



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ

TERMO DE DELIBERAÇÃO N° 130/21

PREGÃO ELETRÔNICO N° 038/21 – PROCESSO N° 066/21

Considerando requerimento de esclarecimento ao Edital, referente ao Pregão em epígrafe, o Senhor ROSLINDO WILSON MACHADO, Secretário Municipal da Saúde, no uso de suas atribuições legais, **DETERMINA** a rerratificação do edital em epígrafe, nos seguintes termos:

ONDE SE LIA:

LOTE 01 – DESS

Item	Descrição	Qtde	Un.	Valor Unitário	Valor Total
01	Guia de Encaminhamento Médico (GEM) Último número disponível no DESS Dimensões: aproximadamente 14,5 x 20 200 Blocos/ 100 Folhas	200	Bloco	R\$ 7,82	R\$ 1.564,00
02	Mapa de Consulta Dimensões: aproximadamente 21,5 x 40 150 Blocos/ 100 folhas	150	Bloco	R\$ 10,75	R\$ 1.612,50
Valor Global Lote 01: R\$ 3.176,50 (Três mil, cento e setenta e seis reais e cinquenta centavos)					

AGORA SE LEIA:

LOTE 01 – DESS

Item	Descrição	Qtde	Un.	Valor Unitário	Valor Total
01	Guia de Encaminhamento Médico (GEM) Deverão conter 50 folhas numeradas em duas vias (totalizando 100 folhas), sendo a primeira na cor branca e a segunda na cor amarela, sendo esta última em papel copiativo e ambas com dimensões de 14,5 x 20 cm. A última numeração disponível é a GEM nº 29999, portanto, as próximas deverão iniciar na numeração 30000. 200 Blocos/ 100 Folhas. Anexo ao Termo de Deliberação – Modelo da Guia.	200	Bloco	R\$ 7,82	R\$ 1.564,00



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ

02	Mapa de Consulta Dimensões: aproximadamente 21,5 x 40 150 Blocos/ 100 folhas	150	Bloco	R\$ 10,75	R\$ 1.612,50
Valor Global Lote 01: R\$ 3.176,50 (Três mil, cento e setenta e seis reais e cinquenta centavos)					

Ficam ratificados os demais termos do referido **Edital**.

Assim, nos moldes do artigo 21, inciso 4º da Lei 8.666/93 c/c Lei 10.520 de 17 de julho de 2002, **fixa-se:**

RECEBIMENTO DAS PROPOSTAS: 17 de março de 2.021 das 08 horas até 29 de março de 2.021 às 08 horas

ABERTURA DAS PROPOSTAS: 29 de março de 2.021 às 08h30min

INÍCIO DA SESSÃO DE DISPUTA DE LANCES: 29 de março de 2.021 às 14 horas

Prefeitura da Estância Turística de Avaré, 10 de março de 2.021.

ROSLINDO WILSON MACHADO

Secretário Municipal da Saúde da Estância Turística de Avaré



PREFEITURA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

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

GEM Nº

29999

GUIA DE ENCAMINHAMENTO MÉDICO

Secretaria: _____

Nome do Servidor(a): _____ Idade: _____ anos

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

Local de Trabalho: _____

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 _____



PREFEITURA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

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

GEM Nº

29999

GUIA DE ENCAMINHAMENTO MÉDICO

Secretaria: _____

Nome do Servidor(a): _____ Idade: _____ anos

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

Local de Trabalho: _____

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 _____



PREFEITURA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE AVARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR – D.E.S.S.
GEM Nº

GUIA DE ENCAMINHAMENTO MÉDICO

025001

Secretaria: _____
Nome do Servidor(a): _____ Idade: _____ anos
Data de Admissão: ____/____/____ Cargo Função: _____ Matrícula: _____
Local de Trabalho: _____

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 _____