PREFEITURA MUNICIPAL DE ABADIA DOS DOURADOS

ESTADO DE MINAS GERAIS
CNPJ: 18.593.111/0001-14

PREÂMBULO DO EDITAL

PROCESSO Nº.: 070/2022 (REGISTRO DE PREÇOS 025/2022)
MODALIDADE: Pregão Presencial 043/2022
TIPO: Menor Preço Por Item
SOLICITANTE: Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação, Cultura, Esporte e Turismo, Secretaria Municipal de Obras e Serviços, Secretaria Municipal de Governo e Secretaria Municipal de Ação Social

A Prefeitura Municipal de Abadia dos Dourados, CNPJ n.º 185931110001-14, com sede a Rua Doutor Calil Porto n.º 380, Centro, através do pregoeiro e sua equipe de apoio, torna público, para conhecimento dos interessados, que será realizada a licitação acima identificada, conforme especificações constantes deste edital e de acordo com a Lei Federal nº 10.520/2002, Lei Federal nº. 8.666/1993 e Decreto Municipal n° 756/2010 que regulamenta o Pregão no município de Abadia dos Dourados e legislação complementar em vigor.

CREDENCIAMENTO		CADASTRAMENTO DAS PROPOSTAS DE PREÇOS E SESSÃO DA FASE DE LANCES	
Local		Local	
Prédio Sede da Prefeitura Municipal		**Prédio Sede da Prefeitura Municipal**	
Dia	Hora	Dia	Hora
17/10/2022	**Das 13:00 às 13:20 hs.**	**17/10/2022**	**13:21 hs**

TÍTULO I – OBJETO E ANEXOS

---

1. Contratação de Empresa Especializada para prestação de serviços de confecção de material gráfico para atender as necessidades da Prefeitura Municipal e suas Secretarias, conforme Anexo I.

2. Constituem anexos desse edital dele fazendo parte integrante:

   a. Anexo I - Especificações do objeto (Termo de Referência).
   b. Anexo II - Modelo de Carta de Credenciamento.
   c. Anexo III - Modelo de Proposta de Preços.
   d. Anexo IV - Declaração de atendimento ao disposto inciso V do art. 27 da Lei de Licitações.
   e. Anexo V - Declaração de Cumprimento Pleno dos Requisitos de Habilitação.
   f. Anexo VI - Minuta da Ata de Registro Preços.
   g. Anexo VII - Minuta do Contrato.
   h. Anexo VIII - Modelos para confecção dos materiais gráficos

---

TÍTULO II – CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

---

1. Poderá participar da presente licitação pessoa jurídica do ramo pertinente ao objeto licitado e que atendam a todos os requisitos deste edital e seus anexos.

2. Não poderá participar do processo licitatório a licitante:
   a) cujo proprietário ou sócio seja empregado da Prefeitura Municipal de Abadia dos Dourados;

b) cujo participante de Comissão de Licitação seja direta ou indiretamente dirigente, gerente, acionista ou detentor de mais de 5% (cinco por cento) do capital, com direito a voto ou controlador, responsável técnico ou subcontratado;
c) que esteja irregular perante a Prefeitura Municipal de Abadia dos Dourados;
d) que incorrer nas penalidades previstas no art. 87, incisos III e IV, da Lei Federal n.º 8.666/93;
e) que estiver sob processo de falência ou concordata.

3. Para consulta e conhecimento, o presente edital de pregão estará disponível no prédio sede da Prefeitura Municipal de Abadia dos Dourados, cuja cópia poderá ser obtida gratuitamente no horário de funcionamento de segunda a sexta-feira.

TÍTULO III – CREDENCIAMENTO E CADASTRAMENTO DE PROPOSTAS

---

1. No local, data e horário fixado no preâmbulo para a sessão de credenciamento e cadastramento, cada interessado em participar da presente licitação deverá apresentar ao Pregoeiro o seguinte:

   a) Documento de credenciamento na forma do item 4 deste Título.
   b) Envelope n. º 01 – Proposta: lacrado, contendo a proposta de preços.
   c) Envelope n. º 02 – Documentos: lacrado, contendo a documentação exigida neste edital.

2. Além dos dispositivos do item anterior, o licitante deverá apresentar **no momento do credenciamento**:

   a) Declaração emitida pelo licitante de que cumpre plenamente os requisitos de habilitação, conforme modelo apresentado no anexo V deste edital; e
   b) Prova de enquadramento como microempresa ou empresa de pequeno porte, **se for o caso**, na forma do item 2 do Título XII deste edital.
   c) Contrato Social com o último registro na Junta Comercial, **e CPF e RG dos membros do quadro societário.**
   d) Cópia da C.I. e CPF do representante da empresa participante.

3. Os envelopes de habilitação e proposta poderão ser enviados pelo correio, ou entregues na sede da Prefeitura Municipal de Abadia dos Dourados, no endereço e hora especificados no preâmbulo deste edital.

4. O credenciamento atribuirá poderes para formular lances de preços e praticar os demais atos pertinentes ao processo e efetuar-se-á mediante apresentação, na sessão de credenciamento e em separado, de um dos seguintes documentos:

   a) Carta de Credenciamento conforme modelo do Anexo II, indicando seu representante credenciado nesta licitação;
   b) Documento comprovando a situação de representante legal da empresa; ou
   c) Documento comprovando a situação de sócio-gerente da empresa.

5. A Carta de Credenciamento referida na aliena “a”, do item anterior poderá ser substituída por documento que comprove a situação de representante legal ou sócio-gerente do representante a ser credenciado pela licitante.

6. A falta do documento solicitado na alínea “a”, do item 4, impedirá de a pessoa presente na licitação defender os interesses da licitante bem como efetuar lances de preços.

7. Os licitantes após o credenciamento só poderão retirar-se da sala de licitações com autorização do Pregoeiro.

TÍTULO IV – PROPOSTA DE PREÇOS PARA ME e EPP ATENDENDO A LEI COMPLEMENTAR Nº 123/2006, COM A REDAÇÃO DADA PELA LEI COMPLEMENTAR 147/2014

---

1. Os itens deste Edital são reservados para a participação das ME´s e EPP´s de acordo com a Lei supracitada, Art. 48, inciso I "deverá realizar processo licitatório destinado exclusivamente à participação de microempresas e empresas de pequeno porte nos itens de contratação cujo valor seja de até R$ 80.000,00 (oitenta mil reais)".

2. Caso não se apresente nenhuma empresa ME, ou EPP para sessão do certame, os itens deste Edital serão abertos para ampla concorrência.

3. Os documentos da PROPOSTA de cada licitante deverão ser apresentados em envelopes indevassáveis e colados, contendo em sua parte externa as seguintes informações:

RAZÃO SOCIAL DA LICITANTE **ENVELOPE Nº 01** **PROPOSTA DE PREÇOS** PROCESSO LICITATÓRIO Nº 070/2022 (REGISTRO DE PREÇOS 025/2022) MODALIDADE PREGÃO PRESENCIAL 043/2022

4. O Envelope n.º 01, deverá conter a proposta de preços, conforme modelo do Anexo III, em uma via, datilografada, processada em computador e/ou de próprio punho (legível), com identificação da empresa licitante e assinada pelo seu representante legal, devidamente identificado e qualificado, dela constando obrigatoriamente:

   a) Descrição e especificação do objeto licitado, na forma do Anexo I deste edital;
   b) Preço por item em numeral;
   c) Prazo de validade da proposta de 02 **(dois) meses**;

5. Os preços deverão ser apresentados **em até (02) duas casas decimais** após a vírgula.

6. **As propostas deverão ser apresentadas em arquivo digital (CD/pen drive). Para importação e exportação dos dados pelas Empresas Licitantes estas deverão entrar em contato com a Empresa – DARDANI – Sistemas para Gestão Pública, na página "dardani.com. br", ou pelo telefone 0xx (34) 3219-5693.**
   a) As Empresas licitantes, ainda não castradas na Prefeitura, deverão enviar os Dados para cadastro, para que o arquivo/exportação seja gerado e as mesmas possam fazer a digitação das propostas.
   b) As propostas digitais são para celeridade do certame, mas caso a Empresa não consiga realizar a digitação serão aceitas as propostas físicas.

7. Os preços deverão ser cotados considerando a execução do objeto de acordo com o Anexo I e o Título X deste edital, incluídos os valores de quaisquer gastos ou despesas com fretes, honorários, tributos, ônus previdenciários e trabalhistas, seguros e outros encargos ou acessórios.

8. As propostas que omitirem o prazo de validade previsto na alínea "c" do item 2 deste Título serão entendidas como válidas pelo período de 02 **(dois) meses**.

9. A apresentação da proposta por parte da licitante significa pleno conhecimento e integral concordância com as cláusulas e condições deste edital e total sujeição à legislação pertinente.

10. Não serão consideradas opções de preços.

11. A apresentação da proposta em desacordo com as exigências deste edital acarretará na DESCLASSIFICAÇÃO da licitante.

12. O Pregoeiro poderá, no julgamento das propostas, desconsiderar evidentes falhas formais sanáveis e que não afetem o seu conteúdo.

TÍTULO V – FASE DE LANCES

---

1. Após a análise das propostas de preços, na forma do Título anterior, essas serão classificadas em ordem crescente de cotação para cada item.

2. O critério de julgamento será o menor preço por lote, considerando cada item constante do Anexo I e desde que atenda às especificações e condições estabelecidas neste Edital.

3. Serão proclamados pelo Pregoeiro para participar da fase de lances os proponentes que apresentaram as propostas de menor preço observando os seguintes critérios:

   a) As propostas de preço até 10% (dez por cento) superiores ao menor preço apresentado para o item cotado; ou
   b) As três propostas que apresentaram os menores preços, caso não se obtenha pelo menos três propostas na forma do critério anterior.

4. Não poderá haver desistência dos lances ofertados, sujeitando-se o proponente desistente às penalidades constantes do art. 7º da Lei nº. 10.520/2002.

5. **Os lances deverão ser feitos em valores decrescentes, sendo, em intervalos mínimos a ser combinado no certame com as licitantes.**

6. A fase de lances verbais terá limite de tempo a ser combinado com as licitantes no momento do certame e será garantido o igual número de lances a todos os participantes.

7. A ordem de apresentação dos lances será a partir da proposta proclamada pelo Pregoeiro e que apresentou o maior preço, seguindo, em ordem decrescente de valor, até o licitante que apresentou o menor preço.

8. A desistência em qualquer lance verbal, quando convocado pelo pregoeiro, implicará a exclusão do licitante da etapa de lances verbais e na manutenção do último preço apresentado por este, para efeito de ordenação das propostas.

9. Caso não haja lances, o pregoeiro deverá iniciar a negociação direta com a licitante que ofertou o menor preço, observado o disposto no item 12 deste Título.

10. Encerrada a fase de lances, o Pregoeiro examinará a aceitabilidade quanto ao valor apresentado pela primeira classificada, facultada a negociação direta caso o preço seja considerado inaceitável.

11. Para a proposta declarada como inaceitável deverá o Pregoeiro apresentar motivação e caso seja aceitável se dará início à fase de habilitação.

12. Ao término da fase de lances, havendo a participação de licitante enquadrada como microempresa ou empresa de pequeno porte, o Pregoeiro deverá verificar a porcentagem de **5%,** procedendo nos termos dos itens 5, 6 e 7, do Título XII deste edital.

13. Fica ressalvado à Prefeitura Municipal de Abadia dos Dourados o direito de rejeitar todas as propostas ou ainda revogar ou anular a licitação em conformidade com a legislação pertinente.

14. No julgamento das propostas e na fase de lances o Pregoeiro poderá solicitar o assessoramento técnico de órgãos ou de profissionais especializados ou realizar diligências para obter mais esclarecimentos.

TÍTULO VI – DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

---

1. Os documentos de HABILITAÇÃO de cada licitante deverão ser apresentados em envelopes indevassáveis e colados, contendo em sua parte externa as seguintes informações:

RAZÃO SOCIAL DA LICITANTE **ENVELOPE Nº 02** **DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO** PROCESSO LICITATÓRIO Nº 070/2022 (REGISTRO DE PREÇOS 025/2022) MODALIDADE PREGÃO PRESENCIAL 043/2022

2. O Envelope nº. 02 conterá os documentos em uma única via original ou cópia legível autenticada, com vigência plena até a data fixada para abertura dos envelopes referentes à habilitação jurídica, regularidade fiscal, qualificação técnica e qualificação econômico-financeira.

3. Para a habilitação jurídica a licitante deverá apresentar:

a) Registro comercial, se empresa individual;
b) Ato constitutivo devidamente registrado (estatuto ou contrato social em vigor e atualizado);
c) Ata de eleição dos administradores, se sociedade por ações;
d) Inscrição do ato constitutivo, se sociedade civil; e
e) Documento de prova da diretoria em exercício, se sociedade civil;

4. Para a regularidade fiscal a licitante deverá apresentar:

a) Cartão do CNPJ da licitante;
b) Certidão conjunta da Receita Federal;
c) Prova de regularidade relativa ao FGTS;
d) Certidão de Débitos Trabalhistas;
e) Prova de regularidade com a Fazenda Estadual, relativa ao domicílio do licitante;
f) Prova de regularidade com a Fazenda Municipal, relativa ao domicílio do licitante, e
g) Alvará de Licença e Funcionamento.

5. Para a qualificação econômico-financeira a licitante deverá apresentar:

a) Certidão negativa de falência ou concordata expedida pelo distribuidor da sede da licitante com data de expedição máxima de 90 dias anteriores à data de cadastramento das propostas estabelecida no preâmbulo deste edital.

6. Além dos documentos referidos nos itens 3 a 5 deste Título, no Envelope nº. 02 deverá ser inserida a declaração de atendimento ao disposto inciso V do art. 27 da Lei Federal nº. 8.666/1993, conforme modelo constante do Anexo IV deste edital.

7. Os documentos exigidos nos itens 3 a 5 deste Título poderão ser substituídos pelo Certificado de Registro Cadastral emitido pela Prefeitura Municipal de Abadia dos Dourados desde que apresentem validade até a data de análise dos documentos de habilitação.

8. Para os documentos solicitados nos itens 3 a 5 deste Título serão admitidas fotocópias sem autenticação cartorial, desde que os respectivos documentos originais sejam apresentados na reunião de abertura dos envelopes de habilitação, para a autenticação por membro da Equipe de Apoio.

9. A ausência de documento ou a apresentação dos documentos em desacordo com o previsto nesse Título, INABILITARÁ a licitante, observado o tratamento diferenciado com relação aos documentos de regularidade fiscal das licitantes enquadradas como microempresa ou empresa de pequeno porte nos termos do Título XII deste edital.

10. Os documentos retirados na Internet terão sua autenticidade e validade certificadas junto aos "sites" dos órgãos emissores para fins de habilitação.

11. O Pregoeiro poderá, na análise dos documentos de habilitação, desconsiderar evidentes falhas formais sanáveis e que não contrariem este edital ou a legislação pertinente.

12. Constatado o atendimento às exigências de habilitação, o proponente será declarado vencedor, lhe sendo adjudicado o objeto pelo Pregoeiro, observado o disposto no Título IX deste edital.

13. De cada sessão será lavrada ata circunstanciada, na qual serão registradas as ocorrências relevantes e que ao final, deverá ser assinada pelo Pregoeiro e licitantes presentes.

