

Anemia

Inc. istmocervical

Ameaça de parto premat.

Isoimunização Rh

Oligo/polidrâmnio

Rotura premat. de membrana

CIUR

Pós-datismo

Febre

Gestação atual

NÃO SIM

Hipertensão arterial

Pré-eclâmp./eclâmpsia

Cardiopatia

Diabetes gestacional

Uso de insulina

Hemorragia 1º trimestre

Hemorragia 2º trimestre

Hemorragia 3º trimestre

Exantema/rash cutâneo

Exames

Exames	Data	Resultado
ABO-RH		
Glicemia de Jejum		
Teste Oral Tolerân. Glic.		
Sífilis (teste rápido)		
VDRL		
HIV / Anti-HIV (teste rápido)		
Hepatite B-HBsAg		
Toxoplasmose		
Hemog. Hematócrito		
Urina-EAS		
Urina-Cultura		
Coombs Indireto		

Ultrassonografia

Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros
/ /						
/ /						

Malária

Sulfato ferroso

Ácido fólico

Vacina Influenza

Data / /

Deseja colocar DIU pós-parto na maternidade?

SIM NÃO

Data Resultado

Vacina antitetânica (dT)

Sem informação de imunização

Imunizada há menos de 5 anos

Imunizada há mais de 5 anos

1ª dose

2ª dose

Vacina dTpa

Vacina Hepatite B

Imunizada

1ª dose

2ª dose (1 mês após 1ª dose)

3ª dose (6 meses após 1ª dose)

Eletroforese de Hemoglobina

Padrão	AA
Heterozigose	AS
	AC
Homozigoze	SS
	SC

Tratamento de Sífilis

1ª dose / /

2ª dose / /

3ª dose / /

Centro de Saúde I de Avaré

ITEM 05 – RECEITUÁRIO OFTALMOLOGIA - PRESCRIÇÃO DE LENTES

SECRETARIA MUNICIPAL DE AVARE

Gestão Plena do Sistema Municipal
CENTRO DE SAÚDE – I
Rua Acre, 1281 – Avaré - SP

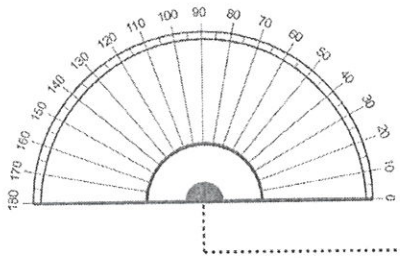
Oftalmologia

Para o(a) Sr. (a):_____

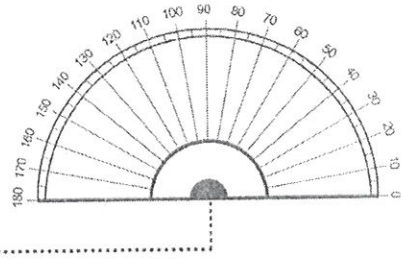
PRESCRIÇÃO DE LENTES

Direção do Eixo

O.D.



O.E.



		Esférico	Cilíndrico	Eixo	Prisma	Base	
P/ LONGE	O.D						
	O.E						mm
P/ PERTO	O.D						
	O.E						mm

Observações:_____

_____

_____

Data ____/ _____/_____ _____

È conveniente trazer os óculos para conferir

unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

HC FMB

Nº do Registro HC _____

Nome _____

Data de Nascimento ____/____/____ Naturalidade _____

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

Cor ☐ Branca ☐ Parda ☐ Negra ☐ Amarela ☐ Indígena

Nome da Mãe _____

Nome do Pai _____

Estado civil ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ União Estável ☐ Viúvo ☐ Separado ☐ Divorciado

RG _____ Órgão Emissor ____/____ Data de Expedição ____/____/____

CPF _____ CNS _____

Endereço _____ nº _____

Bairro _____ CEP _____

Fone Fixo ( ) _____ Fone Celular ( ) _____

Fone Comercial ( ) _____

Profissão _____ (Se aposentado, informar a profissão que exercia antes de se aposentar)

Grau de Instrução

☐ FUNDAMENTAL 1A A 4A COMPLETO
☐ FUNDAMENTAL 1A A 4A INCOMPLETO
☐ FUNDAMENTAL 5A A 8A COMPLETO
☐ FUNDAMENTAL 5A A 8A INCOMPLETO
☐ MEDIO (2º GRAU) COMPLETO
☐ MEDIO (2º GRAU) INCOMPLETO
☐ SUPERIOR COMPLETO
☐ SUPERIOR INCOMPLETO
☐ MESTRADO OU DOUTORADO
☐ NAO ALFABETIZADO
☐ NAO SABE/SEM DECLARACAO
☐ SOMENTE ALFABETIZADO