14. **Sob pena de inabilitação**, todos os documentos apresentados para habilitação deverão estar em nome da licitante, observadas as seguintes disposições abaixo:

    a. Se a Licitante for a matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz;
    b. Se a Licitante for a filial, todos os documentos deverão estar em nome da filial;
    c. Serão dispensados da filial aqueles documentos que, pela própria natureza, comprovadamente, forem emitidos somente em nome da matriz.

15. Se houver impossibilidade de apresentar qualquer documento por motivo de greve do órgão emissor, apresentar declaração em papel timbrado da empresa, assinado por seu representante legal, de que não está em débito com o referido órgão e que, findada a greve, compromete-se a apresentar o documento atualizado, para fins de direito, independentemente da fase em que se encontrar o processo licitatório, sujeitando-se, no caso de não apresentação, às penalidades legais.

TÍTULO VII – INFORMAÇÕES E IMPUGNAÇÕES DO EDITAL

---

1. As solicitações de esclarecimentos sobre o edital deverão ser encaminhadas, por escrito, até 48 (quarenta e oito) horas antes da sessão de entrega dos envelopes, ao Pregoeiro, através:

    a) do e-mail licitacao@abadiadosdourados.mg.gov.br ;
    b) do telefone (34) 3847-1232;
    c) pessoalmente, na RUA Doutor Calil Porto,380, no horário de Funcionamento de segunda a sexta-feira.

2. As impugnações do edital, pelos licitantes, deverão ser encaminhadas, por escrito, até o segundo dia útil anterior à data da abertura dos envelopes de propostas de preços, ao Pregoeiro, através:

   a) do e-mail licitacao@abadiadosdourados.mg.gov.br;
   b) do telefone (34) 3847-1232;
   c) pessoalmente, na RUA Doutor Calil Porto, 380, no horário de Funcionamento de segunda a sexta-feira.

3. Para os esclarecimentos e as impugnações enviados nos termos das alíneas "a", "b" e "c" dos itens 1 e 2 deste Título, o respectivo documento original deverá ser enviado à Prefeitura Municipal de Abadia dos Dourados, no endereço referido no preâmbulo deste edital.

4. Qualquer cidadão também poderá impugnar este edital até o quinto dia útil anterior à data da abertura dos envelopes de habilitação por um dos meios referidos nas alienas "a", "b" e "c" do item 2 deste Título.

5. Para consulta, conhecimento e obtenção pelos interessados, o presente edital estará disponível no prédio-sede da Prefeitura Municipal de Abadia dos Dourados, cuja cópia poderá ser obtida gratuitamente no Setor de Licitações, no horário de Funcionamento de segunda a sexta-feira.

TÍTULO VIII – CRITÉRIOS E FORMA DE PAGAMENTO

---

1. Até trinta dias, após a prestação dos serviços.

2. Para a realização das despesas, objeto da presente licitação, será alocado o crédito do orçamento:
02.01.04.00.10.302.0094.00.2016.3.3.90.39.48001020000000 – Serviços Gráficos

---

TÍTULO IX – RECURSOS

---

1. Após a declaração do vencedor, qualquer licitante poderá manifestar imediata e motivadamente a intenção de recorrer, com registro em ata, sendo concedido o prazo de 03 (três) dias para a formalização do recurso.

2. Havendo a formalização de recurso os demais licitantes ficam intimados a apresentar contrarrazões no prazo de 03 (três) dias, contados a partir do término do prazo estipulado no item anterior.

3. O acolhimento do recurso importará na invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento.

4. Não havendo manifestação na forma do item 1 deste título, se dará a decadência do direito de recurso e a adjudicação do objeto ao licitante vencedor.

5. Os recursos interpostos contra os resultados da habilitação e do julgamento das propostas terão efeito suspensivo.

6. Serão aceitos recursos por meio de fax, e-mail ou telegrama desde que haja identificação e qualificação do representante da licitante e o envio posterior do original assinado pelo representante e com o mesmo conteúdo da cópia enviada previamente.

TÍTULO X – CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO DO OBJETO

---

1. Após a homologação do processo licitatório a licitante vencedora terá o prazo máximo de cinco dias, contados do recebimento do Termo de Convocação, para assinar o contrato sob pena de decadência do direito de ser contratada e a aplicação das sanções previstas no art. 81 da Lei Federal nº 8.666/1993.

2. Ficam responsáveis pela fiscalização dos contratos os Senhores: Fausto Francisco Vieira, Jheneffer Alves Rosa, Cátia Maria de Aguiar Lemes, Neire Crato Borges Aguiar e Mário Lúcio Marra, de acordo com os serviços prestados para as respectivas Secretarias a qual seja responsável.

3. O prazo de assinatura disposto no item anterior poderá ser prorrogado por igual período desde que formalmente justificado pela licitante e aceito pela Prefeitura Municipal de Abadia dos Dourados.

4. A licitante vencedora obrigar-se-á a manter, até a data de pagamento todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação, devendo comunicar ao Contratante, imediatamente, qualquer alteração que possa comprometer a execução do contrato.

5. A licitante vencedora deverá entregar o objeto de acordo com as necessidades dos departamentos, mediante ordem de fornecimento.

6. **Ocorrendo frete o mesmo correrá por conta da proponente vencedora.**

7. **As mercadorias devem ser entregues no local indicado pela Secretaria Municipal Solicitante.**

8. **O pedido mínimo será de R$ 500,00 (Quinhentos reais).**

9. **O prazo máximo de entrega será de 05 (cinco) dias úteis, sob pena de quebra de contrato**.

10. A formalização do recebimento do objeto dessa licitação se dará nas seguintes etapas:

    a) Provisoriamente, por meio de recibo na cópia do documento fiscal, no momento da entrega para posterior verificação da conformidade com as exigências previstas no edital.
    b) Definitivamente, por meio de emissão de termo de recebimento, em até cinco dias contados da data do recebimento provisório.

TÍTULO XI – SANÇÕES

---

1. Em casos de atraso injustificado na entrega dos serviços, inexecução parcial ou total das condições pactuadas e também em casos de má-fé quanto à descrição do objeto licitado, garantida prévia defesa, ficará a licitante vencedora sujeita às seguintes penalidades:

    a) Advertência formalmente expedida.
    b) Multa.
    c) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Prefeitura Municipal de Abadia dos Dourados.
    d) Suspensão do direito de participar em licitação e impedimento de contratar com a Prefeitura Municipal de Abadia dos Dourados por até 5 (cinco) anos.
    e) Rescisão do contrato e aplicação do disposto no art. 80 da Lei Federal nº 8.666/1993.

2. A multa a ser aplicada será de:

    a) 0,50% (cinco décimos por cento) do valor atualizado do empenho, por dia de atraso injustificado, limitado a 5,00% (cinco por cento);

b) 5,00% (cinco por cento) do valor atualizado do empenho, pela desistência injustificada ou inexecução parcial.

TÍTULO XII – TRATAMENTO DIFERENCIADO À ME E EPP

---

1. A licitante comprovadamente enquadrada como microempresa (ME) ou empresa de pequeno porte (EPP) nos termos da Lei Complementar nº. **123/2006,** e suas alterações posteriores terá o tratamento diferenciado e favorecido previsto nos itens deste Título.

2. Para comprovar o enquadramento como microempresa ou empresa de pequeno porte a licitante deverá apresentar no momento do Credenciamento, ou no envelope nº. 01 "Proposta de Preços", um dos seguintes documentos:

   a) Certidão expedida pela Junta Comercial da Unidade da Federação da sede da licitante, comprovando a condição de microempresa ou empresa de pequeno porte, com data de emissão não superior a 30 (trinta) dias.
   b) Prova de deferimento do pedido de opção pelo Simples Nacional.
   c) Balanço de Resultado Econômico (Demonstração do Resultado do Exercício – DRE) referente ao exercício de **2021**, autenticado na junta comercial da sede da licitante.

3. Os documentos referidos no item anterior deverão ser apresentados no original, ou cópia autenticada por cartório competente ou ainda cópia não autenticada juntamente com os respectivos originais para a devida autenticação por membro da Equipe de Apoio.

4. A licitante enquadrada como microempresa ou empresa de pequeno porte terá, nesta licitação, os seguintes tratamentos diferenciados e favorecidos:

   a) Prazo diferenciado para apresentação dos documentos de regularidade fiscal e trabalhista.

5. No prazo diferenciado para apresentação dos documentos de regularidade fiscal e trabalhista exigidos no item 4, do Título VI deste edital, a licitante enquadrada como microempresa ou empresa de pequeno porte que apresentar esses documentos com algum tipo de restrição terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados da data de declaração do vencedor deste processo, para apresentá-los novamente já sem qualquer restrição.

6. O prazo referido no item anterior poderá, a critério da Prefeitura Municipal de Abadia dos Dourados ser prorrogado por mais 05 (cinco) dias úteis.

7. Durante o decurso dos prazos referidos nos itens 9 e 10 deste Título, a licitante enquadrada como microempresa ou empresa de pequeno porte que apresentar os documentos de regularidade fiscal e trabalhista com algum tipo de restrição será considerada HABILITADA e permanecerá no processo, observando o disposto nos itens 12 e 13 deste Título.

8. A licitante enquadrada como microempresa ou empresa de pequeno porte deverá apresentar, no Envelope nº. 02 todos documentos de regularidade fiscal e trabalhista exigidos no item 4, do Título VI deste edital mesmo se houver algum tipo de restrição, sob pena de ser considerada INABILITADA.

9. Findo os prazos referidos nos itens 9 e 10 deste Título a licitante enquadrada como microempresa ou empresa de pequeno porte que não apresentar os documentos de regularidade fiscal e trabalhista exigidos neste edital já sem qualquer restrição será considerada INABILITADA e perderá o direito de contratar com a Prefeitura Municipal de Abadia dos Dourados o objeto desta licitação.

10. Na ocorrência do disposto no item anterior a Prefeitura Municipal de Abadia dos Dourados poderá:

    a) Convocar as licitantes remanescentes na ordem de classificação e observando o disposto nos itens 5 e 6 deste Título.
    b) Revogar o presente processo licitatório.

TÍTULO XIII – DISPOSIÇÕES GERAIS

---

1. Caso ocorra decretação de feriado nacional, estadual ou municipal, no dia previsto para abertura das propostas, o ato ficará automaticamente transferido para o primeiro dia útil seguinte, no mesmo local e horário.

2. Na contagem dos prazos estabelecidos neste edital, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento.

3. É vedada a transferência total ou parcial do objeto desta licitação para terceiros.

Abadia dos Dourados - MG, 25 de agosto de 2022.

_____

Fernando Pereira Borges
Pregoeiro

ANEXO I
TERMO DE REFERÊNCIA (ESPECIFICAÇÕES DO OBJETO)

TERMO DE REFERÊNCIA
PROCESSO Nº. 070/2022 (REGISTRO DE PREÇO 025/2022)
PREGÃO PRESENCIAL Nº. 043/2022

I – OBJETO

---

1. Contratação de Empresa Especializada para prestação de serviços de confecção de material gráfico para atender as necessidades da Prefeitura Municipal e suas Secretarias, conforme Anexo I.

2. Os itens deste Edital são reservados para a participação das ME´s e EPP´s de acordo com a Lei supracitada, Art. 48, inciso I "deverá realizar processo licitatório destinado exclusivamente à participação de microempresas e empresas de pequeno porte nos itens de contratação cujo valor seja de até R$ 80.000,00 (oitenta mil reais)".

Itens:

ITEM	ESPECIFICAÇAO	UNID	QUANT	P. UNIT.	P. TOTAL
001	CEONFECCAO DE BLOCO . TIPO.PROGRAMA DE CONTROLE DE DOENCA DE CHAGAS DIARIO DE ATIVIDADES UTILIZACAO. UNIDADE BASICA DE SAUDE . BLOCOS COM 50 FOLHAS . CONFORME MODELO EM ANEXO.	SE	300	6,2475	1.874,25
002	CONFCCAO DE BLOCO . TIPO. FICHA DE VISITA DOMICILIAR . UTILIZACAO. ZOONOSE . APRESENTACAO. BLOCOS COM 50 FOLHAS CONFORME MODELO ANEXO	SE	300	7,6225	2.286,75
003	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: ACOMPANHAMENTO DE CITOLOGIAS E MAMOGRAFIAS - CONFORME MODELO ANEXO	SE	1.000	0,1515	151,50
004	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: ATESTADO DE VACINA - CONFORME MODELO ANEXO	SE	3.000	0,1615	484,50
005	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: AUTO/TERMO - VIGILANCIA SANITÁRIA, UTILIZAÇÃO: VIGILANCIA SANITÁRIA MUNCIPAL - VISA, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 100 FOLHAS, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	70	15,8075	1.106,53
006	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: CADASTRO INDIVIDUAL, UTILIZAÇÃO: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BASICA, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 100 FOLHAS, TIPO DE IMPRESSÃO: FRENTE E VERSO, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	200	17,2425	3.448,50
007	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: CADSTRO DOMICILIAR, UTILIZAÇÃO: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BASICA, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 100 FOLHAS, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	300	17,2425	5.172,75
008	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL OCUPACIONAL FAMILIAR, UTILIZAÇÃO: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BASICA, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 100 FOLHAS, TIPO DE IMPRESSÃO: FRENTE E VERSO, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	150	17,2425	2.586,38
009	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: FICHA DE VISITA DOMICILIAR, UTILIZAÇÃO: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BASICA, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 100 FOLHAS, TIPO DE IMPRESSÃO: FRENTE E VERSO, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	200	17,2425	3.448,50

010	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: FICHA INDIVIDUAL - EVOLUÇÃO, UTILIZAÇÃO: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BASICA, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 100 FOLHAS, TIPO DE IMPRESSÃO: FRENTE E VERSO, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	300	17,2425	5.172,75
011	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: LISTA DE PRODUTOS INUTILIZADOS, UTILIZAÇÃO: VIGILANCIA SANITARIA MUNICIPAL - VISA, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 100 FOLHAS, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	50	16,6100	830,50
012	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: RECEITUARIO AZUL, UTILIZAÇÃO: UNIDADES BASICAS DE SAUDE, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 50 FOLHAS, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	1.000	8,6525	8.652,50
013	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: RECEITUARIO BRANCO, UTILIZAÇÃO: UNIDADES BASICAS DE SAUDE, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 100 FOLHAS, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	1.000	11,3075	11.307,50
014	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: RECEITUARIO DE CONTROLE ESPECIAL, UTILIZAÇÃO: UNIDADES BASICAS DE SAUDE, APRESENTAÇÃO: BLOCO DE 50X2 FOLHAS EM PAPEL COPIATIVO, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	1.000	12,7650	12.765,00
015	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA, UTILIZAÇÃO: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BASICA, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 100 FOLHAS, TIPO DE IMPRESSÃO: FRENTE E VERSO, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	60	14,3075	858,45
016	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: REQUISIÇÃO/SOLICITAÇÃO, UTILIZAÇÃO: DEPARTAMENTO DE COMPRAS, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 100 FOLHAS, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	300	12,2000	3.660,00
017	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICILIO - TFD, UTILIZAÇÃO: UNIDADES BASICAS DE SAUDE, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 100 FOLHAS, TIPO DE IMPRESSÃO: FRENTE E VERSO, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	300	17,2900	5.187,00
018	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: TERMO DE ADVERTENCIA, UTILIZAÇÃO: CONSELHO TUTELAR DE ABADIA DOS DOURADOS, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 50X2 FOLHAS, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	30	22,2375	667,13
019	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: TERMO DE ENTREGA E RESPONSABILIDADE, UTILIZAÇÃO: CONSELHO TUTELAR DE ABADIA DOS DOURADOS, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 50X2 FOLHAS, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	30	20,7625	622,88
020	CONFECCAO DE BLOCO . TIPO PROGRAMA DE CONTROLE DA DOENCA DE CHAGAS DIARIO DE ATIVIDADES. TIPO DE IMPRESSAO. FRENTE E VERSO. APRESENTACAO. BLOCO COM 50 FOLHAS	SE	100	14,0925	1.409,25
021	CONFECCAO DE BLOCO . TIPO. LAUDO PARA SOLICITACAO DE AUTORIZACAO DE INTERNACAO HOSPITALAR . UTILIZACAO. HOSPITAL MUNICIPAL. APRESENTACAO. BLOCO COM 100 FOLHAS . CONFORME MODELO ANEXO	SE	200	17,0925	3.418,50
022	CONFECCAO DE BLOCO . TIPO. REGISTRO DIARIO DO SERVICO ANTIVETORIAL PROGRAMA DE CONTROLE DA FEBRE AMARELA E DENGE . PCFAD . UTILIZACAO. ZOONOSE . APRESENTACAO. BLOCO COM 50 FOLHAS . TIPO DE IMPRESSAO. FRENTE E VERSO . CONFORME MODELO ANEXO	SE	300	10,0175	3.005,25
023	CONFECCAO DE BLOCO . TIPO. RESUMO SEMANAL DO SERVICO ANTIVETORIAL . UTILIZACAO. SISTEMA DE INFORMACAO DE ATENCAO BASICA . APRESENTACAO. BLOCO COM 100 FOLHAS	SE	250	16,5600	4.140,00

	CONFORME MODELO ANEXO				
024	CONFECCAO DE BLOCO LAUDO PARA SOLICITACAO/AUTORIZACAO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL CONFORME MODELO	SE	1.000	3,1875	3.187,50
025	CONFECÇÃO DE BLOCO-TIPO: NOTIFICAÇÃO : CONSELHO TUTELAR DE ABADIA DOS DOURADOS , APRESENTAÇÃO: 50X2 FOLHAS, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	30	22,5000	675,00
026	CONFECÇÃO DE BLOCO-TIPO: TERMO DE DECLARAÇÃO : CONSELHO TUTELAR DE ABADIA DOS DOURADOS-MG, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 50 X 2 FOLHAS , CONFORME MODELO ANEXO.	UN	30	22,5000	675,00
027	CONFECCAO DE BLOCO. TIPO ATESTADO DE COMPARECIMENTO. UTILIZACAO. UNIDADES BASICAS DE SAUDE. APRESENTACAO. BLOCO COM 100 FOLHAS. MEDIDA 15CM LARGURA X 10CM ALTURA CONFORME MODELO ANEXO	SE	500	11,1700	5.585,00
028	CONFECCAO DE BLOCO. TIPO FICHA INDIVIDUAL EVOLUCAO. UTILIZACAO HOSPITAL MUNICIPAL. APRESENTACAO BLOCO COM 100 FOLHAS. TIPO DE IMPRESSAO. FRENTE E VERSO CONFORME MODELO ANEXO	SE	300	17,1425	5.142,75
029	CONFECCAO DE BLOCO. TIPO PRONTUARIO. RELATORIO ENFERMAGEM. UTILIZACAO HOSPITAL MUNICIPAL. APRESENTACAO BLOCO COM 100 FOLHAS	SE	300	17,1675	5.150,25
030	CONFECCAO DE BLOCO. TIPO ROTEIRO DE SUPERVISAO DE CAMPO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA DENGUE. UTILIZACAO ZOONOSE. APRESENTACAO.BLOCOS DE 50 FOLHAS CONFORME MODELO ANEXO	SE	110	14,0925	1.550,18
031	CONFECCAO DE BLOCOS. TIPO PRONTUARIO PRESCRICAO MEDICA. UTILIZACAO HOSPITAL MUNICIPAL. APRESENTACAO BLOCO COM 100 FOLHAS CONFORME MODELO ANEXO	SE	300	17,0000	5.100,00
032	CONFECCAO DE CARIMBO AUTO ENTINTAVEL PEQUENO. LEGENDA CONFORME LAYOUT DO ORGAO.ENTIDADE SOLICITANTE	SE	100	80,8875	8.088,75
033	CONFECCAO DE CARIMBO AUTO-ENTINTAVEL, LEGENDA: CONFORME LAYOUT DO ORGAO/ENTIDADE SOLICITANTE	SE	100	81,5375	8.153,75
034	CONFECÇÃO DE FICHA - TIPO: CARTÃO DE MEDICAMENTOS, UTILIZAÇÃO: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BASICA, APRESENTAÇÃO: FICHA, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	5.000	0,6275	3.137,50
035	CONFECÇÃO DE FICHA - TIPO: CONTROLE DE VACINAÇÃO DE ANIMAIS, UTILIZAÇÃO: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE, APRESENTAÇÃO: IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	5.000	0,6000	3.000,00
036	CONFECÇÃO DE FICHA - TIPO: FICHA DE VISITA DOMICILIAR, UTILIZAÇÃO: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BASICA, APRESENTAÇÃO: FICHA, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	4.000	0,3225	1.290,00
037	CONFECCAO DE PLANFLETO - MEDIDA: 30 X 20 CM, COR: PRETO E BRANCO, LAYOUT: CONFORME ORGAO/ENTIDADE SOLICITANTE	SE	5.000	0,2550	1.275,00
038	CONFECCAO DE PLANFLETO - MEDIDA: 35 X 25 CM, COR: COLORIDO, LAYOUT: CONFORME ORGAO/ENTIDADE SOLICITANTE	SE	5.000	0,5350	2.675,00
039	CONFECCAO DE PLANFLETO - MEDIDA: 64 X 46 CM, COR: COLORIDO, LAYOUT: CONFORME ORGAO/ENTIDADE SOLICITANTE	SE	5.000	2,9650	14.825,00

040	CONFECCAO DE PLANFLETO MEDINDO 15 X 22 CM COR COLORIDO LAYOUT CONFORME ORGAO/ENTIDADE SOLICITANTE	SE	5.000	0,2450	1.225,00
041	CONFECCAO ENVELOPE SACO KRAFT OURO - COR, FORMATO 24 X 18CM, FECHADO.TIMBRE: CONFORME ORGAO/ENTIDADE SOLICITANTE, ACABAMENTO: CORTE ESPECIAL, DOBRAS E COLA.	SE	2.000	1,0350	2.070,00
042	CONFECCAO ENVELOPE SACO KRAFT OURO - COR, FORMATO 36 X 26CM, FECHADO. TIMBRE: CONFORME ORGAO/ENTIDADE SOLICITANTE, ACABAMENTO CORTE ESPECIAL, DOBRAS E COLA.	SE	2.000	1,2850	2.570,00
043	SERVICO DE IMPRESSAO . TIPO ITINERARIO SEMANAL DE TRABALHO . GUARDA E GUARDA CHEFE . PROGRAMA DE CONTROLE DA FEBRE AMARELA . APRESENTACAO. BLOCO DOM 50 FOLHAS . TIPO DE IMPRENSSAO. FRENTE E VERSO	SE	100	14,5375	1.453,75
044	SERVICOS DE ENCADERNACAO	SE	100	14,2125	1.421,25

II – CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO

---

1. Ver o Título X do edital.

III – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

---

1. Ver o Título X do edital

ANEXO II
MODELO DE CARTA DE CREDENCIAMENTO

CARTA DE CREDENCIAMENTO
PROCESSO Nº. 070/2022 (REGISTRO DE PREÇO 025/2022)
PREGÃO PRESENCIAL Nº. 043/2022

Pelo presente instrumento credenciamos o(a) Sr.(a) _____, portador do documento de Identidade nº _____ a participar das reuniões relativas PROCESSO LICITATÓRIO N.º _____/_____, modalidade Pregão Presencial, o(a) qual está autorizado(a) a requerer vistas de documentos e propostas, manifestar-se em nome da empresa, desistir e interpor recursos, rubricar documentos e assinar atas, a que tudo daremos por firme e valioso.

_____ - MG, ___ de _____ de _____.

_____

Assinatura do Responsável pela Empresa

Obs.:
NÃO UTILIZAR ESSE MODELO.
Utilizar papel com o timbre da empresa ou apor carimbo padronizado da empresa.

ANEXO III

MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS

Pregoeiro e Equipe de Apoio

Edital de Pregão Presencial N° 043/2022 de 25 de agosto de 2022

Processo Licitatório 070/2022 (REGISTRO DE PREÇO 025/2022)

Tipo Menor preço Unitário

Itens:

ITEM	ESPECIFICAÇAO	UNID	QUANT	MARCA	P. UNIT.	P. TOTAL
001	CEONFECCAO DE BLOCO . TIPO.PROGRAMA DE CONTROLE DE DOENCA DE CHAGAS DIARIO DE ATIVIDADES UTILIZACAO. UNIDADE BASICA DE SAUDE . BLOCOS COM 50 FOLHAS . CONFORME MODELO EM ANEXO.	SE	300			
002	CONFCCAO DE BLOCO . TIPO. FICHA DE VISITA DOMICILIAR . UTILIZACAO. ZOONOSE . APRESENTACAO. BLOCOS COM 50 FOLHAS CONFORME MODELO ANEXO	SE	300			
003	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: ACOMPANHAMENTO DE CITOLOGIAS E MAMOGRAFIAS - CONFORME MODELO ANEXO	SE	1.000			
004	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: ATESTADO DE VACINA - CONFORME MODELO ANEXO	SE	3.000			
005	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: AUTO/TERMO - VIGILANCIA SANITÁRIA, UTILIZAÇÃO: VIGILANCIA SANITÁRIA MUNCIPAL - VISA, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 100 FOLHAS, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	70			
006	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: CADASTRO INDIVIDUAL, UTILIZAÇÃO: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BASICA, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 100 FOLHAS, TIPO DE IMPRESSÃO: FRENTE E VERSO, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	200			
007	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: CADSTRO DOMICILIAR, UTILIZAÇÃO: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BASICA, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 100 FOLHAS, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	300			
008	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL OCUPACIONAL FAMILIAR, UTILIZAÇÃO: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BASICA, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 100 FOLHAS, TIPO DE IMPRESSÃO: FRENTE E VERSO, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	150			
009	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: FICHA DE VISITA DOMICILIAR, UTILIZAÇÃO: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BASICA, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 100 FOLHAS, TIPO DE IMPRESSÃO: FRENTE E VERSO, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	200			
010	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: FICHA INDIVIDUAL - EVOLUÇÃO, UTILIZAÇÃO: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BASICA, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 100 FOLHAS, TIPO DE IMPRESSÃO: FRENTE E VERSO, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	300			

011	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: LISTA DE PRODUTOS INUTILIZADOS, UTILIZAÇÃO: VIGILANCIA SANITARIA MUNICIPAL - VISA, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 100 FOLHAS, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	50			
012	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: RECEITUARIO AZUL, UTILIZAÇÃO: UNIDADES BASICAS DE SAUDE, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 50 FOLHAS, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	1.000			
013	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: RECEITUARIO BRANCO, UTILIZAÇÃO: UNIDADES BASICAS DE SAUDE, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 100 FOLHAS, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	1.000			
014	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: RECEITUARIO DE CONTROLE ESPECIAL, UTILIZAÇÃO: UNIDADES BASICAS DE SAUDE, APRESENTAÇÃO: BLOCO DE 50X2 FOLHAS EM PAPEL COPIATIVO, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	1.000			
015	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA, UTILIZAÇÃO: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BASICA, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 100 FOLHAS, TIPO DE IMPRESSÃO: FRENTE E VERSO, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	60			
016	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: REQUISIÇÃO/SOLICITAÇÃO, UTILIZAÇÃO: DEPARTAMENTO DE COMPRAS, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 100 FOLHAS, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	300			
017	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICILIO - TFD, UTILIZAÇÃO: UNIDADES BASICAS DE SAUDE, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 100 FOLHAS, TIPO DE IMPRESSÃO: FRENTE E VERSO, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	300			
018	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: TERMO DE ADVERTENCIA, UTILIZAÇÃO: CONSELHO TUTELAR DE ABADIA DOS DOURADOS, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 50X2 FOLHAS, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	30			
019	CONFECÇÃO DE BLOCO - TIPO: TERMO DE ENTREGA E RESPONSABILIDADE, UTILIZAÇÃO: CONSELHO TUTELAR DE ABADIA DOS DOURADOS, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 50X2 FOLHAS, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	30			
020	CONFECCAO DE BLOCO . TIPO PROGRAMA DE CONTROLE DA DOENCA DE CHAGAS DIARIO DE ATIVIDADES. TIPO DE IMPRESSAO. FRENTE E VERSO. APRESENTACAO. BLOCO COM 50 FOLHAS	SE	100			
021	CONFECCAO DE BLOCO . TIPO. LAUDO PARA SOLICITACAO DE AUTORIZACAO DE INTERNACAO HOSPITALAR . UTILIZACAO. HOSPITAL MUNICIPAL. APRESENTACAO. BLOCO COM 100 FOLHAS . CONFORME MODELO ANEXO	SE	200			
022	CONFECCAO DE BLOCO . TIPO. REGISTRO DIARIO DO SERVICO ANTIVETORIAL PROGRAMA DE CONTROLE DA FEBRE AMARELA E DENGE . PCFAD . UTILIZACAO. ZOONOSE . APRESENTACAO. BLOCO COM 50 FOLHAS . TIPO DE IMPRESSAO. FRENTE E VERSO . CONFORME MODELO ANEXO	SE	300			
023	CONFECCAO DE BLOCO . TIPO. RESUMO SEMANAL DO SERVICO ANTIVETORIAL . UTILIZACAO. SISTEMA DE INFORMACAO DE ATENCAO BASICA . APRESENTACAO. BLOCO COM 100 FOLHAS CONFORME MODELO ANEXO	SE	250			
024	CONFECCAO DE BLOCO LAUDO PARA SOLICITACAO/AUTORIZACAO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL CONFORME MODELO	SE	1.000			