NOME DO CONJUGÉ:

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DIREÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE BAURU
R. QUINTINO BOCAIUVA, 5-45 – BAURU/SP.
FONE: (014) 3235 0155 – FAX: 3235 0221

FICHA DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
AO LAUDO DE EMISSÃO DE APAC
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

1) Resumo do tratamento já realizado:
_____
_____
_____
_____
_____

2) Qual(is) o(s) novo(s) elemento(s) Diagnóstico(s) provável(eis) a ser(em) fornecido(s) pelo exame solicitado ?
_____
_____
_____
_____
_____

3) Enunciar em que o(s) mesmo(s) possa(m) determinar modificação na conduta terapêutica e no prognóstico.
_____
_____
_____
_____
_____

4) Outras considerações eventualmente pertinentes e não cabíveis nos itens anteriores:
_____
_____
_____
_____
_____

5)Caráter:
( ) rotina ( ) urgência

Data:_____/_____/_____ _____
Carimbo e assinatura médico solicitante

****

CAMPO PARA USO EXCLUSIVO DA REGULAÇÃO:
Autorizado ( ) sim ( ) não
Ordem de acesso: ( ) urgência ( ) Prioridade ( ) rotina

_____
Carimbo e assinatura do Médico Regulador
DRS VI BAURU

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ/SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Regulação Municipal

NOME DO PACIENTE:_____

MEDICAÇÕES DE USO CONTINUO:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

DATA: ____/____/20___

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE - DRS VI BAURU
Rua Quintino Bocaiúva, 5-45, Bauru, S.P.
Fone: (14) 3235-0169 Fax: (14) 3235-0229

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO INICIAL DE CANDIDATOS À CIRURGIA BARIÁTRICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME COMPLETO | DATA DE NASCIMENTO / /

IDADE | SEXO ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Ignorado | RAÇA/COR ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Ignorado | ESTADO CIVIL

NOME DA MÃE E PAI

NOME DO CONJUGE

RG | ORGÃO EMISSOR | CPF | CNS | DDD E TELEFONE

ENDEREÇO | BAIRRO | CEP

PROFISSÃO | GRAU DE INSTRUÇÃO | NATURALIDADE | NACIONALIDADE

NOTA: Todos os dados deverão ser preenchidos corretamente, para que o presente formulário não seja devolvido por falta de dados.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME | CNES

ENDEREÇO | CIDADE/UF | DDD E TELEFONE

INFORMAÇÕES CLÍNICAS RELEVANTES

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

1. IMC (índice de massa corporal) igual ou maior do que 40 Kg/m2 (fórmula para cálculo do IMC = Peso / Altura2)
☐ Sim ☐ Não Qual IMC:_____

2. IMC igual ou maior do que 35 Kg/m2 associado à co-morbilidades (hipertensão arterial, diabete, dislipidemia, doenças articulares degenerativas, outras doenças determinadas pela obesidade):
☐ Sim - Quais: _____ ☐ Não

3. Evidência de insucesso no tratamento clínico realizado por, no mínimo, 2 anos:
☐ Sim ☐ Não

4. Garantia de apoio familiar em todas as etapas do tratamento:
☐ Sim ☐ Não ☐ Indeterminado

5. Compromisso com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastroenterológica, anestésica, laboratorial e por imagem:
☐ Sim ☐ Não ☐ Indeterminado

6. Compromisso consciente do paciente e parentes em participar de todas as etapas da programação:
☐ Sim ☐ Não ☐ Indeterminado

NOTA: Os três primeiros critérios qualificam a inclusão do paciente e os três últimos deverão ser reavaliados posteriormente, a não ser que haja evidência imediata clara de não cumprimento.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

1. Psicose:
☐ Sim ☐ Não

2. Tentativa prévia de suicídio:
☐ Sim ☐ Não

3. Bulimia:
☐ Sim ☐ Não

4. Dependência de álcool e outras drogas
☐ Sim ☐ Não

5. Doenças associadas que aumentam o risco cirúrgico:
☐ Sim ☐ Não

6. Idade menor do que 18 e maior do que 65 anos:
☐ Sim ☐ Não

7. Desajuste familiar impeditivo:
☐ Sim ☐ Não

NOTA: A evidência da presença de qualquer dos critérios acima exclui o paciente

ENCAMINHAMENTO

☐ Permanência/retorno à origem, para continuidade do tratamento clínico

☐ Agendar Consulta especializada (especificar o estabelecimento e data): _____

☐ Agendar consulta em Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave (especificar o hospital e data): _____