025	CONFECÇÃO DE BLOCO-TIPO: NOTIFICAÇÃO : CONSELHO TUTELAR DE ABADIA DOS DOURADOS , APRESENTAÇÃO: 50X2 FOLHAS, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	30			
026	CONFECÇÃO DE BLOCO-TIPO: TERMO DE DECLARAÇÃO : CONSELHO TUTELAR DE ABADIA DOS DOURADOS-MG, APRESENTAÇÃO: BLOCO COM 50 X 2 FOLHAS , CONFORME MODELO ANEXO.	UN	30			
027	CONFECCAO DE BLOCO. TIPO ATESTADO DE COMPARECIMENTO. UTILIZACAO. UNIDADES BASICAS DE SAUDE. APRESENTACAO. BLOCO COM 100 FOLHAS. MEDIDA 15CM LARGURA X 10CM ALTURA CONFORME MODELO ANEXO	SE	500			
028	CONFECCAO DE BLOCO. TIPO FICHA INDIVIDUAL EVOLUCAO. UTILIZACAO HOSPITAL MUNICIPAL. APRESENTACAO BLOCO COM 100 FOLHAS. TIPO DE IMPRESSAO. FRENTE E VERSO CONFORME MODELO ANEXO	SE	300			
029	CONFECCAO DE BLOCO. TIPO PRONTUARIO. RELATORIO ENFERMAGEM. UTILIZACAO HOSPITAL MUNICIPAL. APRESENTACAO BLOCO COM 100 FOLHAS	SE	300			
030	CONFECCAO DE BLOCO. TIPO ROTEIRO DE SUPERVISAO DE CAMPO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA DENGUE. UTILIZACAO ZOONOSE. APRESENTACAO.BLOCOS DE 50 FOLHAS CONFORME MODELO ANEXO	SE	110			
031	CONFECCAO DE BLOCOS. TIPO PRONTUARIO PRESCRICAO MEDICA. UTILIZACAO HOSPITAL MUNICIPAL. APRESENTACAO BLOCO COM 100 FOLHAS CONFORME MODELO ANEXO	SE	300			
032	CONFECCAO DE CARIMBO AUTO ENTINTAVEL PEQUENO. LEGENDA CONFORME LAYOUT DO ORGAO.ENTIDADE SOLICITANTE	SE	100			
033	CONFECCAO DE CARIMBO AUTO-ENTINTAVEL, LEGENDA: CONFORME LAYOUT DO ORGAO/ENTIDADE SOLICITANTE	SE	100			
034	CONFECÇÃO DE FICHA - TIPO: CARTÃO DE MEDICAMENTOS, UTILIZAÇÃO: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BASICA, APRESENTAÇÃO: FICHA, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	5.000			
035	CONFECÇÃO DE FICHA - TIPO: CONTROLE DE VACINAÇÃO DE ANIMAIS, UTILIZAÇÃO: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE, APRESENTAÇÃO: IMPRESSÃO FRENTE E VERSO, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	5.000			
036	CONFECÇÃO DE FICHA - TIPO: FICHA DE VISITA DOMICILIAR, UTILIZAÇÃO: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BASICA, APRESENTAÇÃO: FICHA, CONFORME MODELO ANEXO.	SE	4.000			
037	CONFECCAO DE PLANFLETO - MEDIDA: 30 X 20 CM, COR: PRETO E BRANCO, LAYOUT: CONFORME ORGAO/ENTIDADE SOLICITANTE	SE	5.000			
038	CONFECCAO DE PLANFLETO - MEDIDA: 35 X 25 CM, COR: COLORIDO, LAYOUT: CONFORME ORGAO/ENTIDADE SOLICITANTE	SE	5.000			
039	CONFECCAO DE PLANFLETO - MEDIDA: 64 X 46 CM, COR: COLORIDO, LAYOUT: CONFORME ORGAO/ENTIDADE SOLICITANTE	SE	5.000			
040	CONFECCAO DE PLANFLETO MEDINDO 15 X 22 CM COR COLORIDO LAYOUT CONFORME ORGAO/ENTIDADE SOLICITANTE	SE	5.000			

041	CONFECCAO ENVELOPE SACO KRAFT OURO - COR, FORMATO 24 X 18CM, FECHADO.TIMBRE: CONFORME ORGAO/ENTIDADE SOLICITANTE, ACABAMENTO: CORTE ESPECIAL, DOBRAS E COLA.	SE	2.000			
042	CONFECCAO ENVELOPE SACO KRAFT OURO - COR, FORMATO 36 X 26CM, FECHADO. TIMBRE: CONFORME ORGAO/ENTIDADE SOLICITANTE, ACABAMENTO CORTE ESPECIAL, DOBRAS E COLA.	SE	2.000			
043	SERVICO DE IMPRESSAO . TIPO ITINERARIO SEMANAL DE TRABALHO . GUARDA E GUARDA CHEFE . PROGRAMA DE CONTROLE DA FEBRE AMARELA . APRESENTACAO. BLOCO DOM 50 FOLHAS . TIPO DE IMPRENSSAO. FRENTE E VERSO	SE	100			
044	SERVICOS DE ENCADERNACAO	SE	100			

Importa a presente proposta em R$_____ (_____)

Condições de pagamento _____

Validade da proposta _____

_____,_____de _____de _____
Local e data

_____
Pela firma proponente
Carimbo CNPJ:

IMPORTANTE!

1 - A proposta devera estar devidamente assinada e carimbada (carimbo padronizado CNPJ);

Obs.:
NÃO UTILIZAR ESSE MODELO.
Utilizar papel com o timbre da empresa ou apor carimbo padronizado da empresa.

ANEXO IV

ATENDIMENTO AO INCISO V DO ART. 27 DA LEI DE LICITAÇÕES

DECLARAÇÃO

PROCESSO Nº. 070/2022 (REGISTRO DE PREÇOS 025/2022)

PREGÃO PRESENCIAL Nº. 043/2022

A empresa (_____), inscrita no CNPJ sob o nº _____, por meio de seu representante legal, o Sr. _____, portador do RG nº _____, DECLARA para fins de atendimento ao disposto no inciso V do art. 27 da Lei Federal nº 8.666/1993 que:

a) não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre;
b) não emprega menor de dezesseis anos, ressalvado os maiores de quatorze anos e na condição de aprendiz.

_____ - MG, ___ de _____ de _____

Nome e assinatura do Representante legal

Obs.:
NÃO UTILIZAR ESSE MODELO.
Utilizar papel com o timbre da empresa ou apor carimbo padronizado da empresa

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO PLENO DOS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO

PROCESSO Nº. 070/2022 (REGISTRO DE PREÇOS 025/2025)

PREGÃO PRESENCIAL Nº. 043/2022

Sr. Pregoeiro,

1. Pela presente, declaro(amos) que, nos termos do art. 4º, inciso VII da Lei Federal nº. 10.520/2002 a empresa *(_____)* **cumpre plenamente** os requisitos de habilitação, fornecimento, exigências e demais cláusula e condições estabelecidas pelo edital do processo licitatório nº. **070/2022 – Contratação de Empresa Especializada para prestação de serviços de confecção de material gráfico para atender as necessidades da Prefeitura Municipal e suas Secretarias, conforme Anexo I.**

_____ - MG, ___ de _____ de _____.

_____
Assinatura e Carimbo do representante da empresa

OBS:
1 - Emitir em papel timbrado da empresa expedidora ou apor carimbo da mesma.

ANEXO VI

MINUTA DA ATA DE REGISTRO DE PREÇO

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº _____

PREGÃO PRESENCIAL Nº 043/2022

PROCESSO LICITATORIO Nº 070/2022

VALIDADE: 012 meses

Aos () dias do mês de setembro de 2022, na sala de licitações, na sede da Prefeitura Municipal de Abadia dos Dourados - MG, situada na Rua Dr. Calil Porto, nº 380, Centro, nesta cidade, o Exmo. Prefeito Municipal, Sr. Wanderlei Lemes Santos, nos termos do art. 15 da Lei Federal 8.666/93, da Lei 10.250/02, das demais normas legais aplicáveis, em face da classificação das propostas apresentadas no PREGÃO PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº **043/2022** por deliberação do pregoeiro oficial e equipe de apoio, e por ele homologada conforme Processo nº **070/2022** RESOLVE registrar os preços para os fornecimentos constantes nos anexos desta ata, beneficiária _____, localizada na_____, n°___ no bairro _____, na cidade _____, estado de _____, cujo CNPJ é _____, neste ato representado por _____, conforme quadro abaixo:

ITENS	DESCRIÇÃO DO ITEM	EMPRESA VENCEDORA/QUANTIDADE/ VALOR			
		Licitante Vencedora	**Quantidade**	**Valor Unitário**	**Valor Total**

01 - DO OBJETO:

1. **Contratação de Empresa Especializada para prestação de serviços de confecção de material gráfico para atender as necessidades da Prefeitura Municipal e suas Secretarias.**

02 - DA VALIDADE DO REGISTRO DE PREÇOS

I - A presente Ata de Registro de Preços terá a validade de **012 (doze)** meses a partir da sua assinatura.

II - Nos termos do art. 15, parágrafo 4º, da Lei Federal 8.666/93, alterada pela Lei Federal 8.883/94, durante o prazo de validade desta Ata de Registro de Preços, o município não será obrigado a adquirir os produtos referidos nesta ata.
III - Ocorrendo qualquer das hipóteses previstas no art. 78 da Lei Federal 8.666/93, com as alterações que lhe foram impostas pela Lei Federal 8.883/94, a presente Ata de Registro de Preços será, cancelada, garantidos, às suas detentoras, o contraditório e a ampla defesa.

03 - DA UTILIZAÇÃO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

I - A presente Ata de Registro de Preços poderá ser utilizada, para aquisições do respectivo objeto, por todos os Órgãos da Administração direta e indireta do Município.

04 - DO PREÇO

I - Os preços ofertados pelas empresas signatárias da presente Ata de Registro de Preços são os constantes dos seus anexos, de acordo com a respectiva classificação no **PP nº 043/2022**.
II - Em cada fornecimento decorrente desta ATA, serão observadas as disposições da legislação pertinente, assim como as cláusulas e condições constantes do Edital do **PP nº 043/2022**, que integra o presente instrumento de compromisso.
III - Em cada fornecimento, o preço unitário a ser pago será o constante das propostas apresentadas, no **PP nº 043/2022** pelas empresas detentoras da presente Ata, as quais também a integram.

05 - DO LOCAL E PRAZO DE ENTREGA

I - Em cada fornecimento, os produtos solicitados deverão ser entregues nos locais indicados pelo setor requisitante.
II - O prazo para retirada da Autorização de Fornecimento será, de até 05 (cinco) dias úteis da data da convocação por parte do Município.

06 - DO PAGAMENTO

I - Em todos os fornecimentos, o pagamento será feito por crédito em conta corrente na instituição bancaria, ou excepcionalmente, pela Secretaria da Fazenda, **em até 30 dias após a prestação dos serviços**, mediante a apresentação da Nota Fiscal, condicionado à verificação da conformidade da Nota Fiscal/Fatura apresentada pela Contratada e do regular cumprimento das obrigações assumidas atestada pelo setor requisitante.

07 - DAS CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO

I - As detentoras da presente Ata de Registro de Preços serão obrigadas a atender todos os pedidos efetuados durante a vigência desta Ata, mesmo que a entrega deles decorrente estiver prevista para data posterior a do seu vencimento.
II - Se a qualidade dos serviços (materiais) prestados não corresponder às especificações exigidas, no edital do Pregão que precedeu a presente Ata, a empresa será notificada para que tome as providências necessárias. Caso seja observado que empresa não tomou as medidas necessárias para solução do problema a Prefeitura Municipal tomará as medidas necessárias previstas em contrato.
III - Cada fornecimento deverá ser efetuado mediante autorização da unidade requisitante, a qual poderá ser feita por memorando, oficio, telex ou fac-símile, devendo dela constar: a data, o valor unitário do produto, a quantidade pretendida, o local para a entrega, o carimbo e a assinatura do responsável.
IV - Os serviços (materiais) deverão ser prestados acompanhados da nota fiscal ou nota fiscal fatura, conforme o caso.
V - A empresa fornecedora, quando do recebimento da Ordem de Fornecimento enviada pela unidade requisitante, deverá colocar, na cópia que necessariamente a acompanhar, a data e hora em que a tiver recebido, além da identificação de quem procedeu ao recebimento.

VI - A cópia da ordem de fornecimento referida no item anterior deverá ser devolvida para a unidade requisitante, a fim de ser anexada ao processo de administração da ata.

08 - DAS PENALIDADES

I - A recusa injustificada de assinar a Ata, pelas empresas com propostas classificadas na licitação e indicadas para registro dos respectivos preços no presente instrumento de registro, ensejará a aplicação das penalidades enunciadas no art. 87 da Lei Federal 8.666/93, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei Federal 8.883/94, ao critério da Administração.
II - A recusa injustificada, das detentoras desta Ata, em atender as ordens de fornecimento, dentro do prazo de cinco dias, contados da sua emissão, poderá implicar na aplicação da multa de 10% (dez por cento) do valor do documento de empenhamento de recursos.
III - Pela inexecução total ou parcial de cada ajuste representado pela nota de empenho, a Administração poderá aplicar, às detentoras da presente Ata, a penalidade, de dez por cento do valor remanescente da nota de empenho, em qualquer hipótese de inexecução parcial do contrato, ou de qualquer outra irregularidade.
IV - As importâncias relativas a multas serão descontadas dos pagamentos a serem efetuados às detentoras da ata, podendo, entretanto, conforme o caso, ser inscritas para constituir dívida ativa, na forma da lei.

09 - DOS REAJUSTAMENTOS DE PREÇOS

I - Os preços registrados serão fixos e irreajustáveis durante a vigência da Ata de Registro de Preços.
II - Os preços poderão ser realinhados nas hipóteses de oscilação de preços, para mais ou para menos, devidamente comprovadas, em decorrência de situações previstas na alínea "d" do Inciso II e do § 5º do Art. 65 da Lei nº 8.666/93 e alterações.
III - No caso de reconhecimento do desequilíbrio econômico-financeiro do preço inicialmente estabelecido, o Órgão Gerenciador, se julgar conveniente, poderá optar pelo cancelamento do preço, liberando os fornecedores do compromisso assumido, sem aplicação de penalidades ou determinar a negociação.
IV - O Realinhamento será precedido de pesquisa prévia no mercado fornecedor, Banco de Dados, Índices ou Tabelas Oficiais e/ou outros meios disponíveis para levantamento das condições de mercado, envolvendo todos os elementos materiais para fins de graduar a justa remuneração do serviço ou fornecimento e no embasamento da decisão de deferir ou rejeitar o pedido.

10 - DAS CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO DO OBJETO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

I - O objeto desta Ata de Registro de preços será recebido pela unidade requisitante consoante o disposto no art.73, II "a" e "b", da Lei Federal 8.666/93.e demais normas pertinentes.
II - A cada fornecimento serão emitidos recibos, nos termos do art. 73, II, "a" e "b", da Lei Federal 8.666/93.

11 - DO CANCELAMENTO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

I - A presente Ata de Registro de Preços poderá ser cancelada, de pleno direito, **Pela Administração, quando:**

A - a detentora não cumprir as obrigações constantes desta Ata de Registro de Preços;
B - a detentora não retirar qualquer Ordem de Fornecimento, no prazo estabelecido, e a Administração não aceitar sua justificativa;
C - a detentora der causa a rescisão administrativa de contrato decorrente de registro de preços, a critério da Administração;
D - em qualquer das hipóteses de inexecução total ou parcial de contrato decorrente de registro de preços, se assim for decidido pela Administração;

E - os preços registrados se apresentarem superiores aos praticados no mercado;
F - por razões de interesse público devidamente demonstradas e justificadas pela Administração;
G - a comunicação do cancelamento do preço registrado, nos casos previstos neste item, será feita pessoalmente ou por correspondência com aviso de recebimento, juntando-se o comprovante ao processo de administração da presente Ata de Registro de Preços;

*no caso de ser ignorado, incerto ou inacessível o endereço da detentora, a comunicação será feita por publicação no órgão encarregado das publicações oficiais do Município, considerando-se cancelado o preço registrado a partir da publicação.

Pelas detentoras, quando, mediante solicitação por escrito, comprovarem estar impossibilitadas de cumprir as exigências desta Ata de Registro de Preços, ou, a juízo da Administração, quando comprovada a ocorrência de qualquer das hipóteses previstas no art. 78, incisos XIII a XVI, da Lei Federal 8.666/93, alterada pela Lei Federal 8.883/94.

A - a solicitação das detentoras para cancelamento dos preços registrados devera ser formulada com a antecedência de 30 (trinta) dias, facultada a Administração a aplicação das penalidades previstas na Cláusula VIII, caso não aceitas as razões do pedido.

12 - DA AUTORIZAÇÃO PARA FORNECIMENTO

I - As aquisições do objeto da presente Ata de Registro de Preços serão autorizadas, caso a caso, pelo Secretário requisitante.

13- DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

13.1. Integram esta Ata, o edital do Pregão nº **043/2022** e as propostas das empresas classificadas no certame supranumerado.
13.2. - Fica eleito o foro desta Comarca de **Coromandel** para dirimir quaisquer questões decorrentes da utilização da presente Ata.
13.3. - Os casos omissos serão resolvidos de acordo com a Lei Federal 8.666/93, Lei 10.520/02 e demais normas aplicáveis. Subsidiariamente, aplicar-se-ão os princípios gerais de Direito.

Abadia dos Dourados – MG, de de 2022.

Wanderlei Lemes Santos
Prefeito Municipal de Abadia dos Dourados - MG

EMPRESA
Representante Legal

Anexo VII

MINUTA DO CONTRATO

CONTRATO N.º _____ /_____.
Modalidade: Pregão Presencial n.º 043/2022 (REGISTRO DE PREÇOS 025/2022)
Processo Licitatório n.º 070/2022
Tipo: Menor Preço por Item

Objeto: **Contratação de Empresa Especializada para prestação de serviços de confecção de material gráfico para atender as necessidades da Prefeitura Municipal e suas Secretarias**.

Instrumento Contratual para Contratação de empresa para prestação de serviços de confecção de material gráfico para atender as necessidades da Prefeitura Municipal e suas Secretarias, que entre si celebram o município de Abadia dos Dourados-MG e a empresa _____.

Pelo presente instrumento, que entre si celebram o município de Abadia dos Dourados-MG, com sede a rua Dr. Calil Porto, 380, centro, Abadia dos Dourados-MG, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 18.593.111/0001-14, neste ato representada pelo Prefeito Municipal Wanderlei Lemes Santos, devidamente autorizado pela Lei Orgânica do Município artigo 70, inciso VIII, e com base no Pregão Presencial n.º **043/2022**, doravante denominada simplesmente **CONTRATANTE**, e de outro lado a empresa _____**,** sediada na cidade de _____, na _____, n.º ____, inscrita no CNPJ/MF sob o nº _____, neste ato representada por _____, CPF n.º _____, residente e domiciliado na Cidade de _____, doravante denominada **CONTRATADA**, convencionam **Contratação de Empresa Especializada para prestação de serviços de confecção de material gráfico para atender as necessidades da Prefeitura Municipal e suas Secretarias,** conforme anexo I, subordinado às seguintes cláusulas e condições:

Cláusula Primeira - Dos Fundamentos

1.1 - O presente instrumento contratual decorre da Licitação Pregão Presencial n.º **043/2022**, do tipo **Menor Preço Por Item**, atendendo o disposto na Lei 8.666/93 de 21 de junho de 1.993 e alterações posteriores.

Cláusula Segunda - Do Objeto

2.1 - Constitui-se objeto deste instrumento, **Contratação de Empresa Especializada para prestação de serviços de confecção de material gráfico para atender as necessidades da Prefeitura Municipal e suas Secretarias,** conforme anexo I.

Cláusula Terceira - Normas de entrega

3.1 - Após a homologação do processo licitatório a licitante vencedora terá o prazo máximo de cinco dias, contados do recebimento do Termo de Convocação, para assinar o contrato sob pena de decadência do direito de ser contratada e a aplicação das sanções previstas no art. 81 da Lei Federal nº 8.666/1993.

3.2 - Ficam responsáveis pela fiscalização dos contratos os Senhores: Fausto Francisco Vieira, Jheneffer Alves Rosa, Cátia Maria de Aguiar Lemes, Neire Crato Borges Aguiar e Mário Lúcio Marra, de acordo com os serviços prestados para as respectivas Secretarias a qual seja responsável.

3.3 - A licitante vencedora obrigar-se-á a manter, até a data de pagamento todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação, devendo comunicar ao Contratante, imediatamente, qualquer alteração que possa comprometer a execução do contrato.

3.4 - A licitante vencedora deverá entregar o objeto de acordo com as necessidades dos departamentos, mediante ordem de fornecimento.

3.5 – **Ocorrendo frete o mesmo correrá por conta da proponente vencedora.**

3.6 – **As mercadorias devem ser entregues no local indicado pela Secretaria Municipal Solicitante.**

3.7 – **O pedido mínimo será de R$ 500,00 (Quinhentos reais).**

3.8 – **O prazo máximo de entrega será de 05 (cinco) dias úteis, sob pena de quebra de contrato**.

3.9 - A formalização do recebimento do objeto dessa licitação se dará nas seguintes etapas:

a) Provisoriamente, por meio de recibo na cópia do documento fiscal, no momento da entrega para posterior verificação da conformidade com as exigências previstas no edital.
b) Definitivamente, por meio de emissão de termo de recebimento, em até cinco dias contados da data do recebimento provisório.

Cláusula Quarta - CONDIÇÕES DE FORNECIMENTO

4.1 - A detentora do presente contrato será obrigada a atender todos os pedidos efetuados durante a vigência deste, mesmo que a entrega deles decorrente estiver prevista para data posterior a do seu vencimento.
4.2 - Se a qualidade dos serviços (materiais) entregues não corresponder às especificações exigidas, no edital do Pregão que precedeu o presente Contrato, será solicitado à detentora para refazer os serviços, no prazo máximo de (24) vinte e quatro horas, independentemente da aplicação das penalidades cabíveis.
4.3 - Cada fornecimento/prestação de serviço deverá ser efetuado mediante autorização da unidade requisitante, a qual poderá ser feita por memorando, oficio, telex ou fac-símile, devendo dela constar: a data, o valor unitário do produto, a quantidade pretendida, o local para a entrega, o carimbo e a assinatura do responsável.

4.4 - Os serviços (materiais) deverão ser entregues acompanhados da nota fiscal ou nota fiscal fatura, conforme o caso.

4.5 - A empresa fornecedora, quando do recebimento da Autorização de Fornecimento enviada pela unidade requisitante, deverá colocar, na cópia que necessariamente a acompanhar, a data e hora em que a tiver recebido, além da identificação de quem procedeu ao recebimento.

Cláusula Quinta - Preço e Forma de Pagamento

5.1 - PREÇO - O preço da presente atende ao abaixo especificado (conforme proposta vencedora adjudicada):

5.2 - VALOR GLOBAL - O valor global para aquisição do presente objeto é de R$ _____ (_____).

5.3 - FORMA DE PAGAMENTO - O pagamento em até trinta dias após a prestação dos serviços e entrega dos materiais.

Cláusula Sexta - Prazo de Vigência do Contrato

6.1 - O Prazo de vigência do presente contrato será de **12 (doze)** meses a partir de sua assinatura.

Cláusula Sétima - Recursos Orçamentários

7.1 – Os recursos são constantes da dotação orçamentária:

02.01.04.00.10.302.0094.00.2016.3.3.90.39.48001020000000 – Serviços gráficos.

Cláusula Oitava - OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES

8.1 DA CONTRATADA:

Além das obrigações já mencionadas supra e no Edital, a contratada ficará obrigada a:

8.1.1- Executar integralmente o objeto do Contrato, tal como especificado no Edital e em seus Anexos;

8.1.2- cumprir todas as normas regulamentares sobre a medicina e segurança no trabalho;

8.1.3- conduzir os trabalhos com técnica, observando rigorosamente à legislação vigente;

8.1.4- fornecer a mão-de-obra, os materiais e os equipamentos em bom estado, necessários ao pleno desenvolvimento dos trabalhos a serem realizados;

8.1.5- proceder à correção, remoção, reconstrução ou substituição às suas expensas, dos serviços/materiais com defeitos ou incorretos;

8.1.6- responsabilizar-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, tributários, comerciais, resultantes da contratação;

8.1.7- substituir o empregado que causar embaraço a boa execução dos serviços;

8.1.8- permitir livre acesso da fiscalização, pelo Município;

8.1.9 - obedecer à legislação ambiental;

8.1.10- refazer, às suas expensas, dentro do prazo determinado pelo Contratante, os serviços/materiais que a juízo da fiscalização tenham sido mal executados;

8.1.11- responder pelo ressarcimento de danos que venham causar à Administração, pessoas e bens de terceiros, por dolo, negligência, imprudência ou imperícia, ficando afastada qualquer responsabilidade do Contratante, podendo este, reter quantias e pagamentos para o fim de garantir o referido ressarcimento;

8.1.12- cumprir as determinações da fiscalização;

8.1.13- A inadimplência da Contratada com referência dos encargos trabalhistas, fiscais e comerciais, não transfere à Administração Pública a responsabilidade por seu pagamento, nem poderá onerar o objeto do Contrato.

8.2 - DA CONTRATANTE:

8.2.1- Remeter advertências à Contratada, por escrito, quando os serviços não estiverem sendo prestados de forma satisfatória;

8.2.2- Paralisar ou suspender a qualquer tempo a execução dos serviços executados, de forma parcial ou total, mediante pagamento único e exclusivo dos serviços executados;

8.2.3- Efetuar os pagamentos na forma e prazo previstos neste Edital.

Cláusula Nona – Do Frete

9.1 – Ocorrendo frete o mesmo correrá por conta da proponente vencedora.

Cláusula Décima – Da Garantia

10.1 – Os serviços prestados devem ter atender as normas do Código de Defesa do Consumidor. Se os mesmos não atenderem a qualidade desejada a Empresa se responsabiliza por refazer os serviços sem ônus para a Prefeitura Municipal de Abadia dos Dourados – MG.

Clausula Décima Primeira - Modificações e Aditamentos

11.1 - Qualquer modificação de forma qualidade, quantidade (redução ou acréscimo), bem como prorrogação de prazo, poderá ser determinada pela CONTRATANTE através de aditamento, atendidas as disposições previstas na Lei 8.666 de 21/06/93.

Cláusula Décima Segunda - Sanções

12.1 – Em casos de atraso injustificado na prestação dos serviços, inexecução parcial ou total das condições pactuadas e também em casos de má-fé quanto à descrição do objeto licitado, garantida prévia defesa, ficará a licitante vencedora sujeita às seguintes penalidades:

a) Advertência formalmente expedida.
b) Multa.
c) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Prefeitura Municipal de Abadia dos Dourados.
d) Suspensão do direito de participar em licitação e impedimento de contratar com a Prefeitura Municipal de Abadia dos Dourados por até 5 (cinco) anos.
e) Rescisão do contrato e aplicação do disposto no art. 80 da Lei Federal nº 8.666/1993.

12.2 – A multa a ser aplicada será de:

a) 0,50% (cinco décimos por cento) do valor atualizado do empenho, por dia de atraso injustificado, limitado a 5,00% (cinco por cento);
b) 5,00% (cinco por cento) do valor atualizado do empenho, pela desistência injustificada ou inexecução parcial.

Cláusula Décima Terceira - Rescisão Contratual

13.1 – Caso haja rescisão por qualquer das partes, observados os direitos da administração previstos na Lei 8.666 de 21 de junho de 1.993.

Clausula Décima Quarta - Dos Casos Omissos

14.1 - Os casos omissos serão resolvidos com base na Lei 8.666 de 21/06/93 e, cujas normas ficam incorporadas ao presente instrumento, ainda que delas não se faça menção expressa.

Clausula Décima Quinta - Do Foro

15.1 - Fica eleito o Foro da Comarca de Coromandel/MG, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato, que de outra forma não sejam solucionadas, com expressa
renúncia das partes a qualquer outro que tenham ou venham a ter, por mais privilegiado que seja.

15.2 - E por estarem plenamente em acordo com todas as cláusulas e condições, as partes assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, perante as testemunhas signatárias para que produzam seus efeitos jurídicos e legais.

Abadia dos Dourados-MG, _____ de _____ de _____.

_____

Wanderlei Lemes Santos
Contratante

_____
Contratada –

TESTEMUNHAS

_____
Nome:
CPF:

_____
Nome:
CPF:

Anexo VIII – Modelos para confecção dos materiais gráficos

MS SUS/FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE CONTROLE DE DOENÇA DE CHAGAS
DIÁRIO DE ATIVIDADES

SUS 5214

A Localização de Unidade Domiciliar

CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	DATA ATIVIDADE	ATIVIDADE
CÓDIGO DA LOCALIDADE	NOME DA LOCALIDADE	/ /	☐ 1 - PESQUISA ☐ 2 - BORRIFAÇÃO ☐ 3 - ATENDIMENTO AO PIT

Nº DA CASA	COMPLEM.	PENDÊNCIA DA PESQUISA	PENDÊNCIA DA BORRIFAÇÃO
		☐ 1 - RECUSA ☐ 2 - CASA FECHADA	☐ 1 - RECUSA ☐ 2 - CASA FECHAD

NOME DO MORADOR/COLABORADOR	Nº HAB.	Nº ANEXOS

2 - DADOS DA PESQUISA E BORRIFAÇÃO

TIPO DE PAREDE

☐ 1 - ALVENARIA C/REBOCO ☐ 2 - ALVENARIA S/REBOCO ☐ 3 - BARRO C/REBOCO ☐ 4 - BARRO S/REBOCO ☐ 5 - MADEIRA ☐ 6 - OUTROS

☐ 1 - TELHA ☐ 2 - PALHA ☐ 3 - MADEIRA ☐ 4 - METÁLICO ☐ 5 - OUTROS

SITUAÇÃO DA CASA: ☐ 1 - NOVA ☐ 2 - DEMOLI

INTRADOMICÍLIO					PERIDOMICÍLIO		
CAPTURA	VESTÍGIO	LOCAL CAPT.		UTILIZANDO	CAPTURA	VESTÍGIO	LOCAL CAPT.
☐ 1 - TRIATOMÍNEO	☐ 1 - OVOS	☐ SALA	☐ COZINHA	☐	☐ 1 - TRIATOMÍNEO	☐ 1 - OVOS	GALINHEIRO
☐ 2 - OUT. INSETOS	☐ 2 - OUTROS	☐ QUARTO	☐ OUTROS	INSTRUM. DETECÇÃO	☐ 2 - OUT. INSETOS	☐ 2 - OUTROS	PAIOL CHIQUEIRO OUTROS

TIPO DE DESALOJANTE	Nº DE CARGAS	TIPO DE INSETICIDA	Nº DE CARGAS
☐ 1 - PIRIZA ☐ 2 - OUTROS			

Nº DO PIT	Nº NOTIFIC. P/ PIT	MATRÍCULA AG. SAÚDE	ASSINATURA DO AGENTE DE SAÚDE

DATA DO VISTO	VISTO DO CHEFE DE EQUIPE	

ITEM.01

Ministério de Saúde - Sistema Único de Saúde
Fundação Nacional de Saúde

52021

FICHA DE VISITA DOMICILIAR

Localidade:_____ Categoria_____ Quarteirão_____ Casa_____

Coord reg.:_____ Dist Sanitário_____ Municipio_____

Data	Prog.	Tipo Ativ. Nº	Executado Por	Visto	Data	Prog.	Tipo Ativ. Nº	Executado Por	Visto

ITEM -02

ITEM_03

50444

1000 Unid.

Acompanhamento de Citologias e Mamografias

Nome:_____DN:____/____/____

Endereço:_____Nº:_____

Bairro:_____Telefone:_____

_____

História Familiar de CA de Mama e Colo de Útero? ( ) Sim ( ) Não Grau de Parentesco:_____

História Pessoal de Infecções Vaginais Recorrentes? ( )Sim ( ) Não _____Fumante: ( ) Sim ( ) Não

Citologia	Citologia	Citologia	Citologia	Citologia	Mamografia	Mamografia
___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

PREFEITURA MUNICIPAL DE ABADIA DOS DOURADOS

(Acrescentar por favor.