Nome do Médico Avaliador: _____ | Local (Cidade/UF): _____

CRM: _____ | Data: ___/___/___

Data do Encaminhamento: ___/___/___

Centro de Saúde I de Avaré
ITEM – PROTOCOLO DE REQUISIÇÕES

SECRETARIA MUNICIPAL
DA SAÚDE DE AVARÉ

CROSS

PROTOCOLO DE REQUISIÇÕES PARA AGENDAMENTO
DE EXAMES E CONSULTAS

Nome:_____

Exame e/ou consulta solicitada:_____

Profissional requisitante:_____

Unidade requisitante: _____

Data da requisição: _____/_____/_____

Informações sobre o exame e/ou consulta requisitada deverá ser apresentado este protocolo no Centro de Saúde - sala 33 – CROSS – das 7 às 12 hs – Fone: 3733-1271

Centro de Saúde I de Avaré
ITEM 🔵 – AGENDAMENTO RETORNO

CENTRO DE SAÚDE I

Nome: _____

Data da consulta____/_____/_____

Previsão para Retorno:
( ) 1 mês ( ) 2 meses ( ) 3 meses
( ) 6 meses ( ) _____

_____
assinatura e carimbo do médico

CENTRO DE SAÚDE I

Nome: _____

Data da consulta____/_____/_____

Previsão para Retorno:
( ) 1 mês ( ) 2 meses ( ) 3 meses
( ) 6 meses ( ) _____

_____
assinatura e carimbo do médico

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE BAURU
R. QUINTINO BOCAIUVA, 5-45 – BAURU/SP.

FORMULARIO DE SOLICITAÇÃO DE ETRONEUROMIOGRAFIA

UNIDADE DE SOLICITANTE:	CAP:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:		SEXO: ☐ MASC ☐ FEM
CNS:	IDENTIDADE:	DATA NASCIMENTO: / /
ENDEREÇO:		CEP:
BAIRRO:	MUNICÍPIO:	TELEFONE(S):

QUEIXA E TEMPO DE DOENÇA (ANOS/MESES/SEMANAS/DIAS):

ASSINALE AS ALTERAÇOES ENCONTRADAS:

EXISTE PASSADO DE: A) TRANSPOSIÇÃO DE TENDÃO: ☐SIM ☐NÃO B) ANASTOMOSE DE NERVO: ☐SIM ☐NÃO

DOR GENERALIZADA: ☐SIM ☐NÃO | DOR IRRADIADA: ☐SIM ☐NÃO

EM CASO DE DOR IRRADIADA: ☐TIPO RADICULAR ☐TIPO TRAJETO DE NERVO, QUAL NERVO? _____

QUAL A ALTERAÇÃO SENSITIVA? ☐ANESTESIA ☐HIPOESTESIA ☐DISESTESIA ☐EM LUVA ☐EM BOTA

A ALTERAÇÃO SENSITIVA SEGUE TRAJETO TIPO: ☐RADICULAR ☐TRAJETO DE NERVO, QUAL NERVO? _____

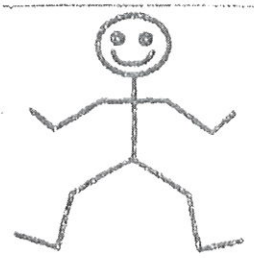
ATROFIA EM: ☐MSD ☐MSE ☐MID ☐MIE ☐PROXIMIAL ☐DISTAL ☐TENAR ☐HIPOTENAR ☐MÃO ☐PÉ

FRAQUEZA EM: ☐MSD ☐MSE ☐MID ☐MIE ☐PROXIMIAL ☐DISTAL

AVALIAÇÃO DE REFLEXO E FORÇA

LEGENDA:
PRESENTE: +
AUSENTE: -
AUMENTADO: ↑
DIMINUÍDO: ↓

REFLEXOS



FORÇA: I A V

SÍNDROMES: ☐CEREBELAR ☐PIRAMIDAL ☐EXTRAPIRAMIDAL ☐VEGETATIVA

NERVO CRANIANO ACOMETIDO: ☐I ☐II ☐III ☐IV ☐V ☐VI ☐VII ☐VIII ☐IX ☐X

PARALISIA FACIAL: ☐DIREITA ☐ESQUERDA ☐BILATERAL

SUSPEITA CLÍNICA:
A) POLINEUROPATIA: ☐HEREDITÁRIA ☐ADQUIRIDA
B) MONONEUROPATIA: ☐ÚNICA ☐MÚLTIPLA
C) ☐RADICULOPATIA
D) ☐PLEXOPATIA