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

atesto para fins vacinais que_____é portador de patologia citada abaixo e necessita de imunizar-se contra influenza trivalente. (Abril de 2016)

	Doenças Respiratórias		Asma em uso de corticóides inalatório ou sistêmico (moderada ou grave)
			DPOC
			Bronquioectasia
			Fribrose Cística
			Doenças Intersticiais do Pulmão
			Displasia broncopulmonar
			Hipertensão arterial Pulmonar
			Crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade
	Doença Cardíaca Crônica		Doença Cardíaca congênita
			Hipertensão arterial sistêmica com comorbidade
			Doença Cardíaca isquêmica
			Insuficiência Cardíaca
	Doença Renal Crônica		Doença Renal nos estágios 3,4 e 5
			Síndrome Nefrótica
			Paciente em diálise
	Doença Hepática Crônica		Atresia Biliar
			Hepatites Crônicas
			Cirrose
	Doença Neurológica Crônica		Condições que a função pode estar comprometida pela doença neurológica
			Considerar as necessidades clínicas dos pacientes incluindo: AVC
			Paralisia cerebral, esclerose múltipla e condições similares
			Doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular
			Deficiência neurológica grave
	Diabetes		Diabete Mellitus tipo I e tipo II em uso de medicamentos
	Imunossupressão		Imunodeficiência congênita ou adquirida
			Imunossupressão por doenças ou medicamentos
	Obesos		Obesidade grau III
	Transplantados		Órgãos Sólidos e Medula óssea

Médico Responsável:

ITEM 04

Estado de Minas Gerais
Prefeitura Municipal de Abadia dos Dourados
Secretaria Municipal de Saúde

AUTO/TERMO

NÚMERO (01)

Estabecimento

(02) NOME
(03) RAZÃO SOCIAL (04) C.N.P.J.
(05) INSC. ESTADUAL (06) ATIVIDADE
(07) ENDEREÇO (Av. Rua, Bairro)
(08) FONE (09) CEP (10) MUNICÍPIO/LOCALIDADE (11) UF

Proprietário/ Responsável

(12) NOME (13) NACIONALIDADE (14) NATURALIDADE
(15) ESTADO CIVIL (16) PROFISSÃO (17) IDENTIDADE (18) CPF
(19) ENDEREÇO (Av. Rua, Bairro)
(20) FONE (21) CEP (22) MUNICÍPIO/LOCALIDADE (23) UF

Responsável Técnico

(24) NOME (25) INSCRIÇÃO
(26) ENDEREÇO (Av. Rua, Bairro)
(27) FONE (28) CEP (29) MUNICÍPIO/LOCALIDADE (30) UF

(31) COM BASE (INCISO-ARTIGO-LEI-PORTARIA RESOLUÇÃO)

(32) ☐ AUTO DE
☐ PELO FATO DE

(33) ☐ TERMO DE
☐ ATRAVÉS DO QUAL FICA

(34)

ITEM 05

O INFRATOR ESTÁ SUJEITO À PENA DE
(35)
E RESPONDERÁ PELO FATO EM PROCESSO ADMINISTRATIVO, TENDO 15(QUINZE) DIAS PARA A INTERPOSIÇÃO DE RECURSO, APÓS O RECEBIMENTO DE SUA NOTIFICAÇÃO

(36)
Nome da autoridade sanitária/RG/Função/Assinatura
Nome da autoridade sanitária/RG/Função/Assinatura
Nome da autoridade sanitária/RG/Função/Assinatura

Local e Data | Hora | Assinatura do Proprietário ou Responsável

(37) Por motivo de recusa/ausência do autuado, assinam as testemunhas:
1-NOME: RG:
END:
1-NOME: RG:
END:

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO BÁSICA

CADASTRO INDIVIDUAL

ITEM-06 (FRENTE) 49285

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_| - |_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA*
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	◯ Sim ◯ Não	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_| ☐ FA

NOME COMPLETO:* |_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

ESTÁ GESTANTE? ◯ Sim ◯ Não

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?
◯ Abaixo do Peso ◯ Peso Adequado ◯ Acima do Peso

ESTÁ FUMANTE? ◯ Sim ◯ Não

FAZ USO DE ÁLCOOL? ◯ Sim ◯ Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? ◯ Sim ◯ Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? ◯ Sim ◯ Não

TEM DIABETES? ◯ Sim ◯ Não

TEVE AVC/DERRAME? ◯ Sim ◯ Não

TEVE INFARTO? ◯ Sim ◯ Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? ◯ Sim ◯ Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**
☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outra ☐ Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? ◯ Sim ◯ Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**
☐ Insuficiência Renal ☐ Outro ☐ Não Sabe

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? ◯ Sim ◯ Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**
☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outra ☐ Não Sabe

ESTÁ COM HANSENÍASE? ◯ Sim ◯ Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE? ◯ Sim ◯ Não

TEM OU TEVE CÂNCER? ◯ Sim ◯ Não

TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? ◯ Sim ◯ Não
SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____

TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? ◯ Sim ◯ Não

ESTÁ ACAMADO? ◯ Sim ◯ Não

ESTÁ DOMICILIADO? ◯ Sim ◯ Não

USA PLANTAS MEDICINAIS? ◯ Sim ◯ Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? ◯ Sim ◯ Não

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE
1 - QUAL? _____ 2 - QUAL? _____ 3 - QUAL? _____

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* ◯ Sim ◯ Não
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?
◯ < 6 meses ◯ 6 a 12 meses ◯ 1 a 5 anos ◯ > 5 anos

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ◯ Sim ◯ Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? ◯ Sim ◯ Não

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?
◯ 1 vez ◯ 2 ou 3 vezes ◯ mais de 3 vezes

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?
☐ Restaurante Popular ☐ Doação Restaurante ☐ Outras
☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação de Popular

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? ◯ Sim ◯ Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? ◯ Sim ◯ Não
SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? ◯ Sim ◯ Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**
☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ Outras

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ◯ Opção única de escolha **(marcar X na opção desejada)**
Microárea: usar **01** a **99** para o número da microárea.
FA: Fora de Área
***Campo obrigatório**
****Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior**

ITEM_06 (VERSO)

49284.

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO BÁSICA

CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL

ITEM-07 (FRENTE)

DIGITADO POR:	DATA:
CONFERIDO:	FOLHA:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_| - |_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA

CEP*:	MUNICÍPIO*:	UF*:
BAIRRO*:	TIPO DE LOGRADOURO*:	NOME DO LOGRADOURO*:
NÚMERO*: ◯ SEM NÚMERO	COMPLEMENTO:	PTO. REFERÊNCIA:	MICROÁREA* |_|_| ☐ FA

TIPO DE IMÓVEL* \|_\|_\|

TELEFONES PARA CONTATO

TEL. RESIDÊNCIA: ( ) | TEL. CONTATO: ( )

CONDIÇÕES DE MORADIA

SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*

◯ Próprio ◯ Financiado ◯ Alugado ◯ Arrendado ◯ Cedido ◯ Ocupação ◯ Situação de Rua ◯ Outra

LOCALIZAÇÃO*

◯ Urbana ◯ Rural

TIPO DE DOMICÍLIO

◯ Casa ◯ Apartamento ◯ Cômodo ◯ Outro

Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____

EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra

◯ Proprietário ◯ Parceiro(a)/Meeiro(a) ◯ Assentado(a) ◯ Posseiro ◯ Arrendatário(a)
◯ Comodatário(a) ◯ Beneficiário(a) do Banco da Terra ◯ Não se aplica

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO

◯ Pavimento ◯ Chão Batido ◯ Fluvial ◯ Outro

Disponibilidade de Energia Elétrica? ◯ Sim ◯ Não

MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO

Alvenaria/Tijolo:	Taipa:	Outros:	
◯ Com Revestimento	◯ Com Revestimento	◯ Madeira Aparelhada	◯ Palha
◯ Sem Revestimento	◯ Sem Revestimento	◯ Material Aproveitado	◯ Outro Material

ABASTECIMENTO DE ÁGUA

◯ Rede Encanada até o Domicílio ◯ Poço/Nascente no Domicílio ◯ Cisterna
◯ Carro Pipa ◯ Outro

ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO

◯ Filtrada ◯ Fervida ◯ Clorada ◯ Mineral
◯ Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO

◯ Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial ◯ Fossa Séptica ◯ Fossa Rudimentar
◯ Direto para um Rio, Lago ou Mar ◯ Céu Aberto ◯ Outra Forma

DESTINO DO LIXO

◯ Coletado ◯ Queimado/Enterrado ◯ Céu Aberto ◯ Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?

◯ Sim ◯ Não

QUAL(IS)? ☐ Gato ☐ Cachorro ☐ Pássaro ☐ Outros

Quantos: _____

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	|__|__|	|__|__|	☐
	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	|__|__|	|__|__|	☐
	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	|__|__|	|__|__|	☐
	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	|__|__|	|__|__|	☐

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

_____
Assinatura

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA:

Existem outros profissionais de saúde vinculados à instituição (não inclui profissionais da rede pública de saúde)? ◯ Sim ◯ Não

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME:	CNS DO RESPONSÁVEL:
CARGO NA INSTITUIÇÃO:	TEL. CONTATO:

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, responsável técnico pela instituição, recuso este cadastro, mesmo que essa recusa dificulte o acompanhamento da saúde das pessoas abrigadas/residentes nesta instituição. Estou ciente de que esta recusa não implicará o não atendimento pela equipe de saúde.

_____
Assinatura

Legenda: ☐ **Opção de múltipla escolha** ◯ **Opção de única escolha** **(marcar X na opção desejada)**

Microárea: usar **01** a **99** para o número da microárea.

FA: Fora de Área

Tipo de Imóvel: 01 Domicílio, 02 Comércio, 03 Terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

***Campo obrigatório**

****Campo com obrigatoriedade condicional**

ITEM_07_(VERSO)

Risco Familiar

49320.

Prontuário Familiar

Gaveta

ITEM_08 (FRENTE)

Endereço_____, ____Bairro:_____ACS:_____

1-Nome _____ Cartão SUS ___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___ Data de Nascimento ___/___/___ Idade:_____ Telefone:__ _____:_____	( ) Alzheimer ( ) Asma ( ) AVC ( ) Câncer ( ) Cardiopatia_____( ) Chagas ( ) Dia [E.R]_____ ( ) Dislipidemia( ) Dengue _____( )DPOC ( ) Epilepsia ( ) HA[E.R]_____( ) HANS ( ) Hipertiroidismo ( ) Hipotiroidismo ( ) Obesidade ( ) Parkinson ( ) Renal Crônico [E.R]_____( )S. Mental ( ) TB ( ) Tabagismo ( )_____( )_____ ( ) Gestante ( ) RN ( ) Criança ( ) Adolescente ( ) Adulto ( ) Idoso
2-Nome _____ Cartão SUS ___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___ Data de Nascimento ___/___/___ Idade:_____ Telefone:__ _____:_____	( ) Alzheimer ( ) Asma ( ) AVC ( ) Câncer ( ) Cardiopatia_____( ) Chagas ( ) Dia [E.R]_____ ( ) Dislipidemia( ) Dengue _____( )DPOC ( ) Epilepsia ( ) HA[E.R]_____( ) HANS ( ) Hipertiroidismo ( ) Hipotiroidismo ( ) Obesidade ( ) Parkinson ( ) Renal Crônico [E.R]_____( )S. Mental ( ) TB ( ) Tabagismo ( )_____( )_____ ( ) Gestante ( ) RN ( ) Criança ( ) Adolescente ( ) Adulto ( ) Idoso
3-Nome _____ Cartão SUS ___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___ Data de Nascimento ___/___/___ Idade:_____ Telefone:__ _____:_____	( ) Alzheimer ( ) Asma ( ) AVC ( ) Câncer ( ) Cardiopatia_____( ) Chagas ( ) Dia [E.R]_____ ( ) Dislipidemia( ) Dengue _____( )DPOC ( ) Epilepsia ( ) HA[E.R]_____( ) HANS ( ) Hipertiroidismo ( ) Hipotiroidismo ( ) Obesidade ( ) Parkinson ( ) Renal Crônico [E.R]_____( )S. Mental ( ) TB ( ) Tabagismo ( )_____( )_____ ( ) Gestante ( ) RN ( ) Criança ( ) Adolescente ( ) Adulto ( ) Idoso
4-Nome _____ Cartão SUS ___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___ Data de Nascimento ___/___/___ Idade:_____ Telefone:__ _____:_____	( ) Alzheimer ( ) Asma ( ) AVC ( ) Câncer ( ) Cardiopatia_____( ) Chagas ( ) Dia [E.R]_____ ( ) Dislipidemia( ) Dengue _____( )DPOC ( ) Epilepsia ( ) HA[E.R]_____( ) HANS ( ) Hipertiroidismo ( ) Hipotiroidismo ( ) Obesidade ( ) Parkinson ( ) Renal Crônico [E.R]_____( )S. Mental ( ) TB ( ) Tabagismo ( )_____( )_____ ( ) Gestante ( ) RN ( ) Criança ( ) Adolescente ( ) Adulto ( ) Idoso
5-Nome _____ Cartão SUS ___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___.___ Data de Nascimento ___/___/___ Idade:_____ Telefone:__ _____:_____	( ) Alzheimer ( ) Asma ( ) AVC ( ) Câncer ( ) Cardiopatia_____( ) Chagas ( ) Dia [E.R]_____ ( ) Dislipidemia( ) Dengue _____( )DPOC ( ) Epilepsia ( ) HA[E.R]_____( ) HANS ( ) Hipertiroidismo ( ) Hipotiroidismo ( ) Obesidade ( ) Parkinson ( ) Renal Crônico [E.R]_____( )S. Mental ( ) TB ( ) Tabagismo ( )_____( )_____ ( ) Gestante ( ) RN ( ) Criança ( ) Adolescente ( ) Adulto ( ) Idoso

Prefeitura Municipal de Abadia dos Dourados
Secretária Municipal de Saúde

UBS_____Data:____/____/____

ITEM-08 (VERSO)

N°	Paciente	Endereço	N°	Assinatura
1.				
2.				
3.				
4				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

ITEM_09 (FRENTE) 49298

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO BÁSICA

FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA:*
	-			/ /

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
TURNO*	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
MICROÁREA*																							
TIPO DE IMÓVEL*																							
Nº PRONTUÁRIO																							
CNS do Cidadão (para visita periódica ou visita domiciliar para controle vetorial, usar o CNS do responsável familiar)																							
Data de nascimento** — Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Data de nascimento** — Ano																							
Sexo** (F) Feminino (M) Masculino	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M
Visita compartilhada com outro profissional	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da visita* — Cadastramento/Atualização	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da visita* — Visita periódica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da visita* — Busca ativa — Consulta	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da visita* — Busca ativa — Exame	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da visita* — Busca ativa — Vacina	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da visita* — Busca ativa — Condicionalidades do Bolsa Família	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da visita* — Acompanhamento — Gestante	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da visita* — Acompanhamento — Puérpera	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da visita* — Acompanhamento — Recém-nascido	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da visita* — Acompanhamento — Criança	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motivo da visita* — Acompanhamento — Pessoa com desnutrição	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ITEM_09 (VERSO)

		Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Motivo da visita*	Acompanhamento	Pessoa em reabilitação ou com deficiência	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com hipertensão	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com diabetes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com asma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com DPOC/enfisema	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com câncer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com outras doenças crônicas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com hanseníase	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Pessoa com tuberculose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Sintomáticos respiratórios	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Tabagista	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Domiciliados/Acamados	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Condições de vulnerabilidade social	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Condicionalidades do Bolsa Família	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Saúde mental	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Usuário de álcool	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Usuário de outras drogas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Controle ambiental/ vetorial	Ação educativa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Imóvel com foco	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Ação mecânica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		Tratamento focal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Egresso de Internação		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Convite atividades coletivas/campanha de saúde		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Orientação/prevenção		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Outros		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Antropometria		Peso (kg)																							
		Altura (cm)																							
Desfecho*		Visita realizada	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		Visita recusada	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		Ausente	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ○ Opção única de escolha **(marcar X na opção desejada)**
Microárea: usar **FA** para Fora de Área ou **00** a **99** para o número da microárea.
Tipo de imóvel: 01 Domicílio, 02 comércio, 03 terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros
Campo ⊔: campo numérico
***Campo obrigatório**
****Campos obrigatórios para visitas ao cidadão ou a sua família**

PREFEITURA MUNICIPAL DE ABADIA DOS DOURADOS - MINAS GERAIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA INDIVIDUAL - EVOLUÇÃO

REGISTRO

Nº

Nome:_____ Letra:_____

Data de Nascimento:_____/_____/_____

Endereço:_____

49300

Data	Anotações da Equipe

ITEM_010(FRENTE)

Data	Anotações da Equipe
	ITEM_010 (VERSO)

ITEM.011

44302

LISTA DE PRODUTOS INUTILIZADOS AUTO / TERMO Nº _____

Quantidade	Produto	Data Fabricação	Data Validade	Lote

Assinatura do Responsável _____

49305

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF	Numeração B1 SÉRIE H	
MG	12075613	B1

DATA_____DE_____DE_____

Assinatura de Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Prefeitura Municipal de Abadia dos Dourados

SECRETARIA DE SAÚDE

CNPJ 18.593.111/0001-14

Rua Doutor Calil Porto, 140 - Fone: 3847-1232

Abadia dos Dourados - Minas Gerais

Paciente:_____

Endereço:_____

Medicamento e Substância

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR:

Nome:_____

Endereço:_____

Telefone:_____

Identidade Nº_____ Órgão Emissor:_____

CARIMBO DO FORNECEDOR:

_____, ____/____/____

NOME DATA

Artgraf MAGNA JOSÉ ALVES - R. General Osório, 1141 - Coromandel-MG - CNPJ 27.744.970/0001-58 - 100 Talões 20 folhas de 12.075.573 a 12.076.573 - Tipo B1 Série H - Autorização emitida em 017/01/2018

ITEM - 012

1306.

ITEM.013

99307

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Prefeitura Municipal de Abadia dos Dourados

U.B.S. Dona Maria das Chagas Bruno

CNPJ: 18.593.111/0001-14

Abadia dos Dourados - MG

1ª Via Farmácia
2ª Via Paciente

Paciente:_____

Endereço:_____

Prescrição:_____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:_____	
Ident.:_____ Org. Emissor:_____	
End:_____	
Cidade:_____ UF:_____	Assinatura do Farmacêutico
Telefone:_____	Data____/____/____

Gráfica Minas
tel. 3041-3113

ITEM_014

49.309

MINISTÉRIO DA SAÚDE — **REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA**

ITEM 015 (FRENTE)

UF

Código da Unidade de Saúde (CNES)

Unidade de Saúde

Código Município

Município

Prontuário

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/ Etnia

Dados Residenciais

Nacionalidade

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 *in sítu*

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

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 ☐ Q I M ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

Mama esquerda

☐ Lesão papilar

Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica

Nódulo:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ 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 neoadjuvante

06 - ☐ Mamografia de rastreamento

Data de solicitação ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Examinador ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

ITEM.015 (VERSO)

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 neoadjuvante — Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, 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

Localização

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*

Prefeitura Municipal de Abadia dos Dourados

ESTADO DE MINAS GERAIS

Requisição de Solicitação - Entrega de Mercadorias

Nome:_____

Endereço:_____

Cidade:_____ Estado:_____ Data:____/____/____

Quant.	Item	Descrição	
		Total	

Assinatura:_____

ITEM. 016

SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

01 - Município de Origem		02 - Dads	03 - Número
DADOS PESSOAIS	04 - Nome		05 - Identidade
	06 - Residência	07 - Telefone	08 - CEP
	09 - Profissão		10 - Data de Nascimento
	11 - Nome		12 - Identidade
	13 - Residência	14 - Telefone / 15 - CEP	16 - Relação c/ o Paciente

17 - Histórico da Doença Atual

18 - Exame Físico

ITEM 017 (FRENTE)

19 - Diagnóstico	20 - CID

21 - Exame(s) complementar(es) realizado(s). Anexar Cópias

22 - Tratamento(s) Realizado(s)

23 - Tratamento / Exame Indicado

24 - Justificas as razões que impossibilitam a realização do Tratamento / Exame na localidade

25 - Justificar em caso de necessidade de encaminhamento urgente

26 - Justificar em caso de necessidade de acompanhante

ITEM.017 (VERSO)

27 - Transporte recomendável, justificar

28 - Outras anotações

Local e data

Médico Assistente

29 - Parecer do Médico da Secretaria Municipal de Saúde

☐ Autorizado ☐ Negado

☐ Com Acompanhante ☐ Sem Acompanhante

Tipo de transporte

30 - O Paciente deverá comparecer à Unidade Assistencial:

_____, em ____/____/____, às _____ horas

Endereço_____

Assinatura do Funcionário

49327

CTAD

CONSELHO TUTELAR
DE ABADIA DOS DOURADOS

Lei Federal Nº 8.069/90 - Lei Municipal N° 1.490/10

TERMO DE ADVERTÊNCIA

O CONSELHO TUTELAR DE ABADIA DOS DOURADOS órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelos direitos da criança e do adolescente, definidos na LEI FEDERAL Nº 8.069/90 - artº 131/ECA, aos_____dias do Mês_____de 20_____, em sua sede situada à Rua _____

Conselheiros(as) Tutelares, considerando o artigo 129, inciso VII.

ADVERTE

_____

na qualidade de_____, nacionalidade_____
naturalidade_____, data de nascimento_____/_____/_____
Documentos_____, profissão_____, Órgão onde trabalha_____, endereço comercial_____
_____, endereço residencial_____
a zelar pelos direitos à vida, à saúde, à alimentação, à dignidade, ao respeito, à educação, à convivência familiar e comunitária de seu(s) filho(s)

_____

Na sede do Conselho tutelar foi advertido quanto:_____

_____

ITEM. 018

Assinatura:_____

LEI FEDERAL 8.069/90

Capítulo II: *"Das infrações Administrativas"*
Artigo 249: *"Descumprir, dolosa ou culposamente, os deveres inerentes ao pátrio poder ou decorrente de tutela ou guarda, bem assim determinação da autoridade judiciária ou Conselho Tutelar.!*
Pena: *Multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.*
Artigo 129, X *- "Suspensão ou destituição do Pátrio-Poder"*
Artigo 129, VII *- "Advertência"*

49328

CTAD

CONSELHO TUTELAR DE ABADIA DOS DOURADOS

Lei Federal Nº 8.069/90 - Lei Municipal Nº 1.490/10

- TERMO DE ENTREGA E RESPONSABILIDADE -

(Lei Federal Nº 8.069/90, art's 136, I e 101 I de 13/07/90)

Na data de ..... de ..... de ....., na cidade de ....., às ..... horas, a Criança/Adolescente .....

.....

filho de .....

.....

nascido em ...../...../....., foi entregue a .....

..... portador do documento nº .....

na qualidade de ....., residente à .....

.....,

por intermédio do Conselho Tutelar dos Direitos da Criança e do Adolescente de Abadia dos Dourados, neste ato representado pelo Conselheiro (a) .....

e se compromete o (a) responsável pela referida criança/adolescente, a zelar pelos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, e a convivência familiar e comunitária

ITEM.019

Assinatura do Responsável: .....

.....

Conselheiros(as) Tutelares: .....

.....

.....

LEI FEDERAL 8.069/90

Art.º 249 - Descumprir, dolosa, ou culposamente, os deveres inerentes ao pátrio poder ou decorrente de tutela ou guarda, bem assim determinação da autoridade judiciária ou Conselho Tutelar:

Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

PROGRAMA DE CONTROLE DA DOENÇA DE CHAGAS

DIÁRIO DE ATIVIDADES

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A 1 - LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE DOMICILIAR — FPCDCH - 01

CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	DATA ATIVIDADE	ATIVIDADE
CÓD. DA LOCALIDADE	NOME DA LOCALIDADE	__/__/__	☐ 1 - PESQUISA ☐ 2 - BORRIFAÇÃO ☐ 3 - ATENDIMENTO AO PIT

Nº CASA	COMPLEM.	PENDÊNCIA DA PESQUISA	PENDÊNCIA DA BORRIFAÇÃO
		☐ 1 - RECUSA ☐ 2 - CASA FECHADA	☐ 1 - RECUSA ☐ 2 - CASA FECHADA

NOME DO MORADOR / COLABORADOR	Nº HAB.	Nº ANEXOS

2 - DADOS DA PESQUISA E BORRIFAÇÃO

TIPO DE PAREDE: ☐ 1 - ALVENARIA C/ REBOCO ☐ 2 - ALVENARIA S/ REBOCO ☐ 3 - BARRO C/ REBOCO ☐ 4 - BARRO S/ REBOCO ☐ 5 - MADEIRA ☐ 6 - OUTROS

TIPO DE TETO: ☐ 1 - TELHA ☐ 2 - PALHA ☐ 3 - MADEIRA ☐ 4 - METÁLICO ☐ 5 - OUTROS

SITUAÇÃO DA CASA: ☐ 1 - NOVA ☐ 2 - DEMOLIDA

INTRADOMICÍLIO				PERIDOMICÍLIO		
CAPTURA	VESTÍGIO	LOCAL CAPT.	UTILIZANDO	CAPTURA	VESTÍGIO	LOCAL CAPT.
☐ 1 - TRIATOMÍNIO ☐ 2 - OUT. INSETOS	☐ 1 - OVOS ☐ 2 - OUTROS	☐ SALA ☐ COZINHA ☐ QUARTO ☐ OUTROS	☐ INSTRUM. DETECÇÃO	☐ 1 - TRIATOMÍNIO ☐ 2 - OUT. INSETOS	☐ 1 - OVOS ☐ 2 - OUTROS	GALINHEIRO PAIOL CHIQUEIRO OUTROS

TIPO DE DESALOJAMENTO	Nº DE CARGAS	TIPO DE INSETICIDA	Nº DE CARGAS
☐ 1 - PIRIZA ☐ 2 - OUTROS			

Nº DO PIT	Nº NATIFIC. P/ PIT	MATRICULA AG. SAÚDE	ASSINATURA DO AGENTE DE SAÚDE

DATA DO VISTO	VISTO DO CHEFE DE EQUIPE	ETIQUETA

ITEM 020

SECRETARIA ESTADO DA SAÚDE
PROGRAMA DE CONTROLE DA DOENÇA DE CHAGAS
DIÁRIO DE ATIVIDADES

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A 1 - LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE DOMICILIAR — FPCDCH - 01

CÓDIGO DO MUNICÍPIO	NOME DO MUNICÍPIO	DATA ATIVIDADE	ATIVIDADE
CÓD. DA LOCALIDADE	NOME DA LOCALIDADE	__/__/__	☐ 1 - PESQUISA ☐ 2 - BORRIFAÇÃO ☐ 3 - ATENDIMENTO AO PIT

Nº CASA	COMPLEM.	PENDÊNCIA DA PESQUISA	PENDÊNCIA DA BORRIFAÇÃO
		☐ 1 - RECUSA ☐ 2 - CASA FECHADA	☐ 1 - RECUSA ☐ 2 - CASA FECHADA

NOME DO MORADOR / COLABORADOR	Nº HAB.	Nº ANEXOS

2 - DADOS DA PESQUISA E BORRIFAÇÃO

TIPO DE PAREDE: ☐ 1 - ALVENARIA C/ REBOCO ☐ 2 - ALVENARIA S/ REBOCO ☐ 3 - BARRO C/ REBOCO ☐ 4 - BARRO S/ REBOCO ☐ 5 - MADEIRA ☐ 6 - OUTROS

TIPO DE TETO: ☐ 1 - TELHA ☐ 2 - PALHA ☐ 3 - MADEIRA ☐ 4 - METÁLICO ☐ 5 - OUTROS

SITUAÇÃO DA CASA: ☐ 1 - NOVA ☐ 2 - DEMOLIDA

INTRADOMICÍLIO				PERIDOMICÍLIO		
CAPTURA	VESTÍGIO	LOCAL CAPT.	UTILIZANDO	CAPTURA	VESTÍGIO	LOCAL CAPT.
☐ 1 - TRIATOMÍNIO ☐ 2 - OUT. INSETOS	☐ 1 - OVOS ☐ 2 - OUTROS	☐ SALA ☐ COZINHA ☐ QUARTO ☐ OUTROS	☐ INSTRUM. DETECÇÃO	☐ 1 - TRIATOMÍNIO ☐ 2 - OUT. INSETOS	☐ 1 - OVOS ☐ 2 - OUTROS	GALINHEIRO PAIOL CHIQUEIRO OUTROS

TIPO DE DESALOJAMENTO	Nº DE CARGAS	TIPO DE INSETICIDA	Nº DE CARGAS
☐ 1 - PIRIZA ☐ 2 - OUTROS			

Nº DO PIT	Nº NATIFIC. P/ PIT	MATRICULA AG. SAÚDE	ASSINATURA DO AGENTE DE SAÚDE

DATA DO VISTO	VISTO DO CHEFE DE EQUIPE	ETIQUETA

32 | 122

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: HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DA ABADIA - ABADIA DOS DOURADOS-MG

2 - CNES: 0 4 9 1 6 3 2

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:

ITEM-021

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:

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

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):

PREFEITURA MUNICIPAL DE ABADIA DOS DOURADOS - MG
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE
SMS ABADIA DOS DOURADOS
PROGRAMA DE CONTROLE DA FEBRE AMARELA E DENGUE - PCFAD

REGISTRO DIÁRIO DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

SUS Sistema Único de Saúde

Município	Código e nome da localidade	Categ. localidade	Zona	Tipo	Concluída?
				1 - sede 2 - outros	S - sim N - não

Data da atividade	Ciclo/ano	Atividade
/ /	/	1 - Li - Levantamento de índice 2 - Li+T - Levantamento de índice + Tratamento 3 - PE - Ponto Estratégico 4 - T - Tratamento 5 - DF - Delimitação de Foco 6 - PVE - Pesquisa Vetorial Especial

Nº do quart.	Seq.	Lado	Nome do Logradouro	Nº	Seq.	Compl.	Tipo de Imóvel	Hora de entrada	Visita (N - normal, R - recup)	Pendência	Nº de depósito Inspecionado A1	A2	B	C	D1	D2	E	Imóv. Insp. (LI)	Coleta amostra Nº de amostra Inicial	Final	Qtde. tubitos	Tratamento Depósitos eliminados	Imóv. trat.	Focal Larvicida (1) Tipo	Qtde. (gramas)	Qtde. (dep. trat.)	Larvicida (2) Tipo	Qtde. (gramas)	Qtde. (dep. trat.)	Perifocal Adulticida Tipo	Qtde. (cargas)

ITEM.022 (FRENTE)

Assinatura do Agente		Assinatura do Supervisor		Tipo de Imóvel	R - residencial C - comércio TB - terreno baldio	PE - ponto estratégico O - outro	Pendência	R - recusado F - fechado

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

Nº de Imóveis Trabalhados por tipo					
Residência	Comércio	TB	PE	Outros	Total

TB - Terreno Baldio PE - Ponto Estratégico

Nº de Imóveis			
Trat. Focal	Trat. Perifocal	Inspe-cionados	Recu-perados

Nº Tubitos/ Amostras Coletadas

Pendências	
Recusa	Fechados

Nº de depósitos por tipo							
A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total

Depósitos						
Eliminados	Tratados					
	Larvicida (1)			Larvicida (2)		
	Tipo	Qtde. (Gramas)	Qtde. Dep. Trat.	Tipo	Qtde. (Gramas)	Qtde. Dep. Trat.