PONTO DE COMPRESSÃO DO NERVO?:
☐RAIZ ☐DESFILADEIRO ☐COTOVELO ☐GOTEIRA DO RADIAL
☐PRONADOR ☐TÚNEL DO CARPO ☐CANAL DE GUYON
☐OCO POPLÍTEO ☐CABEÇA DA FÍBULA ☐TÚNEL DO TARSO
OUTROS: _____

EM CASO DE DNM, QUAL A SUSPEITA?
☐POLIOMIELITE ☐ATROFIA ESPINHAL ☐ELA
☐SÍNDROME DE ELA

EM CASO DE MIOPATIA, QUAL A SUSPEITA?
☐DISTROFIA ☐MIOTONIA ☐POLIMIOSITE ☐MIASTENIA
☐SÍNDROME MIASTÊNICA

EM CASO DE POLINEUROPATIA ADQUIRIDA, QUAL A SUSPEITA?
☐CIDP ☐GUILLAIN BARRÉ ☐CARENCIAL
☐METABÓLICA ☐DIABÉTICA ☐INFECCIOSA
☐OUTRAS, QUAIS?: _____

USO DE MEDICAÇÕES E EXAMES COMPLEMENTARES JÁ REALIZADOS:
_____
_____
_____

DOENÇAS PRÉVIAS OU COEXISTENTES:
☐DIABETES ☐HIPOTIREOIDISMO
☐HANSENÍASE ☐AMILOIDOSE
☐CARDIOPATIA, QUAL?: _____
☐OUTRAS, QUAIS?: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA: _____/_____/_____

Centro de Saúde I de Avaré

ITEM 25 – CARTELA VIVA LEITE

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ

Secretaria Municipal da Saúde

VIVALEITE

PROGRAMA VIVA LEITE

UNIDADE
MÊS
Nº. CARTELA

NOME:

1	2	3	4	5
6	7	8	9	10
11	12	13	14	15
16	17	18	19	20
21	22	23	24	25
26	27	28	29	30

Centro de Saúde I de Avaré

ITEM 8 – CONTROLE PROGRAMA NUTRIÇÃO (FRENTE E VERSO)

FRENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ/SP

Secretaria Municipal da Saúde de Avaré

PROGRAMA DE NUTRIÇÃO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

ENDERECO:

TELEFONE

DIETA / FÓRMULA / SUPLEMENTO	QUANT	DATA	ASSINATURA

VERSO

DIETA / FÓRMULA / SUPLEMENTO	QUANT	DATA	ASSINATURA

DIETA / FÓRMULA / SUPLEMENTO	QUANT	DATA	ASSINATURA

VERSO

DATA	SERINGA	FITA	LANCETA	ASSINATURA

FRENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ/SP

Secretaria Municipal da Saúde de Avaré

PROGRAMA INSULINO DEPENDENTE

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

ENDEREÇO:

TELEFONE

DATA	SERINGA	FITA	LANCETA	ASSINATURA

DATA	SERINGA	FITA	LANCETA	ASSINATURA

Centro de Saúde I de Avaré

ITEM 2 – CONTROLE PROGRAMA INSULINO DEPENDENTE (FRENTE E VERSO)

Centro de Saúde I de Avaré

ITEM [illegible] – CONTROLE HIPERTENSO E DIABÉTICO (FRENTE E VERSO)