Adulticida	
Tipo	Qtde. (carga)

Nº e seq. dos quarteirões trabalhados									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Nº e seq. dos quarteirões concluídos									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

ITEM-022(VERSO)

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº e seq. dos quarteirões com Aedes Aegypti									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Nº e seq. dos quarteirões com Aedes Albopictus									
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Nº de depósitos com espécimes por tipo								
	A1	A2	B	C	D1	D2	E	Total
com Aedes aegypti								
com Aedes albopictus								

Nº de imóveis com espécimes, por tipo						
	R	C	TB	PE	0	Total
com Aedes aegypti						
com Aedes albopictus						
Outros						

TB - Terreno Baldio

Nº de exemplares			
Larvas	Pupas	Exúvia de Pupa	Adultos

PE - Ponto Estratégico

A1 - caixa d'água (elevado)
A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)
B - Pequenos depósitos móveis
C - Depósitos fixos
D1 - Pneus e outros materiais rodantes
D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas), sucatas, entulhos
E - Depósitos naturais

Data da Entrada	Data da Conclusão	Laboratório	Laboratorista	Assinatura

PREFEITURA MUNICIPAL DE ABADIA DOS DOURADOS - MG
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE
SMS ABADIA DOS DOURADOS
PROGRAMA DE CONTROLE DA FEBRE AMARELA E DENGUE - PCFAD

52143

SUS Sistema Único de Saúde

01	Controle Digitação

RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

ITEM 023

02 Município	03 Código e Nome da Localidade	04 Zona

05 Categ. localid.	06 Tipo	07 Ciclo/ano	08 Data início	09 Data final	10 Concluído?	11 Sem. Epidem.
	1 - sede 2 - outros	/	/ /	/ /	S - Sim N - Não	/

12 Atividade		
1 - LI - Levantamento de Índice	2 - LI+T - Levantamento de índice + Tratamento	3 - PE - Ponto Estratégico
4 - T - Tratamento	5 - DF - Delimitação de Foco	6 - PVE - Pesquisa Vetoria Especial

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

13 Total quart. concl.	Nº Imóveis trabalhados por tipo						Nº imóveis			23 Amostras Coletadas	Pendência		
	14 Residência	15 Comércio	16 TB	17 PE	18 Outro	19 Total	20 Trat. Focal	21 Trat. Perifocal	22 Inspecionados		24 Recusa	25 Fechados	26 Recuperados

TB - Terreno Baldio PE - Ponto Estratégico

Nº depósitos inspecionados por tipo								35 Depósito Eliminado
27 A1	28 A2	29 B	30 C	31 D1	32 D2	33 E	34 Total	

Depósitos Tratados							Adulticida		44 Total de Agentes na Semana	45 Total Dias Trabalhados na semana
Larvicida (1)			Larvicida (2)				42 Tipo	43 Qtde (Cargas)		
36 Tipo	37 Qtde. (Gramas)	38 Qt. Dep. Trat.	39 Tipo	40 Qtde. (Gramas)	41 Qt. Dep. Trat.					

RESUMO DO LABORATÓRIO

Nº Depósitos com espécimes por tipo	46 A1	47 A2	48 B	49 C	50 D1	51 D2	52 E	53 Total
com Aedes aegypti								
com Aedes albopictus								

A1 - caixa d'água (elevado) A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo) B - Pequenos depósitos móveis C - Depósitos fixos
D1 - Pneus e outros materiais rodantes D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos E - Depósitos naturais

Nº de imóveis com espécimes, por tipo	54 Residência	55 Comércio	56 Terreno Baldio	57 Ponto Estratégico	58 Outros	59 Total	Nº de exemplares			
							60 Larvas	61 Pupas	62 Exúvia de pupa	63 Adultos
com Aedes aegypti										
com Aedes albopictus										
outros										

64 Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti	65 Nº e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus	66 Nº e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti + Aedes albopictus
/ / / /	/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /	/ / / /

67 Visto do Supervisor		68 Visto do Visto	

FAD07 - 20/09/2006 v.2.1

4021 L

Solicitar

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

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO DDD

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 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

ITEM.024

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO / /

43 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

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

NOME DO ITEM

49748

CTAD

CONSELHO TUTELAR
DE ABADIA DOS DOURADOS

Lei Federal Nº 8.069/90 - Lei Municipal Nº 1.490/10

NOTIFICAÇÃO

Nº:_____ **Caso:**_____

O CONSELHO TUTELAR DE ABADIA DOS DOURADOS órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelos direitos da criança e do adolescente, definidos na **LEI FEDERAL Nº 8.069/90 - artº 131/ECA**, pelo presente instrumento, notifica o Sr.(a) _____

_____

acompanhado de_____

_____

na forma prevista pelo **art.º 136, VII da LEI FEDERAL 8.069/90** de 13/07/90 **(Estatuto da Criança e do Adolescente)**, a comparecer à Sede do Conselho, na_____

_____.

no dia_____/_____/_____às_____horas para prestar esclarecimentos sobre o caso de Nº:_____

_____

ITEM-025

Abadia dos Dourados,_____de_____de 20_____.

Conselheiros(as) Tutelares:_____

_____

_____

LEI FEDERAL 8.069/90

Artigo 249: *O não comparecimento, na data e hora indicada, poderá implicar em medidas judiciais - Encaminhamento ao Ministério Público.*

Artigo 236: *Impedir ou embaraçar a ação de autoridade judiciária, membro do Conselho Tutelar ou representante do ministério público no exercício de função prevista nesta lei.*

Pena: *Detenção de seis meses a dois anos.*

GRÁFICA ABADIENSE - 0675 1810

49749

CTAD

CONSELHO TUTELAR DE ABADIA DOS DOURADOS

Lei Federal Nº 8.069/90 - Lei Municipal Nº 1.490/10

TERMO DE DECLARAÇÃO

Declarante:_____

Nacionalidade:_____ Naturalidade:_____

Profissão:_____ Documento:_____

Data de Nasc.:____/____/____

Órgão / Empresa onde trabalha:_____

Endereço Comercial: Rua_____ nº_____

Bairro:_____ Município:_____

Endereço Residencial: Rua_____ nº_____

Bairro:_____ Município:_____

Aos_____ dias do mês de _____ de 20_____

na Sede do Conselho Tutelar de Abadia dos Dourados, estando presentes:

Conselheiro(a) Tutelares, compareceu o (a) declarante acima qualificado (a) que, às perguntas feitas e (com/sem)_____ o compromisso legal de dizer a verdade,

DISSE QUE:

ITEM 026

Mais nada tendo a declarar, firmo a presente *Declaração,*

PREFEITURA MUNICIPAL DE ABADIA DOS DOURADOS

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

ATESTADO MÉDICO

9.278

Atesto para os devidos fins, que_____

_____ foi submetido a consulta médica nesta data, no horário das _____ horas, sendo portador da afecção CID 10 _____

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por período de _____ a partir desta data.

Abadia dos Dourados, ____/____/____

_____

Assinatura e carimbo do médico

ITEM- 27

Hospital Municipal Nossa Senhora da Abadia 5329

FICHA INDIVIDUAL - EVOLUÇÃO

REGISTRO

N°

Nome:_____ Letra:_____

Data de Nascimento: _____/_____/_____

Endereço: _____

DATA	ANOTAÇÕES DA EQUIPE

ITEM_028 (FRENTE)

DATA	ANOTAÇÕES DA EQUIPE

ITEM 028 (VERSO)

Hospital Municipal Nossa Senhora da Abadia

Avenida Benedito Teodoro da Silva, 367 - Fone (34) 3847-1568 - Abadia dos Dourados-MG

NOME: _____ PRONTUÁRIO: _____

HORÁRIO DATA	RELATÓRIO ENFERMAGEM	PRESSÃO	TEMP.	PULSO	FR	GLICEMIA

ITEM. 029

53288

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL
S.M.S ABADIA DOS DOURADOS

Roteiro de Supervisão de campo do Programa de Controle da Dengue

Município:
Supervisor:
Agente:
Atividade:
Tipo de Supervisão: Direta ( ) Indireta ( )

Relação de endereços visitados	Relação de falhas observadas
1-	
2-	
3-	
4-	
5-	
6-	
7-	
8-	
9-	
10-	
11-	
12-	
13-	
14-	
15-	
16-	
17-	
18-	
19-	
20-	

ITEM. 030

Problemas observados com material de campo	Local, data e assinatura do Supervisor de Campo
Relatar aqui todos os problemas observados com o material de campo dos agentes, tais como: falta deles, mal uso, negligência, entre outros.	Assinar, datar.

Hospital Municipal Nossa Senhora da Abadia

Avenida Benedito Teodoro da Silva, 367 - Fone (34) 3847-1568 - Abadia dos Dourados-MG

CLÍNICA: _____ PRONTUÁRIO: _____

Nome: _____

Responsável: _____

Data de Nascimento: _____/_____/_____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Endereço: _____

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS							

ITEM. 031

49314

PREFEITURA MUNICIPAL DE ABADIA DOS DOURADOS

CENTRO SAÚDE D. NAIR GOMES CALDAS

Cartão de Medicamentos

Prontuário: _____

PSF Micro-Área: _____

Nome: _____

_____

Data de Nascimento: _____/_____/_____

Endereço: _____

_____

Cidade: _____

Receita Válida até: _____/_____/_____

ITEM_34
(FRENTE)

Gráfica Minas
☎ 3841-3113

Data	Quant.	Medicação	Próxima Retirada	Data	Quant.	Medicação	Próxima Retirada

ITEM_34 (VERSO)

49339

CONTROLE DE VACINAÇÃO - RAIVA ANIMAL

1ª dose:
Data___/___/___
2ª dose:
Data___/___/___

Nº 001724

☐ *Zona Urbana* ☐ *Zona Rural*

ESPÉCIE	NOME/PELAGEM	SEXO M	SEXO F	IDADE
CANINO				☐ + 1 ANO
FELINO				☐ - 1 ANO

Proprietário:_____

Endereço:_____

_____

_____
Assinatura

Posto:_____

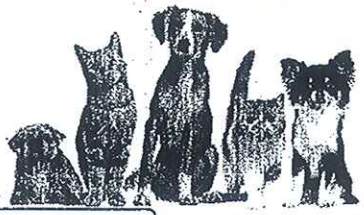
Vaciandor:_____

Código:_____

PROGRAMA DE PROFILAXIA DA RAIVA PARA CÃES E GATOS

COMPROVANTE DE VACINA

VALIDADE - 1 ANO



Gráfica Minas | 9684A0851

1ª dose:
Data___/___/___
2ª dose:
Data___/___/___

Nº 001724

ESPÉCIE	NOME	SEXO M	SEXO F
CANINO			
FELINO			

PREFEITURA MUNICIPAL DE ABADIA DOS DOURADOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE CONTROLE DE ZOONOSES

ITEM 35

1 - Proteja a saúde de seu animal revacinando-o anualmente;

2 - Não deixe seu animal solto nas ruas;

3 - Leve-o à rua preso por coleira e corrente;

4 - Quando mordido ou arranhado por um animal (cão, gato, morcego, etc...) lave o ferimento com água corrente e sabão; em seguida passe álcool, iodo ou methiolate. **Procure imediatamente um posto de saúde;**

5 - Manter o animal em observação por 10 dias dando-lhe água e comida. **Não MATE o animal;**

6 - Em caso do animal suspeito de raiva ou vadio avisar pelo telefone **3847-1569;**

*A vacina não provoca reações no animal. Banho e alimentação podem ser normais.

— LEMBRE-SE A RAIVA É FATAL —

2000 unidade.
49340

Fichas de Visita Domiciliar

ACS:	Data:___/___/___	Ass. Enfermeira:

	Nome	Endereço	Assinatura
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			

ITEM_036

MS/ SUS - FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE CONTROLE DA FEBRE AMARELA
SMS - ABADIA DOS DOURADOS
ITINERÁRIO SEMANAL DE TRABALHO - GUARDA E GUARDA CHEFE

53285

Coord. Reg:_____ Distrito_____ Município_____

Localidade._____ Categoria: ( ) SEDE ( ) Outros

Agente de Saúde Nome: _____ Nº :_____ Turma:_____

Semana nº:_____ Mês :_____ Ano:_____

Dia	Nome do Guarda	Bairro ou Localidade	Nº dos Quart. ou Nome das Ruas
SEGUNDA			

Dia	Nome do Guarda	Bairro ou Localidade	Nº dos Quart. ou Nome das Ruas
TERÇA			

ITEM_043 (FRENTE)

Dia	Nome do Guarda	Bairro ou Localidade	Nº dos Quart. ou Nome das Ruas
QUARTA			

Dia	Nome do Guarda	Bairro ou Localidade	Nº dos Quart. ou Nome das Ruas
QUINTA			

Dia	Nome do Guarda	Bairro ou Localidade	Nº dos Quart. ou Nome das Ruas
SEXTA			

GRÁFICA NACIONAL (34) 3841-1131

ITINERÁRIO DO GUARDA CHEFE

Dia	Bairro ou localidade	Supervisão Direta ou indireta	Número dos Quarteirões	Hora		Rua ou Logradouro
				De	A	

ITEM_043_(VERSO)