FRENTE

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CONTROLE

HIPERTENSO E DIABÉTICO

NOME: _____

_____

DATA NASCIMENTO: _____

END.: _____

_____

FONE _____

MATRÍCULA: _____

VERSO

DATA	P.A.	HGT	ASS	DATA	P.A.	HGT	ASS

CAMPANHAS

CADERNETA DE VACINACAO CRIANCA 20/07/2020 MR COREL

GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

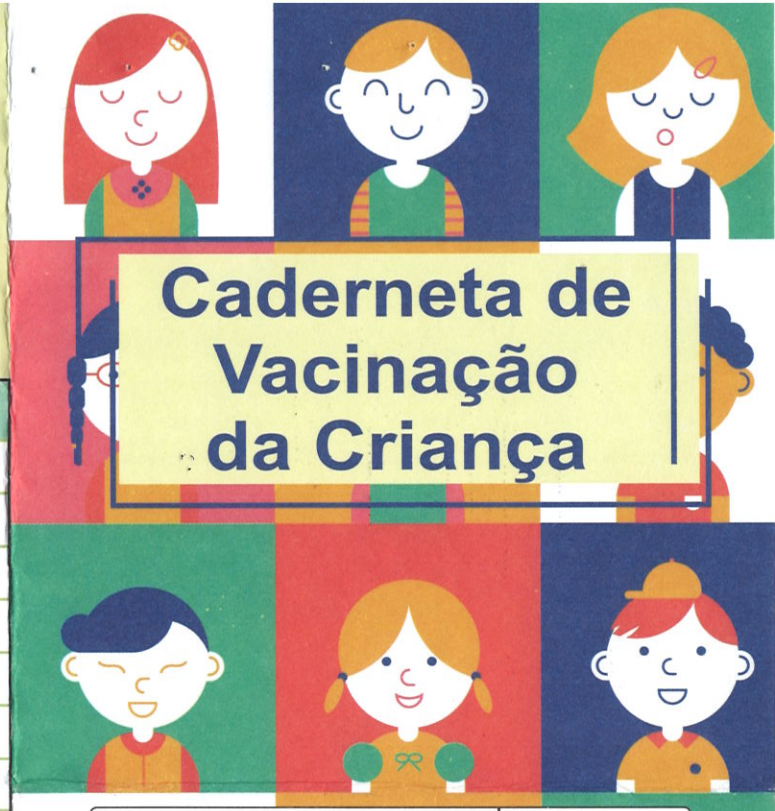
AGENDAMENTOS

Data	Atendimento	Data	Atendimento

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "Prof. Alexandre Vranjac"

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

SÃO PAULO GOVERNO DO ESTADO | Secretaria da Saúde



Caderneta de Vacinação da Criança

Unidade:	CNES:
Nome:	
CPF:	Código CNS:
Nome Mãe:	
DN:	
País:	Sexo: ☐ F ☐ M
Cidade:	UF:
End.:	Nº:
Complemento:	CEP:
Bairro:	
Telefone:	
E-mail:	

VACINAS RECOMENDADAS

1° DOSE | 2° DOSE | 3° DOSE | REFORÇO

BCG (Tuberculose)	Paralisia Infantil (VIP)	Penta (DTP+Hib+HepB)	Rotavírus	Pneumo 10 VAL	Meningo C
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Lote:	Lote:	Lote:	Lote:	Lote:	Lote:
Fabricante:	Fabricante:	Fabricante:	Fabricante:	Fabricante:	Fabricante:
Cód:	Cód:	Cód:	Cód:	Cód:	Cód:
Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
Rg Prof.:	Rg Prof.:	Rg Prof.:	Rg Prof.:	Rg Prof.:	Rg Prof.:
Hepatite B	**Paralisia Infantil (VIP)**	**Penta (DTP+Hib+HepB)**	**Rotavírus**	**Pneumo 10 VAL**	**Meningo C**
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Lote:	Lote:	Lote:	Lote:	Lote:	Lote:
Fabricante:	Fabricante:	Fabricante:	Fabricante:	Fabricante:	Fabricante:
Cód:	Cód:	Cód:	Cód:	Cód:	Cód:
Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
Rg Prof.:	Rg Prof.:	Rg Prof.:	Rg Prof.:	Rg Prof.:	Rg Prof.:
	Paralisia Infantil (VIP)	**Penta (DTP+Hib+HepB)**	**SCR**	**Pneumo 10 VAL**	**Meningo C**
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Lote:	Lote:	Lote:	Lote:	Lote:	Lote:
Fabricante:	Fabricante:	Fabricante:	Fabricante:	Fabricante:	Fabricante:
Cód:	Cód:	Cód:	Cód:	Cód:	Cód:
Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
Rg Prof.:	Rg Prof.:	Rg Prof.:	Rg Prof.:	Rg Prof.:	Rg Prof.:
	Paralisia Infantil (VOP)	**Dif/Tét/Coq (DTP)**	**SCR**	**Varicela**	**Hepatite A**
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Lote:	Lote:	Lote:	Lote:	Lote:	Lote:
Fabricante:	Fabricante:	Fabricante:	Fabricante:	Fabricante:	Fabricante:
Cód:	Cód:	Cód:	Cód:	Cód:	Cód:
Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
Rg	Rg	Rg Prof.:	Rg Prof.:	Rg Prof.:	Rg Prof.:
	Paralisia Infantil (VOP)	**Dif/Tét/Coq (DTP)**	**Tetraviral**	**Varicela**	
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
Lote:	Lote:	Lote:	Lote:	Lote:	Lote:
Fabricante:	Fabricante:	Fabricante:	Fabricante:	Fabricante:	Fabricante:
Cód:	Cód:	Cód:	Cód:	Cód:	Cód:
Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
Rg	Rg	Rg	Rg	Rg	Rg Prof.:

OUTRAS VACINAS / CAMPANHAS

Febre Amarela	Febre Amarela
Data:	Data:
Lote:	Lote:
Fabricante:	Fabricante:
Cód:	Cód:
Nome:	Nome:
Rg Prof.:	Rg Prof.:
Outras Vacinas/Campanha	
Data:	Data:
Lote:	Lote:
Fabricante:	Fabricante:
Cód:	Cód:
Nome:	Nome:
Rg Prof.:	Rg Prof.:
Data:	Data:
Lote:	Lote:
Fabricante:	Fabricante:
Cód:	Cód:
Nome:	Nome:
Rg Prof.:	Rg Prof.:
Data:	Data:
Lote:	Lote:
Fabricante:	Fabricante:
Cód:	Cód:
Nome:	Nome:
Rg Prof.:	Rg Prof.:
Data:	Data:
Lote:	Lote:
Fabricante:	Fabricante:
Cód:	Cód:
Nome:	Nome:
Rg Prof.:	Rg Prof.:

Observações:

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE AVARÉ

RECEITUÁRIO INTERNO DE CONTROLE ESPECIAL **BE** _____

PACIENTE:_____

PRESCRIÇÃO:_____

_____

DATA: ____/____/____ _____

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR

PREENCHIMENTO DA FARMÁCIA

ND HÓRUS

PACIENTE:_____

FUNCIONÁRIO

MEDICAÇÃO:_____QTD_____LOTE_____

MEDICAÇÃO:_____QTD_____LOTE_____

HORÁRIO_____

MEDICAÇÃO:_____QTD_____LOTE_____

MEDICAÇÃO:_____QTD_____LOTE_____

DATA / /

RECEITAS DE HORÁRIO

MEDICAÇÃO:_____QTD_____LOTE_____

HORÁRIO_____

DATA_____/_____/_____

ASS:

MEDICAÇÃO:_____QTD_____LOTE_____

HORÁRIO_____

DATA_____/_____/_____

ASS:

MEDICAÇÃO:_____QTD_____LOTE_____

HORÁRIO_____

DATA_____/_____/_____

ASS:

MEDICAÇÃO:_____QTD_____LOTE_____

HORÁRIO_____

DATA_____/_____/_____

ASS:

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

SÉRIE: 001/SGVS

UF 18. 569851 **B**

DATA ____/____/____

PACIENTE _____

_____

ENDEREÇO _____

_____

MEDICAMENTO _____

_____

_____

100 Tls. 50x1 - 18.569.311 a 18.574.310 - Aut. 138/22 - 11/2022

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

AV. MISAEL EUFRÁSIO LEAL, Nº 999
AVARÉ - SP

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

SÉRIE: 001/SGVS

UF 18. 569851 **B**

____ de _____ de _____ Paciente: _____

_____

Endereço: _____

_____

_____
Assinatura do Emitente

Medicamento ou Substância
Quantidade e Apresentação
Forma Farm. / Concent. P. / Unid. Pos
Posologia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Identidade nº _____ Órgão Emissor _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

_____ ____/____/____
Nome do Vendedor Data

DIGRAPEL - DISTRIBUIDORA DE PAPEL E GRÁFICA EIRELI - CNPJ 27.740.877/0001-75 100 Tls. 50x1 - 18.569.311 a 18.574.310 - Aut. 138/22 - 11/2022

ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Unidade: **RECEITUÁRIO**

Endereço:

1ª ( ) 2ª ( ) via

Nome do paciente: _____

Idade: _____ **Peso:** _____ **Sexo: F ( ) M ( )**

Endereço: _____

Avaré, _____/_____/_____ _____
Assinatura e Carimbo do prescritor

No âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, as prescrições médicas e odontológicas de medicamentos adotarão obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira (DCB - Lei federal nº 9.787, de 1999).

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR (Preenchido pela Farmácia)	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	_____
Endereço: _____	**Assinatura do Farmacêutico**
RG: _____	
Telefone: _____	**Data** _____/_____/_____

Modelo:
Medindo: 15 x 21 cm - tamanho A5

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR – D.E.S.S.

GEM Nº 40001

GUIA DE ENCAMINHAMENTO MÉDICO

Secretaria:_____

Nome do Servidor(a):_____ Idade:_____anos

Data de Admissão:____/____/____ Cargo Função:_____ Matrícula:_____

Local de Trabalho:_____

Telefones de Contato do Servidor(a):(___)_____/(___)_____

Encaminhado servidor(a) ao serviço Médico Pessoal

_____

Avaré ____/____/_____ Ass. Chefia Imediata

MOTIVO DA CONSULTA

☐ Licença Médica ☐ Término da Restrição ☐ Encaminhamento à Perícia

☐ Retorno ao Trabalho ☐ Acidente de Trabalho ☐ Outro

CONCLUSÃO

☐ Apto ao Trabalho ☐ Inapto ao Trabalho ☐ Apto com Restrição

Concessão de Licença Médica: ☐ Sim ☐ Não ⇨ CID:_____

Período:_____

Obs.:_____

_____

_____

Avaré ____/____/_____ CRM/CRO _____

Modelo:
Medindo 15 x 21 cm - tamanho A5

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

FICHA DE REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA (SADT)

NOME DA UNIDADE REQUISITANTE _____ CÓDIGO UNIDADE _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: MATRÍCULA _____ SEXO _____

NOME DO PACIENTE COMPLETO _____

DN _____ CPF _____

C.N.S. _____

FILIAÇÃO / MÃE _____

ENDEREÇO _____

CIDADE _____ CEP _____ TELEFONE _____

SUSPEITA CLÍNICA / CID _____

_____

_____

_____

EXAMES SOLICITADOS _____

_____

_____

_____

_____

_____

PROFISSIONAL SOLICITANTE / CARIMBO / DATA / ASSINATURA	AUTORIZAÇÃO / CARIMBO / DATA / ASSINATURA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE AVARÉ

Matrícula Nº _____

Nome: _____

_____

Telefone: _____

Data Nascimento: _____

C.N.S: _____

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE:_____

ATESTADO

ATESTO que _____

_____ portador da Carteira

Profissional Nº_____Série_____necessita

de_____(_____) dias

de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

CID.:_____

_____

Localidade e Data

_____

Assinatura do Profissional e Carimbo

SUDS - SP
Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo
SUDS / R- 21 AVARÉ

GUIA PARA REFERÊNCIA

1-

2- Da Unidade _____

3 - End. _____

_____ CEP _____

4 - Telefone _____

5 - Para _____

6 - Especialidade _____

7 - End. _____

8 - Data ___/___/___ 9 - Sala _____ 10 - Hora _____

11 - Nome do Paciente

12 - Nº Prontuário (Origem)

13 - Quadro Clínico

14 - Exames Realizados

15 - Diagnóstico(s)

16 - Conduta

17 - Motivo do Encaminhamento

26 - Assin. / Carimbo

19 - Data ____ / ____ / ____

SUDS - SP
Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo
SUDS / R- 21 AVARÉ

GUIA CONTRA-REFERÊNCIA

1-

21 - Do Serviço _____

22 - Especialidade _____

23 - Para _____

24 - Nome do Paciente

26 - Nº Prontuário (REF.)

25 - Diagnóstico(s) e Tratamento

27 - Orientação à Unidade de Origem

25 - Assin. / Carimbo

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE AVARÉ

Gestão Plena do Sistema Municipal - Avaré - Estado de São Paulo

MAPA DE CONSULTAS

CÓDIGO IBAIS/DS | NOME DA UNIDADE

FIP - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

MATRÍCULA DO PROFISSIONAL | ESPECIALIDADE/ ATIVIDADE | DATA DE ATENDIMENTO | TURNO / HORAS 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | QUANTIDADE DE FRA S | NOME DA FSP / ATIV | CARIMBO | DIGITADO: | DATA: | CONFERIDO: | FOLHA:

FRA - FICHA DE REGISTRO AMBULATORIAL

NOME DO PACIENTE	NÚMERO DE REGISTRO (PRONTUÁRIO)	IDADE 1-Dias 2-Meses 3-Anos 4-QTD	SEXO 1-MASC. 2-FEM.	TIPO CONS. 1-N.M. 2-P.N. 3-SQ	CID-1	CID-2	TIPO DE H.A. 1-LEVE 2-MODERADA 3-SEVERA 4-DIABETES	ESTADO NUTRICIONAL 1-GX PESO 1 2-SX PESO 2 3-ADEQUADO 4-SOB. PESO 1 5-SOB. PESO 2	PROCEDIMENTO EXECUTADO	RECURSOS SOLICITADOS 1-PAT. CLIN. 2-RADIOL. 3-OUTROS	IDADE GESTACIONAL (EM SEMANAS)	SAÍDA DO PACIENTE 1-ALTA 2-ENC. EXTERNO 3-RETORNO 4-INTERNAÇÃO 5-ENC. INTERNO 6-OUTROS
01												01
02												02
03												03
04												04
05												05
06												06
07												07
08												08
09												09
10												10
11												11
12												12
13												13
14												14
15												15
16												16
17												17
18												18
19												19
20												20

FOLHA DE ATENDIMENTO

NOME: **Nº MATR.**_____

DATA	ATENDIMENTO	RUBRICA

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 / /

7 - SEXO Masc ☐ Fem ☐

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

10 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

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
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QTDE

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37-CID10 PRINCIPAL

38-CID10 SECUNDÁRIO

39-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42-DATA DA SOLICITAÇÃO / /

45-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50-DATA DA AUTORIZAÇÃO / /

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC / / a / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES

FICHA DE ENCAMINHAMENTO À TRIAGEM DE ESPECIALIDADES
FMB - UNESP - HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DIR XI - BOTUCATU - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE AVARÉ

CENTRO DE SAÚDE: CENTRO DE SAÚDE I DE AVARÉ
CÓD. UNIDADE: 2048512
Rua Acre, 1281 – Avaré - SP

Código:

Paciente:

Endereço

Idade:	Nascimento:	Consulta Agendada para dia: / /	Especialidade:	Sala:	Hora:

Resp. pelo Agendamento: _____ (Nome completo e legível)

Data: / /

Médico responsável pelo encaminhamento

Nome Completo:	CRM	Especialidade:

Motivo do Encaminhamento: _____

Tratamento(s) efetuado(s) (detalhar - exames subdisiários): _____

CID:

_____
Local, Data, Assinatura e Carimbo do Médico com CRM

ATENÇÃO
Este impresso deverá obrigatoriamente estar com o paciente no dia da consulta agendada.

AVALIAÇÃO

Deve ser respondida pelo médico da triagem de especialidade

CHECAGEM DO PREENCHIMENTO

No sua opinião, este impresso foi preenchido de forma: ***correta*** *( )* ***incorreta*** *( )*

Se assinalou ***incorreta,*** indique o(s) motivo(s):

1-) Preenchimento Inelegível ( ) O que?

_____

2-) Preenchimento Incompleto ( ) O que?

_____, _____, _____, _____

3-) Discordância diagnóstica?

_____, _____, _____, _____

HIPÓTESE ASSINALADA SUA HIPÓTESE

4-) AUSÊNCIA DE EXAMES COMPLEMENTARES ( ) QUAIS ?

_____, _____, _____, _____

5-) INFORMAÇÕES IMPRECISAS ( ) QUAIS?

_____, _____, _____, _____

6-) A data ou horário não correspondem ao agendamento ( )

7-) O encaminhamento não corresponde à especialidade médica indicada ( )

8-) Outras ( )

_____, _____, _____, _____

ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

		MOTIVO
1-) ENCAMINHADO AO AMB. DA ESPECIALIDADE	( )	_____
2-) TRATADO, RETORNO NA PRÓPRIA TRIAGEM	( )	_____
3-) TRATADO, SEGUIMENTO NO SERVIÇO DE ORIGEM	( )	_____
4-) NÃO TRATADO, RETORNAR AO SERVIÇO DE ORIGEM	( )	_____
5-) INTERNADO	( )	_____
6-) CASO URGENTE - ENCAMINHADO AO PRONTO SOCORRO	( )	_____
7-)_____	( )	_____

Nome Completo	Carimbo	CRM	Especialidade

SECRETARIA MUNICIPAL DE AVARÉ

Declaração de Comparecimento

Declaro que o segurado _____

_____

portador da Carteira Profissional Nº _____

Série _____ permaneceu nesta unidade

no dia _____ de _____ às _____ horas

para o fim de:

_____ _____ / _____ / _____

Posto de Atendimento Sanitário Localidade e Data

_____

Assinatura do Usuário

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ

ESTADO DE SÃO PAULO **Nº 002.552**

CONTROLE DE TRÁFEGO DE VIAGENS

PLACA	PREFIXO	TIPO DE VEÍCULO	SECRETARIA	SETOR

CONDUTOR: _____

FUNÇÃO: _____ **LOCAL DE TRABALHO:** _____

PARTIDA				
DATA	**HORA**	**ODÔMETRO**	**LOCAL**	**TANQUE CHEIO**
				☐ SIM ☐ NÃO

RETORNO				
DATA	**HORA**	**ODÔMETRO**	**LOCAL**	**KM PERCORRIDA**

ABASTECIMENTOS				
COMBUSTIVEL	**QUANT**	**ODÔMETRO**	**LOCAL**	**Nº N.F. / REQ.**

DESTINO(S)	ODÔMENTRO

JUSTIFICAR VIAGEM, IRREGULARIDADES, DEFEITOS, ACIDENTES, MULTAS:

_____ CHEFE / SECRETÁRIO(A)

_____ CONDUTOR

Atms: 13/14/15

Modulo:

Etiquetas auto informativas

Cors: vermelho, amarelo, Azul.

MANHÃ MANHÃ

MANHÃ MANHÃ

MANHÃ

MANHÃ

MANHÃ MANHÃ MANHÃ MANHÃ